

Veselības ministrija

Projekts "Izvērtējums par nepieciešamajiem ieguldījumiem, lai attīstītu jaunu uz pacientu orientētu integrētu aprūpes pakalpojumu sniegšanas modeli pacientiem ar hroniskām slimībām"

Pētījuma gala nodevums

08/06/2021

NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais
fonds

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



Building a better
working world

1 Satura rādītājs

1	Satura rādītājs.....	1
2	Saīsinājumi	2
3	Ievads un Pētījuma konteksts	3
4	Pētījuma mērķis.....	4
5	Metodoloģija	5
5.1	Izmantotā pieeja tehniskās specifikācijas uzdevumu izpildē	6
6	Pētījumā izmantotie jēdzieni un to skaidrojums	9
7	Pacientu ar hroniskām slimībām vajadzības	11
8	Pacientvērsta integrēta pieeja hroniski slimo pacientu aprūpē: Pētījuma teorētiskais pamatojums.....	12
9	Pētījumā identificētās problēmas.....	15
9.1	Nepietiekama slimību profilakse un novēlota slimību diagnostika palielina hronisko slimību izplatību	15
9.2	Informācijas un pakalpojumu pēctecības trūkums hroniskas slimības ārstēšanā rada lielu slogu uz pacientu un tuviniekiem ..	19
9.3	Hroniski slimu pacientu ārstēšanā nepieciešama starpdisciplināra pieeja, kas netiek nodrošināta	24
9.4	Ārstu speciālistu konsultāciju un plānveida stacionāro pakalpojumu ierobežotas pieejamības dēļ pacienti nonāk stacionārā neatliekamās palīdzības saņemšanai	27
9.5	Speciālistu rekomendāciju ievērošanas trūkums un medikamentu lietošanas nelīdzestība rezultējas pacientu ar hroniskām slimībām hospitalizācijā.....	33
9.6	Pacientiem ar smagu veselības stāvokli un funkcionēšanas traucējumiem nepieciešama integrēta veselības un sociālā aprūpe mājās, kas netiek nodrošināta.....	35
9.7	Sociālās aprūpes centru klientiem netiek nodrošināta nepieciešamā veselības stāvokļa uzraudzība, kas rezultējas hospitalizācijā 37	
9.8	Sociālo pakalpojumu klientiem netiek nodrošināta nepieciešamā veselības stāvokļa uzraudzība, kas rezultējas hospitalizācijā39	
9.9	Hroniski slimu pacientu ar smagu veselības pakāpi un nedziedināmi slimu pacientu aprūpe rada lielu slogu pacientu tuviniekiem, ģimenes ārstiem un stacionāriem	41
10	Veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas izmaksu efektivitātes izvērtējums.....	45
10.1	Veselības aprūpes efektivitātes rādītāju un to struktūras īss apraksts	45
10.2	Efektivitātes rādītāju pielietošanas vērtējums Latvijā un raksturīgāko rādītāju salīdzinājums ar ES vidējiem rādītājiem	45
10.3	Hronisko slimību aprūpes hospitalizācijas, diagnostikas un ambulatoro pakalpojumu apjoma un izmaksu novērtējums	47
11	Nepieciešamo cilvēkresursu nodrošinājums, lai ieviestu jaunu uz pacientu orientētu integrētas aprūpes modeli Latvijā	52
11.1	Prioritāri īstenojamās apmācības, lai ieviestu uz pacientu orientētu integrētu aprūpes modeli.....	57
12	Pacientu profili	60
13	Priekšlikumi uz pacientu orientētas integrētas aprūpes organizēšanas un finansēšanas iespējām	70

2 Saīsinājumi

Saīsinājums	Skaidrojums
BKUS	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca
DRG	Ar diagnozēm saistītas grupas (<i>no angļu val. – Diagnosis- related groups</i>)
EAPC	<i>Eiropas Paliatīvās aprūpes asociācija (no anļu val. -European Association for Palliative Care)</i>
ES	Eiropas Savienība
EY, Izpildītājs	SIA “Ernst & Young Baltic”
LM	Labklājības ministrija
MK	Ministru kabinets
NVD	Nacionālais veselības dienests
OECD	Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija (<i>no angļu val. - Organisation for Economic Co-operation and Development</i>)
PB	Pasaules Banka
PVO	Pasaules Veselības organizācija
SAC	Sociālās aprūpes centrs
SFK	Funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija
SOPA	Sociālās palīdzības administrēšanas programma
SPKC	Slimību profilakses un kontroles centrs
SSK-10	Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija
VB	Valsts budžets
VM, Pasūtītājs	Veselības ministrija
WHODAS	Pasaules Veselības Organizācijas Invaliditātes Novērtēšanas saraksts (<i>no angļu val. – The World Health Organization Disability Assessment Schedule</i>)

3 Ievads un Pētījuma konteksts

Latvijas demogrāfiskajai struktūrai kopumā raksturīga sabiedrības novecošanās un dzīvildzes palielināšanās, vienlaikus pieaugot pacientu skaitam ar vismaz vienu hronisku slimību. Hroniskas slimības ir galvenais iedzīvotāju nāves un invaliditātes cēlonis un to izplatība ik gadu pieaug, veidojot 92% nāves gadījumu Latvijā^{1,2}.

Latvijā ir ne tikai augsta riska faktoru (smēķēšana, neveselīgs uzturs, mazkustīgums, psihosociālais stress u.c.) izplatība, bet arī pieaug iedzīvotāju ar hroniskām slimībām skaits³. 2019. gadā 42,1% Latvijas iedzīvotājiem ir kāda ilgstoša slimība vai veselības problēma⁴. Latvijā konstatēts arī otrs augstākais ar profilaksi novēršamas mirstības rādītājs, bet ceturtais augstākais priekšlaicīgas mirstības rādītājs no hroniskām slimībām, kas par 45% pārsniedz ES dalībvalstu vidējo rādītāju⁵.

Pieaugošs pacientu ar hroniskām slimībām īpatsvars rada slogu uz veselības aprūpes sistēmu, paaugstinot novēršamo hospitalizāciju, kā arī ierobežo pacientu un viņu tuvinieku iespējas būt ekonomiski aktīviem.

Neatkarīgi no slimības veida ir nepieciešams pacientiem ar hroniskām slimībām nodrošināt iespējas saņemt atbilstošus un kvalitatīvus aprūpes pakalpojumus. Šādu pakalpojumu nodrošināšanai nepieciešams risināt problēmjautājumus, kas saistīti ar hroniski slimu, kā arī nedziedināmi slimu un ilgstoši guļošu pacientu aprūpes nodrošinājumu un pakalpojumu organizāciju. Šiem pacientiem raksturīgas kompleksas aprūpes vajadzības un pārejoši vai atsevišķos gadījumos pastāvīgi funkcionēšanas traucējumi, kas rada nepieciešamību vienlaikus saņemt gan medicīnisko, gan sociālo aprūpi.

Jau šobrīd veselības nozarē ir apzinātas vairākas jomas, kurās iespējams uzlabot pacientu ar hroniskām slimībām veselības aprūpi, it īpaši pacientiem ar funkcionēšanas traucējumiem un nedziedināmi slimiem pacientiem. Lai nodrošinātu, ka pacienti ar hroniskām slimībām pilnā apmērā saņem visu sev nepieciešamo aprūpi, aprūpe jāorientē uz pacientu vajadzībām atbilstoši pacienta veselības stāvoklim un vajadzībām, ietverot ne tikai veselības aprūpes pakalpojumus, bet arī sociālos pakalpojumus, tādējādi nodrošinot integrētus aprūpes pakalpojumus.

Pacientvērsta un integrēta aprūpe ir viens no potenciālajiem hronisko slimību jomas pārvaldības risinājumiem. Šāda modeļa ieviešana ir īpaši būtiska, jo neskatoties uz to, ka Latvijā pieaug sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apjoms un tiek nodrošināts lielāks ambulatoro konsultāciju skaits nekā, piemēram, Līčienijā un Dānijā, sabiedrības veselības rādītāji joprojām atpaliek no ES vidējiem rādītājiem.

Pētījuma ietvaros, lai izstrādātu hroniski slimu pacientu profilus un apzinātu pacientu vajadzības, kā arī pašreizējos izaicinājumus pacientu ar hroniskām slimībām aprūpē, tika izmantotas raksturīgākās un visplašāk izplatītās diagnozes ar augstas novēršamās hospitalizācijas īpatsvaru. Analīzei izvēlētas raksturīgākās hroniskās slimības ar augstāko izplatību un saslimstību sešās slimību grupās: kardiovaskulāras slimības, onkoloģiskas slimības, cukura diabēts, elpošanas sistēmas slimības, psihiskas un neirodeģeneratīvas slimības:

- ▶ esenciāla (primāra) hipertensija (I10);
- ▶ krūts ļaundabīgs audzējs (C50) un prostatas ļaundabīgs audzējs (C61);
- ▶ II tipa cukura diabēts (E11);
- ▶ astma (J45);
- ▶ Alcheimera slimība (G30);
- ▶ šizofrēnija (F20).

Pētījuma mērķa grupa ir pacienti ar hroniskām slimībām, tostarp nedziedināmi slimie pacienti. Analīzei izvēlētas 6 slimības dažādās slimību grupās ļauj veikt detalizētu pacientu vajadzību izvērtējumu un gūt datus par saņemtajiem valsts apmaksātajiem pakalpojumiem diagnožu ietvaros. Pamatojoties uz gūtajiem datiem, tiek izdarīti secinājumi par Pētījuma mērķa grupas vajadzībām un pakalpojumu nodrošinājumu kopumā.

¹ World Health Organization (WHO). 2019. *World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Iegūts no: <https://www.who.int/publications/i/item/world-health-statistics-2019-monitoring-health-for-the-sdgs-sustainable-development-goals>

² World Health Organization (WHO). 2018. *Noncommunicable diseases*. Iegūts no: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

³ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2019. *Health at Glance: OECD indicators*. Iegūts no: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/1/3/4/2/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en&csp=82587932df7c06a6a3f9dab95304095d&itemIGO=oecd&itemContentType=book>

⁴ Centrālā statistikas pārvalde (CSP). 2020. *Hroniska slimība, ilgstošas kaites vai fiziski trūkumi 16 gadus veciem un vecākiem iedzīvotājiem (%)*. Iegūts no: https://data1.csb.gov.lv/pxweb/lv/sociala/sociala_veseliba_vesel_pasnovert/VPG020.px

⁵ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2019. *Health at Glance: OECD indicators*. Iegūts no: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/1/3/4/2/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en&csp=82587932df7c06a6a3f9dab95304095d&itemIGO=oecd&itemContentType=book>

4 Pētījuma mērķis

Pētījuma mērķis ir izvērtēt nepieciešamos ieguldījumus jauna, pacientvērsta integrēta pakalpojumu sniegšanas modeļa attīstībai Latvijā pacientiem ar hroniskām slimībām, tajā skaitā, lai nodrošinātu veicinošo nosacījumu izpildi 2021.-2027.gada ES fondu plānošanā un atbalstītu "Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2021.-2027.gadam" izstrādi.

Pētījumā identificētas pacientu ar hroniskām slimībām vajadzības un raksturojošās pazīmes, kā arī analizēta pacientu vajadzībām atbilstošo aprūpes pakalpojumu pieejamība, kā rezultātā sniegtas rekomendācijas pacientvērsta integrētas aprūpes modeļa ieviešanai Latvijā.

Šis Pētījums ir papildinājums Pasaules Bankas (PB) pētījumam "Latvijas ārstniecības iestāžu ģenerālplāns 2016. - 2025. gadam", veicot detalizētāku izpēti par noteiktai pacientu grupai nepieciešamo aprūpes pakalpojumu nodrošinājumu atbilstoši viņu vajadzībām un sniedzot rekomendācijas aprūpes uzlabojumiem, kas ietver ne tikai veselības aprūpes pakalpojumus, bet arī psiholoģisko un sociālo aprūpi, tādējādi paplašinot PB iepriekš veikto izpēti ar pacientvērstu pakalpojumu analīzi⁶.

Pētījuma rezultāti izmantojami, lai:

- ▶ attīstītu efektīvu un integrētu aprūpi pacientiem ar hroniskām slimībām, veidojot aprūpes sistēmu, kuras centrā ir pacients;
- ▶ plānotu ieguldījumus jaunu uz pacientu orientētu pakalpojumu ieviešanai, kas atbilstoši pacientu vajadzībām ietvertu gan veselības aprūpes, gan sociālos pakalpojumus;
- ▶ plānotu veselības aprūpes finansējuma novirzīšanu uz pacientu ar hroniskām slimībām vajadzībām atbilstošiem pakalpojumiem;
- ▶ apzinātu pacientvērsta integrēta pakalpojumu sniegšanas modeļa ieviešanai nepieciešamo aprūpes personāla profesionālo kompetenču pilnveidi.

⁶ World Bank (WB). 2016. *Latvia Healthcare Facilities Master Plan 2016-2025*

5 Metodoloģija

Kvantitatīvās metodes

SPKC datu analīze

Datu analīzē iekļauto diagnožu saraksts:

- Esenciāla (primāra) hipertensija (I10)
- Krūts ļaundabīgs audzējs (C50)
- Prostatas ļaundabīgs audzējs (C61)
- II tipa cukura diabēts (E11)
- Astma (J45)
- Šizofrēnija (F20)
- Alcheimera (Alzheimer) slimība (G30)

Analizēts:

- pacientu skaits ar konkrēto diagnozi;
- dati par kompensējamiem medikamentiem;
- primārās aprūpes dati;
- sekundārās ambulatorās aprūpes dati;
- stacionārās aprūpes dati;
- kritiskie notikumi.

Pētīti:

- hroniski slimo pacientu ārstēšanas gaitā izmantoto ambulatoro, stacionāro un neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta (NMPD) pakalpojumu apjomi;
- reģionālās atšķirības;
- saņemto pakalpojumu skaita korelācija ar veselības iznākuma rādītājiem, ņemot vērā iespējamo jāucēfaktoru ietekmi.



Aptaujas

Pacientu aptauja

1 663

respondenti



Iekļauj pacientu sniegtos vērtējumus par pakalpojumu izmantošanu un pieejamību, integrāciju, apmierinātību ar pakalpojumiem

Ārstniecības iestāžu aptauja

34

respondenti



Mērķis noskaidrot ĀI praksi hronisko slimību pacientu aprūpē un veicamos pasākumus, lai veicinātu veselības aprūpes sistēmas un pakalpojumu sniedzēju virzību uz integrētu pieeju hronisku slimību pārvaldībā

Sociālo pakalpojumu sniedzēju aptauja

86

respondenti



Mērķis iegūt informāciju par Latvijā nodrošinātajiem sociālajiem pakalpojumiem, t.sk. personām ar hroniskām slimībām

Pašvaldību sociālo dienestu aptauja

100

respondenti

GĀ aptauja

87

respondenti



Mērķis noskaidrot esošo situāciju un veicamos pasākumus, lai atbalstītu veselības aprūpes sistēmas, GĀ prakšu un primārās aprūpes komandu virzību uz efektīvu hronisku slimību pārvaldību Latvijā

Kvalitatīvās metodes

Dokumentu analīze

Intervijas un fokusa grupas

Intervijas ar veselības aprūpes vadītāju pārstāvjiem bērnu slimību jomā

Intervijas ar hronisko slimību ārstēšanā iesaistīto ārstu speciālistu pārstāvjiem (t.sk. kardioloģijas, endokrinoloģijas, paliatīvās aprūpes u.c. speciālistiem)

Intervijas ar universitātes slimnīcu vadošajiem speciālistiem

Pacientu biedrība "ParSirdi.lv"

Latvijas Diabēta asociācija

Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācija "SUSTENTO"

Latvijas Māsu asociācija

Latvijas Nieru slimnieku asociācija

Latvijas Multiplās sklerozes asociācija

Onkoloģisko pacientu atbalsta biedrība "Dzīvības koks"

Sociālo pakalpojumu sniedzēju pārstāvji

Pašvaldību sociālo dienestu pārstāvji

Biedrība „Latvijas Sarkanais Krusts”

Pakalpojumu sniedzēju un pacientu fokusa grupa par aprūpes vajadzībām un pakalpojumu nodrošinājumu bērniem

Ekspertu intervija par tehnisko palīgīdzekļu nodrošinājumu bērniem ar hroniskām slimībām

4. Dokumentu analīze – dati apkopotā veidā izmantoti viscaur ziņojuma tekstā.

Uzdevums 3.3. Izvērtēt mērķa grupas vajadzību profila atbilstību un plūsmu attiecīgajos pakalpojuma veidos stacionārajās ārstniecības iestādēs. Sagatavot uz veiktās analīzes secinājumiem balstītus ieteikumus situācijas uzlabošanai

Izmantotā pieeja:

1. SPKC datu analīze – novērtēts saņemto veselības aprūpes pakalpojumu skaits pa pētījuma ietvaros analizētajām hronisko slimību diagnozēm (SPKC dati izmantoti, izstrādājot pacientu profilus, kas pieejami 12.sadaļā “*Pacientu profili*”, pilna datu analīze pieejama Pielikumā Nr.1. sadaļā “*SPKC datu analīze*”);
2. Veikta saņemto pakalpojumu skaita salīdzināšana ar ES un OECD vidējiem rādītājiem (skatīt 10.sadaļu “*Veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas izmaksu efektivitātes izvērtējums*”);
3. Veikta hroniski slimi pacientu aptauja par pakalpojumu pieejamību un ģimenes ārstu aptauja par iespējām pacientu nosūtīt uz izmeklējumiem, pie speciālistiem un uz stacionāru (izmantojot validētu anketēšanas rīku, ACCC (Assessment of Care for Chronic Conditions)⁹. Aptauju dati apkopotā veidā izmantoti 9.sadaļā “Pētījumā identificētās problēmas”, kur aptaujas dati izcelti arī Tabula 2., **Error! Reference source not found...Error! Reference source not found...Error! Reference source not found...Error! Reference source not found...**, 11. tabulās.

Analizēts pakalpojumu nodrošinājums primārās aprūpes, sekundārās ambulatorās aprūpes, sociālās aprūpes un paliatīvās aprūpes posmos, lai novērtētu, vai pacientu ar hroniskām slimībām hospitalizācija saistīta ar nepietiekamu aprūpes pakalpojumu pieejamību. Secinājumi un rekomendācijas nepieciešamajām pakalpojumu organizācijas izmaiņām, kas paredz ārpus stacionāra pakalpojumu attīstību, iekļautas ziņojuma 9.1., 9.4., 9.5., 9.7., 9.8., 9.9. sadaļās.

Uzdevums 3.4. Izpētīt, vai veids, kādā šobrīd ārstniecības iestādēs (stacionārajās ārstniecības iestādēs, ģimenes ārstu praksēs, veselības aprūpes pakalpojumos mājās u.tml.) tiek sniegti veselības aprūpes pakalpojumi pacientiem ar hroniskām slimībām un ilgtermiņa aprūpes vajadzībām, ir optimāls no pakalpojumu organizācijas un izmaksu efektivitātes viedokļa. Jāsagatavo uz veiktās analīzes secinājumiem balstīti ieteikumi efektīvāku pakalpojumu sniegšanas veicināšanai atbilstoši šo pacientu vajadzībām un priekšlikumi situācijas uzlabošanai

Izmantotā pieeja:

1. Pakalpojumu organizācijas analīzes nolūkos veikta ģimenes ārstu, ārstniecības iestāžu, pašvaldību sociālo dienestu un pakalpojumu sniedzēju aptaujas, kā arī īstenotas intervijas un fokusa grupas ar nozares speciālistiem. Dati apkopotā veidā pieejami sadaļās 9.1., 9.2., 9.4., 9.5., 9.8. Pilna aptauju datu analīze pieejama Pielikumā Nr.1.

Pakalpojumu organizācijas analīzes ietvaros vērtēta gan veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumu pēctecība un speciālistu sadarbība pacientu vajadzībām atbilstošu pakalpojumu sniegšanā, gan hronisko slimību metodiskā vadība, klīnisko vadlīniju un algoritmu pieejamība, aprūpes plānu kā integrētas aprūpes rīka izmantošana pakalpojumu sniegšanā, pakalpojumu kvalitātes rādītāju un to uzraudzības esamība u.c. ar pakalpojumu organizāciju saistīti aspekti.

2. Pakalpojumu efektivitātes un izmaksu salīdzinošais novērtējums, kur izstrādāts veselības aprūpes efektivitātes rādītāju un to struktūras īss apraksts, kā arī veikts:
 - ▶ Efektivitātes rādītāju pielietošanas vērtējums Latvijā un raksturīgāko rādītāju salīdzinājums ar ES vidējiem rādītājiem
 - ▶ Hronisko slimību aprūpes hospitalizācijas, diagnostikas un ambulatoro pakalpojumu apjoma un izmaksu novērtējums.

Pamatojoties uz veikto analīzi, apkopoti secinājumi pakalpojumu izmaksu efektivitātes kontekstā, kā arī izstrādātas rekomendācijas izmaksu efektivitātes paaugstināšanai (skatīt 10.sadaļu “*Veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas izmaksu efektivitātes izvērtējums*”).

Uzdevums 3.5. Veikt apkopojumu par integrētas, pacientu-centrētas pieejas pakalpojumu sniegšanas labās prakses piemēriem, ietverot starptautisko pieredzi vismaz trīs ārvalstīs ar pozitīvu pieredzi šāda modeļa nodrošināšanā

Izmantotā pieeja:

Pētījuma ietvaros apkopoti labās starptautiskās prakses piemēri integrētas uz pacientu orientētas aprūpes pieejas nodrošināšanā ar mērķi uzskatāmi parādīt starptautiskā praksē izmantotus risinājumus, kas tiek izmantoti konkrētu Pētījuma ietvaros identificētu problēmu novēršanai. Starptautiskā prakse ietver vismaz šādas valstis – Dānija, Lielbritānija, Igaunija, Nīderlande. Papildus veiktas arī daļēji strukturētas intervijas ar ārvalstu integrētas aprūpes ekspertu Lielbritānijā. Ārvalstu labās prakses piemēri pieejami ziņojuma 9.2., 9.3., 9.6., 9.9. sadaļās, kā arī starptautiskās prakses analīze izmantota, izstrādājot rekomendācijas uz pacientu orientēta integrēta aprūpes modeļa ieviešanai.

Uzdevums 3.6. Izstrādāt rekomendācijas jauna uz pacientu orientēta integrētas aprūpes modeļa ieviešanai Latvijā atbilstoši pacientu ar hroniskām saslimšanām vajadzībām, vienlaikus ietverot priekšlikumus šādas aprūpes organizēšanas un finansēšanas iespējām, nepieciešamajiem cilvēkresursiem un infrastruktūru, kā arī priekšlikumus starpsektorālai sadarbībai pakalpojumu nodrošināšanā, ja tiek identificētas šādas vajadzības

Izmantotā pieeja:

Pētījuma rezultātā izstrādātas rekomendācijas jauna uz pacientu orientēta integrētas aprūpes modeļa ieviešanai Latvijā, kas ietver priekšlikumus šādas aprūpes organizēšanai, nepieciešamajiem cilvēkresursiem un infrastruktūras attīstībai, kā arī vērtētas izstrādāto rekomendāciju ieviešanas

⁹ Ielādēts no: http://www.improvingchroniccare.org/downloads/pacic_copy1.pdf

finansēšanas iespējas (t.i. iespējamie finansējuma avoti). Detalizētāku izvērtējumu un rekomendācijas par nepieciešamo cilvēkresursu attīstību skatīt 11.sadaļā, savukārt visu pētījuma rezultātā izstrādāto rekomendāciju apkopojums atrodams 0.sadaļā *“Priekšlikumi uz pacientu orientētas integrētas aprūpes organizēšanas un finansēšanas iespējām”*.

1. Dokumentu, informācijas un aptauju rezultātu analīze par šī brīža starpsektorālās sadarbības formām, t. sk. eksistējošo starpsektorālo sadarbības mehānismu izpēti, normatīvajos aktos iekļauto prasību analīze, finansēšanas mehānismu analīze u.c.;
2. Starptautiskās prakses analīze starpsektorālās sadarbības nodrošināšanā;
3. Īstenota hroniski slimu pacientu aptauja, ģimenes ārstu aptauja, ārstniecības iestāžu aptauja, pašvaldību sociālo dienestu un sociālo pakalpojumu sniedzēju aptaujas, kuru dati izmantoti viscaur ziņojuma tekstā, kā arī izmantoti, izstrādājot rekomendācijas uz pacientu orientēta integrēta aprūpes modeļa ieviešanai.
4. Īstenotas fokusa grupas un intervijas ar nozares asociācijām, pacientu biedrībām, nozares ekspertiem, iekļaujot jautājumus par nepieciešamajām pakalpojumu organizācijas izmaiņām, nepieciešamo pakalpojumu attīstību un izmaiņām cilvēkresursu un infrastruktūras nodrošinājumā. Fokusa grupās un intervijās izteiktie viedokļi ņemti vērā, apkopojot secinājumus viscaur ziņojuma tekstā, kā arī izstrādājot rekomendācijas uz pacientu orientēta integrēta aprūpes modeļa ieviešanai Latvijā.

6 Pētījumā izmantotie jēdzieni un to skaidrojums

Tabula 1 Pētījumā izmantotie jēdzieni un to skaidrojums

Jēdziens	Pētījuma ietvaros izmantotā definīcija
Hospisa (terminālā) aprūpe	Hospisa aprūpe ir daļa no paliatīvās aprūpes, un tā tiek nodrošināta pacientam dzīves beigās. To nodrošina veselības aprūpes speciālisti un brīvprātīgie, kas sniedz medicīnisku, psiholoģisku un garīgu atbalstu. Aprūpes mērķis ir atvieglot fiziskās un psiholoģiskās ciešanas nedziedināmi slimiem pacientiem. Aprūpes sniedzēji pacientam nodrošina atsāpinošu terapiju un kontrolē citus simptomus, lai nodrošinātu maksimāli ērtus apstākļus, bet būtiski necenšas ietekmēt slimības gaitu. Hospisa aprūpe ietver arī atbalstu pacienta tuviniekiem ¹⁰ .
Hroniska slimība	Hronisku slimību definē kā ilgstošu, neizzūdošu slimību ar sarežģītu izcelsmi un pastāvīgu ietekmi uz veselības stāvokli, kuras rezultātā: ▶ notiek organisma fizioloģisko procesu pakāpeniska pasliktināšanās; ▶ pastāv augsts komplikāciju risks; ▶ var tikt ierobežotas ikdienas aktivitātes; ▶ pastāv darba spēju zuduma un invaliditātes risks; ▶ nepieciešama nepārtraukta vai periodiska medicīniskā aprūpe. Hroniski slimu pacientu aprūpes modelis sniedz vadlīnijas pārejai no akūtas un epizodiskas hronisku slimību aprūpes sistēmas uz proaktīvu, plānveidīgu, uz pacientu centrētu un uz pierādījumiem balstītu aprūpi. Tas sastāv no elementiem, kuru mijiedarbības rezultātā tiek veicināta augstas kvalitātes aprūpe pacientiem ar hroniskām slimībām. Pētījuma ietvaros izmantoti šādi hroniski slimu pacientu aprūpes modeļa elementi: ▶ Hroniski slimu pacientu aprūpes vadība; ▶ Klīniskā vadība un klīnisko lēmumu atbalsts; ▶ Hroniski slimu pacientu pašaprūpes atbalsts; ▶ Pakalpojumu nodrošināšanas sistēma; ▶ Klīniskās informācijas sistēmas; ▶ Atbalsts aprūpes integrācijai.
Hronisku slimību vadīšana	Veselības aprūpes sistēmā Latvijā hronisku slimību vadīšana kā atsevišķs jēdziens nav ieviests. Hronisku slimību vadīšana tiek definēta kā pacientu aprūpes pieeja, kurā uzsvars tiek likts uz koordinētu un visaptverošu, uz pierādījumiem balstītu aprūpi ar integrētu starpnozaru pieeju visā slimības dzīves ciklā ¹¹ . Šī pieeja tiek balstīta uz struktūru, kas ietver veselības veicināšanu, slimību novēršanu, to agrīnu atklāšanu, primāro, sekundāro un terciāro aprūpi ¹² . Tā ir uz pacientu vērsta sistēma, kas palīdz nodrošināt pacientiem nepieciešamo informāciju un prasmes, lai viņi paši spētu pārvaldīt savu veselību, tādējādi uzlabojot veselības rādītājus ¹³ .
Ilgstošas aprūpes vajadzība	Personas, kura vecuma vai veselības stāvokļa dēļ nespēj sevi aprūpēt, kā arī bāreņu un bez vecāku gādības palikušu bērnu, vajadzību kopums, kas ietver nepieciešamību pēc mājokļa, aprūpes pakalpojumiem un sociālās rehabilitācijas.
Ilgtermiņa aprūpe	Ilgtermiņa aprūpe ietver pakalpojumus, kas paredzēti cilvēka veselības un sociālo vajadzību apmierināšanai ilgākā laika periodā. Šie pakalpojumi sniedz cilvēkiem iespēju dzīvot pēc iespējas patstāvīgāk, sniedz drošības sajūtu un atbalstu, kad paši vairs nespēj veikt ikdienas darbības. Ilgtermiņa aprūpe var ietvert gan sociālos, gan veselības aprūpes pakalpojumus ¹⁴ .
Integrēti veselības aprūpes pakalpojumi	Integrēti veselības aprūpes pakalpojumi tiek definēti kā pakalpojumi, kuru ietvaros tiek vadītas un nodrošinātas nepārtrauktas ar veselības aprūpi saistītas aktivitātes, slimību profilakse, diagnostika, ārstēšana, slimību vadīšana, rehabilitācijas un paliatīvās aprūpes pakalpojumi dažādos līmeņos un aprūpes vietās atbilstoši pacientu vajadzībām visā viņu dzīves laikā ¹⁵ .

¹⁰ World Health Organization (WHO)/WPCA. 2014. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*

¹¹ Ellrodt, G. 1997. *Evidence – Based Disease Management*

¹² Delon, S.; MacKinnon, B. 2009. *Alberta's Systems Approach to Chronic Disease Management and Prevention Utilizing the Expanded Chronic Care Model*

¹³ Cramm, J. M.; Nieboer, A. P. 2016. *BMC Health Services Research: Is "disease management" the answer to our problems? No! Population health management and (disease) prevention require "management of overall well-being"*

¹⁴ National Institute on Aging. 2017. *What Is Long-Term Care?* Ielādēts no: <https://www.nia.nih.gov/health/what-long-term-care>

¹⁵ World Health Organization (WHO). n.d. *What are integrated people-centred health services?* Ielādēts no: <https://www.who.int/services/safety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/#:~:text=Integrated%20health%20services%20is%20health,care%20within%20the%20health%20system>

Nedziedināmi slimi pacienti	Pacienti, kuriem diagnosticēta slimība, kuru nav iespējams ārstēt un kura noteiktā laika posmā izraisa pacienta nāvi. Pacienta mūža ilgumu var ietekmēt tādi faktori kā slimības smaguma pakāpe, pašaprūpes un veselības aprūpes kvalitāte, medikamentu lietošana u.c. ¹⁶ .
Pacientvērsti integrēti veselības pakalpojumi	Pacientvērsti integrēti veselības pakalpojumi nozīmē cilvēku un sabiedrības, nevis slimību, izvirzīšanu veselības aprūpes centrā un iespēju cilvēkiem pašiem uzņemties atbildību par savu veselību, nevis būt pasīviem pakalpojumu saņēmējiem. Integrētas un pacientvērstas aprūpes modeļa ieviešanai potenciāli ir būtiski pozitīva ietekme uz aprūpes pieejamību, veselības un klīnisko iznākumu rādītājiem, pacientu informētību par veselību un pašaprūpi, pacientu un aprūpes darbinieku apmierinātību, pakalpojumu efektivitāti un resursu efektīvu izmantošanu ¹⁷ .
Pacienti ar hroniskām slimībām	Šī pētījuma ietvaros par pacientiem ar hroniskām slimībām tiek uzskatīti pacienti, kuriem: ▶ ir viena vai vairākas hroniskas slimības; ▶ notiek organisma fizioloģisko procesu pakāpeniska pasliktināšanās; ▶ pastāv augsts hroniskas slimības izraisītu komplikāciju risks; ▶ pastāv augsts risks zaudēt spējas veikt ikdienas aktivitātes; ▶ pastāv darba spēju zuduma un invaliditātes risks; ▶ nepieciešama periodiska vai nepārtraukta medicīniskā aprūpe; ▶ nepieciešama regulāra medikamentu lietošana.
Paliatīvā aprūpe	Paliatīvā aprūpe ir aprūpe, kas uzlabo pacientu un viņu tuvinieku dzīves kvalitāti, saskaroties ar dzīvībai bīstamām slimībām, nodrošinot savlaicīgu dzīvībai bīstamo faktoru identificēšanu un pacienta stāvokļa novērtēšanu. Paliatīvā aprūpe palīdz novērst un atvieglot ciešanas, tās ietvaros tiek nodrošināta atsāpinoša terapija, tiek kontrolēti citi simptomi, sniegta psiholoģisks atbalsts ¹⁸ .
Sociālās aprūpes pakalpojumi	Sociālās aprūpes pakalpojumi ir pasākumu kopums, kas vērsts uz vajadzību apmierināšanu pacientiem, kuri vecuma, funkcionēšanas spēju vai slimību dēļ nespēj sevi pietiekami aprūpēt. Sociālās aprūpes pakalpojumi var tikt sniegti pacienta dzīvesvietā un ilgstošas sociālās aprūpes institūcijā ¹⁹ .
Pacientvērstā aprūpe	Pacientvērstā aprūpe tiek saprasta kā pieeja, kas ņem vērā individu, tuvinieku un sabiedrības uzskatus, veicina viņu lomu kā aktīviem dalībniekiem pašaprūpē, kā arī nodrošina iespēju saņemt uzticamus veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši pacientu vajadzībām. Pacientvērstā aprūpe ir pakārtota personu aprūpes vajadzībām, nevis slimībām ²⁰ .
Veselības aprūpes pakalpojumi	Veselības aprūpes pakalpojumus sniedz organizācijas un ārstniecības personas tiem, kam tā nepieciešama – pacientiem, ģimenēm, sabiedrībai. Veselības aprūpes pakalpojumi ietver neatliekamās un plānveida pakalpojumus, t.sk. profilaktiskos, diagnostikas, ārstēšanas un medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus. Latvijas normatīvajos aktos nav noteikta veselības aprūpes pakalpojuma definīcija, tādēļ Pētījuma izstrādes nolūkos ar pakalpojumiem tiek saprasti šādos aprūpes posmos sniegtie pakalpojumi, piemēram: ▶ ģimenes ārsta prakses pakalpojumi; ▶ ārsta speciālista pakalpojumi; ▶ stacionārie pakalpojumi; ▶ medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi; ▶ veselības aprūpes mājās pakalpojumi; ▶ paliatīvās aprūpes pakalpojumi.

¹⁶ World Health Organization (WHO). 2019. *What does terminal illness mean?* Ielādēts no: <https://www.mariecurie.org.uk/who/terminal-illness-definition>

¹⁷ World Health Organization (WHO). 2016. *Framework on integrated, people-centred health services*

¹⁸ World Health Organization (WHO)/WPCA. 2014. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*

¹⁹ Saeima. 2002. *Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums*. Ielādēts no: <https://likumi.lv/ta/id/68488-sociao-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-likums>

²⁰ World Health Organization (WHO). n.d. *What are integrated people-centred health services?* Ielādēts no: <https://www.who.int/service-delivery/safety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/#:~:text=Integrated%20health%20services%20is%20health,care%20within%20the%20health%20system>

7 Pacientu ar hroniskām slimībām vajadzības

Latvijā 33% iedzīvotāju vecumā no 65 gadiem ir vismaz viena hroniska slimība, bet 17% vismaz divas²¹. Hroniskas slimības var izpausties dažādi gan pēc to smaguma pakāpes, gan medicīniskajām indikācijām. Daļai pacientu tās var izpausties kā viegli kontrolējami veselības stāvokļi, kuru aprūpes vajadzības ietver periodisku ārstniecības personu uzraudzību un nereti regulāru medikamentu lietošanu, saglabājot darbaspējas un spējas pašam veikt ikdienā nepieciešamās aktivitātes. Jāņem vērā, ka hroniskas slimības var izraisīt arī smagus veselības stāvokļus ar vairākām slimībām un paaugstinātas sarežģītības aprūpes vajadzībām, kuras tostarp ietver regulāras veselības un sociālās aprūpes vajadzības samazinātu darbaspēju dēļ. Atbilstoši Latvijas un pasaules demogrāfiskajai situācijai, kurai raksturīga sabiedrības novecošanās un palielināta dzīvildze, ir būtiski, ka hroniski slimi pacienti, neatkarīgi no sev diagnosticētās slimības un tās smaguma pakāpes, saņemtu atbilstošu un kvalitatīvu aprūpes pakalpojumu atbilstoši savām vajadzībām, kurā būtu iekļauta gan veselības aprūpe, gan arī sociālā aprūpe, veidojot integrētu aprūpes pakalpojumu.

Pētījumā identificētās pacientu vajadzības diagnožu līmenī iedalītas šādās tematiskajās grupās:



Attēls 1 Identificētās pacientu vajadzības – iedalījums grupās

Detalizētas Pētījumā identificētās pacientu vajadzības diagnožu līmenī skatīt sadaļā "Pacientu profili".

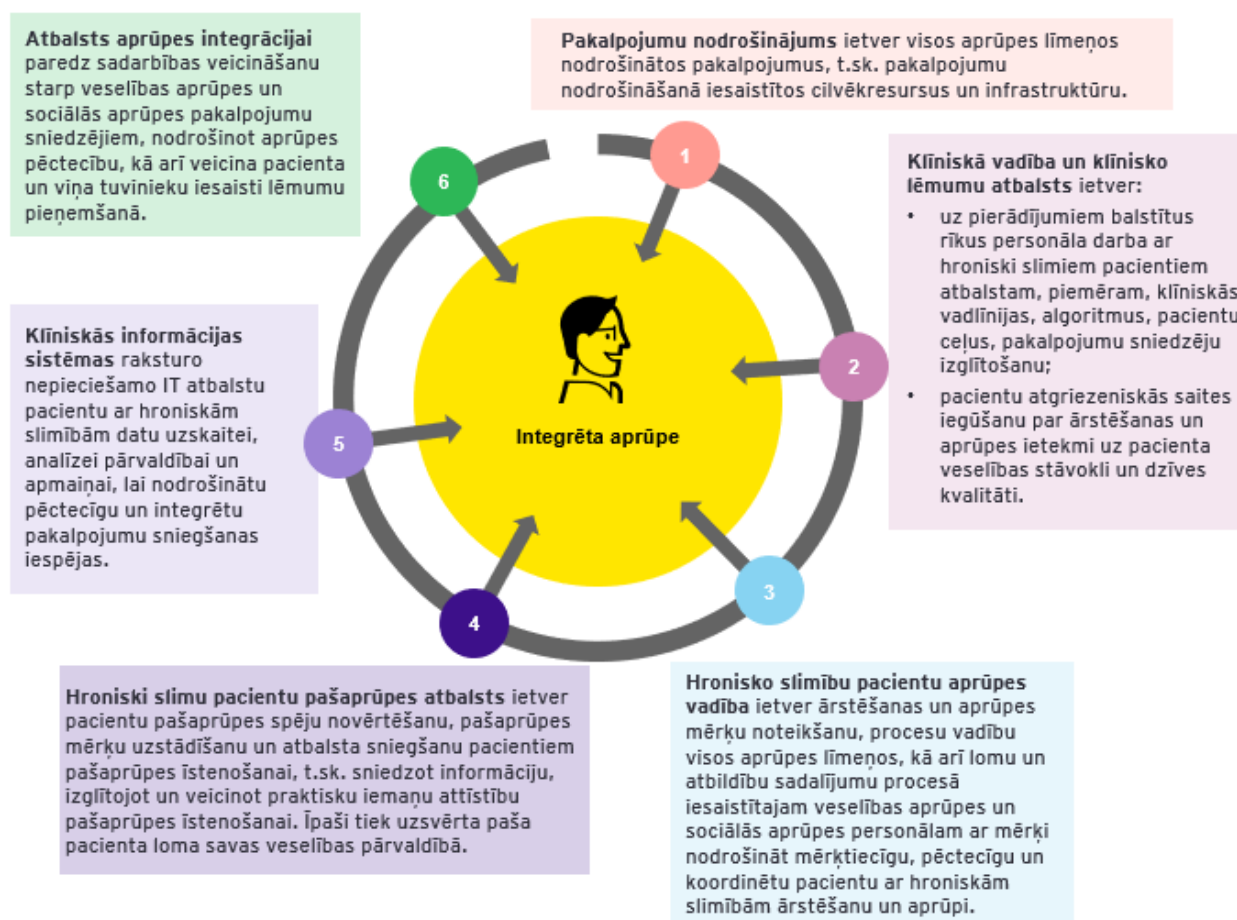
²¹ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2019. *Health at Glance: OECD indicators*. Iegūts no: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/1/3/4/2/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en&_csp_82587932df7c06a6a3f9dab95304095d&itemIGO=oe&itemContentType=book

8 Pacientvērsta integrēta pieeja hroniski slimo pacientu aprūpē: Pētījuma teorētiskais pamatojums

Lai risinātu pacientu ar hroniskām slimībām aprūpes izaicinājumus un nodrošinātu integrētus veselības un sociālās aprūpes pakalpojumus, kuru pamatā ir pacienta vajadzības, ir izstrādāts Hroniski slimo pacientu aprūpes modelis (no angļu val. - Chronic Care Model).

Hroniski slimo pacientu aprūpes modelis paredz, ka, ieviešot tā sešus pamatelementus, ir iespējams nodrošināt integrētu, uz pacientu vajadzībām orientētu aprūpes sistēmu, kas var mazināt saslimstības un mirstības rādītājus, kā arī uzlabot pacientu līdzestību, apmierinātību ar sniegto pakalpojumu un veselības aprūpes resursu izlietojuma efektivitāti.

Šī Pētījuma ietvaros analizēta Latvijas esošā situācija pacientu ar hroniskām slimībām aprūpē, grupējot konstatēto aprūpes sistēmas problēmu cēloņus atbilstoši Hroniski slimo pacientu aprūpes modeļa pamatelementiem ar mērķi konstatēt, kuri pamatelementi prioritāri pilnveidojami, lai Latvijā ieviestu uz pacientu orientētu integrētu aprūpes pakalpojumu sniegšanas modeli.



Attēls 2 Uz pacientu orientēta integrētu aprūpes pakalpojumu sniegšanas modeļa elementi

Turpmākajās ziņojuma sadaļās aprakstītas galvenās identificētās problēmas pacientu ar hroniskām slimībām aprūpes sistēmā Latvijā. Pētījumā analizēti šo problēmu cēloņi, kā arī sniegtas rekomendācijas to risināšanai. Kopumā identificētas 8 būtiskas problēmas:

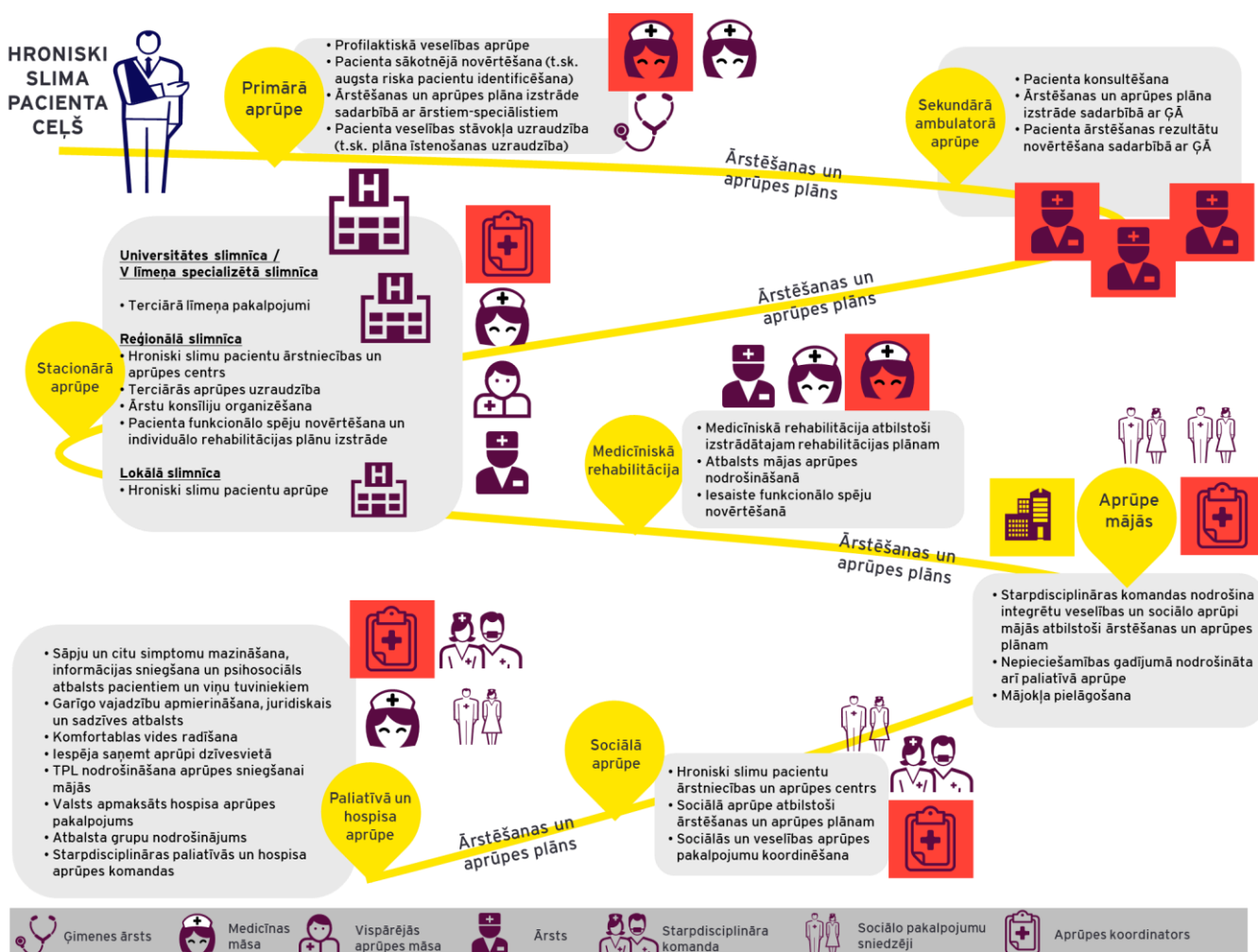
- ▶ Nepietiekama slimību profilakse un novēlota slimību diagnostika palielina hronisko slimību izplatību;
- ▶ Informācijas un pakalpojumu pēctecības trūkums hroniskas slimības ārstēšanā rada lielu slogu uz pacientu un tuviniekiem;
- ▶ Hroniski slimo pacientu ārstēšanā nepieciešama starpdisciplināra pieeja, kas netiek nodrošināta;
- ▶ Ārstu speciālistu konsultāciju un plānveida stacionāro pakalpojumu ierobežotas pieejamības dēļ pacienti nonāk stacionārā neatliekamās palīdzības saņemšanai;
- ▶ Speciālistu rekomendāciju ievērošanas trūkums un medikamentu lietošanas nelīdzestība rezultējas pacientu ar hroniskām slimībām hospitalizācijā;

- ▶ Pacientiem ar smagu veselības stāvokli un funkcionēšanas traucējumiem nepieciešama integrēta veselības un sociālā aprūpe mājās, kas netiek nodrošināta;
- ▶ Sociālās aprūpes pakalpojumu klientiem netiek nodrošināta nepieciešamā veselības stāvokļa uzraudzība, kas rezultējas hospitalizācijā;
- ▶ Hroniski slimu pacientu ar smagu veselības pakāpi un nedziedināmi slimu pacientu aprūpe rada lielu slogu pacientu tuviniekiem, ģimenes ārstiem un stacionāriem.

Pētījumā identificētās problēmas aptver šādus aprūpes posmus:

- ▶ Primārā aprūpe;
- ▶ Sekundārā ambulatorā aprūpe;
- ▶ Stacionārā aprūpe;
- ▶ Medicīniskā rehabilitācija;
- ▶ Veselības aprūpe mājās;
- ▶ Sociālā aprūpe;
- ▶ Paliatīvā un hospisa aprūpe.

Attēlā norādīti aprūpes posmi, ārstēšanas un aprūpes plāna ietvaros veiktās aktivitātes katrā no tiem, kā arī norādīti speciālisti, kuri šo posmu ietvaros ir iesaistīti pacientu aprūpē, ar sarkanu izceļot speciālistus, kuriem paredzēta loma pacientu ārstēšanas un aprūpes koordinēšanā.



Attēls 3 Pētījumā analizētie aprūpes posmi

Katrā no problēmjomām identificēts problēmu un cēloņu kopums, kur vienu problēmu var radīt vairāki cēloņi un otrādi – viens cēlonis var radīt vairākas problēmas, tādēļ tie analizējami kā kopums. Katra problēmu-cēloņu kopuma beigās sniegts visaptverošs, skaidrojošs apraksts.

9 Pētījumā identificētās problēmas

9.1 Nepietiekama slimību profilakse un novēlota slimību diagnostika palielina hronisko slimību izplatību

Identificētās problēmas:

1. **P1** Neskatoties uz to, ka valsts apmaksā ģimenes ārsta un viņa praksē nodarbināto ārstniecības personu sniegtās profilaktiskās apskates, ģimenes ārsta uzskaitē esošajiem pacientiem netiek organizētas regulāras visas nepieciešamās profilaktiskās apskates atbilstoši MK noteikumiem Nr. 555.;
2. **P2** Lielai daļai pacientu (atkarībā no diagnozes) hroniska slimība tiek atklāta novēloti (piemēram, 63% plaušu hipertensijas pacientu diagnostika ir novēlota un 2017.gadā no pavisam uzskaitē uzņemtajiem 10 697 pacientiem ar onkoloģiskām diagnozēm 5 555 gadījumos jeb 52% gadījumu audzēji atklāti novēloti, kā arī aptuveni trešdaļa ļaundabīgo krūts audzēju tiek konstatēti novēloti (slimības III – IV stadijā)^{22,23}, kā rezultātā slimība ir sarežģītāk ārstējama un samazinās pacienta iespējas tikt izārstētam;
3. **P3** Neskatoties uz veiktajiem ieguldījumiem veselības veicināšanas pasākumos gan valsts, gan pašvaldību līmenī (piemēram, SAM 9.2.4. ietvaros piešķirti kopumā 48 260 900 eiro laika posmā no 2016. līdz 2023. gadam), Latvijā joprojām novērojami augsti saslimstības un mirstības rādītāji.

Cēloņi:

1. Atbilstoši NVD apkopotajai statistikai par ģimenes ārstu praksēs 2021.gadā reģistrēto pacientu skaitu konstatēts, ka vairākās ģimenes ārstu praksēs reģistrēto pacientu skaits ievērojami pārsniedz 2000. Šāds reģistrēto pacientu skaits būtiski ietekmē ģimenes ārstu iespējas veikt normatīvajos aktos noteiktās regulārās profilaktiskās apskates visiem praksē reģistrētajiem pacientiem;
2. Ģimenes ārstu darba atalgojumu galvenokārt ietekmē kapitācijas maksājumi, ko tiešā veidā ietekmē praksē reģistrēto pacientu skaits, bet ne kvalitātes kritēriju izpilde. Tas motivē ģimenes ārstus praksēs reģistrēt lielāku pacientu skaitu, kas var ietekmēt sniegtā pakalpojuma kvalitāti;
3. Netiek veikta visu pētījuma ietvaros analizēto hronisko slimību riska faktoru regulāra novērtēšana profilaktiskās veselības aprūpes ietvaros;
4. Ģimenes ārstiem trūkst metodiskā atbalsta hronisku slimību diagnostikā, t.sk. sadarbības ar ārstiem speciālistiem un regulāru apmācību par hronisko slimību diagnostiku;
5. Ģimenes ārstiem un primārajā aprūpē nodarbinātajām medicīnas māsām trūkst kompetences pacientu psihiskās veselības novērtēšanā un uzraudzībā;
6. Sabiedrībā novērojams zems atbildības līmenis par savas veselības veicināšanu un saglabāšanu, par ko liecina augsta riska faktoru izplatība²⁴;
7. Līdz 2014.-2020.gada plānošanas periodam valsts budžeta finansējums veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumiem bija nepietiekams, kas rezultējās augstos mirstības un saslimstības rādītājos Latvijas sabiedrībā. Neskatoties uz to, ka pēdējos gados novirzītas lielas investīcijas veselības veicināšanas pasākumiem gan valsts, gan pašvaldību līmenī, nodrošinot regulārus, daudzveidīgus pasākumus un aktivitātes dažādām sabiedrības grupām, šo pasākumu ietekme uz saslimstības un mirstības rādītājiem nav novērtējama īstermiņā.

Neskatoties uz pēdējos gados veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumos veiktajām investīcijām, Latvijas sabiedrībā joprojām vērojama zema interese par paradumu maiņu un savas veselības uzlabošanu, par ko liecina augsta riska faktoru izplatība (mazkustīgums, alkohola patēriņš, smēķēšana un neveselīgs uzturs), un aptuveni 51% no visiem nāves gadījumiem Latvijā ir saistīti ar riska faktoru kaitīgo ietekmi. Šo situāciju papildus negatīvi ietekmē arī esošā situācija primārās aprūpes organizēšanas un apmaksas kārtībā, kurai raksturīgs liels ģimenes ārstu praksēs reģistrēto pacientu skaits, nepietiekams metodiskais atbalsts ģimenes ārstiem, kā arī nepietiekama pacientu veselības kontrole un profilakse, lai savlaicīgi identificētu potenciālos hronisku slimību gadījumus.

Vēsturiski valsts un pašvaldību pieejamie budžeta līdzekļi veselības veicināšanas aktivitātēm un profilakses īstenošanai nav bijuši pietiekami, kā arī netika īstenotas daudzveidīgas aktivitātes un regulāri pasākumi visai sabiedrībai atbilstoši vecumam, spējam un interesēm, kas rezultējās augstos saslimstības un mirstības rādītājos un, lai gan ar lejupejošu tendenci, tie joprojām vērtējami kā vieni no augstākajiem ES. Piemēram, Latvijas novēršamo nāves gadījumu skaits, kurus ir iespējams novērst ar atbilstošiem profilakses un sabiedrības informēšanas pasākumiem, 2017.gadā par 49% pārsniedza OECD vidējo rādītāju²⁵. 2014.-2020. gada plānošanas periodā īstenoti mērķtiecīgi sabiedrības informēšanas,

²² D. Baltiņa. 2019. *Onkoloģisko slimību savlaicīga diagnostika bērniem un pieaugušajiem*. Ielādēts no: https://talakizglitiba.lv/sites/default/files/2020-01/149_Onkolo%C4%A3isko%20slim%C4%ABu%20diagnostika.pdf

²³ Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC). 2017. *Kā pasargāt sevi no krūts vēža ielaišanas*. Ielādēts no: https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/173417_kruts_vezis_print1.pdf

²⁴ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2019. *Latvia: Country Health Profile 2019*. Ielādēts no: <https://www.oecd.org/latvia/latvia-country-health-profile-2019-b9e65517-en.htm>

²⁵ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2019. *Health at Glance: OECD indicators*. Iegūts no: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/1/3/4/2/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en&_csp=82587932df7c06a6a3f9dab95304095d&itemI=oeed&itemContentType=book

veselības veicināšanas un profilakses pasākumi, piemēram, SAM 9.2.4. ietvaros šādiem pasākumiem piešķirti 48 260 900 eiro laika posmā no 2016. līdz 2023. gadam. Kā SAM 9.2.4. galvenās mērķa grupas noteikti:

- ▶ iedzīvotāji, kuri dzīvo teritorijā ārpus pilsētām ar iedzīvotāju blīvumu zem 50 iedzīvotājiem uz kvadrātkilometru;
- ▶ trūcīgie un maznodrošinātie iedzīvotāji;
- ▶ bezdarbnieki;
- ▶ personas ar invaliditāti;
- ▶ iedzīvotāji, kas vecāki par 54 gadiem;
- ▶ bērni;
- ▶ pārējās riskam pakļautās grupas.

Pasākuma prioritārās jomas galvenokārt saistītas ar Latvijā plaši izplatītiem riska faktoriem un aptver sirds un asinsvadu slimības, onkoloģiskās slimības, bērnu (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) veselību un psihisko veselību, veselības saglabāšanu un uzlabošanu, lai veicinātu ilgu un produktīvu mūžu. Ņemot vērā, ka ieguldījumi cilvēkresursos un sabiedrības paradumu maiņā vērtējami vismaz 5 līdz 10 gadu periodā pēc to īstenošanas, šobrīd nav iespējams novērtēt veikto ieguldījumu ietekmi uz saslimstības un mirstības rādītājiem. Papildus jāņem vērā, ka 2020.gadā Latvija profilaktiskajai veselības aprūpei novirzīja finansējumu 2,4% procentu apmērā no kopējām veselības aprūpes izmaksām, kas vērtējams kā optimāls un ar ES27 vidējo (2,77%) finansējuma apjomu salīdzināms, vienlaikus ņemot vērā, ka Latvijas kopējais valsts budžeta finansējums veselības aprūpei ir ievērojami zemāks kā ES27 vidējais (5,97% pret 9,88% no IKP). Neskatoties uz to, ka profilaksei atvēlētais finansējuma īpatsvars ir salīdzināms ar ES27 vidējo, Latvijas sabiedrības veselības rādītāji, kurus iespējams uzlabot ar profilaktiskiem pasākumiem, joprojām ir ievērojami zemāki kā ES27 valstīs un veikto ieguldījumu atdeve vērtējama ilgtermiņā.

No pakalpojumu organizācijas viedokļa ģimenes ārstu aptaujas dati norāda, ka aptuveni trešā daļa ģimenes ārstu pieņem hroniskos pacientus akūtos gadījumos, bet aptuveni puse (48%) plāno gan akūtas, gan profilaktiskas pieņemšanas. Augsta riska hronisko pacientu aprūpe tiek vai nu nodrošināta ģimenes ārsta praksē (27.4%) vai sadarbojoties ar noteiktiem speciālistiem (34.5%), bet pilnvērtīga aprūpes koordinācija ar sekundāro un terciāro līmeni tiek nodrošināta tikai 4.8% gadījumu. Pacientu psihiskās veselības rezultātus un uzvedību mēra un uzrauga sadarbojoties ar sekundāro aprūpi tikai 3.6% ģimenes ārstu, 47.6% gadījumu atsevišķus pacientu psihiskās veselības rezultātus piefiksē, bet neuzrauga.

Nereti ģimenes ārstu praksēs ir reģistrēts liels pacientu skaits, kas ievērojami pārsniedz optimālo ģimenes ārstu praksēs reģistrēto pacientu skaitu – aptuveni 1500 pacientu. Liels reģistrēto pacientu skaits būtiski ietekmē iespējas veikt visiem pacientiem nepieciešamos profilaktiskos izmeklējumus un diagnosticēt hroniskas slimības. Šobrīd ģimenes ārstu pakalpojumu apmaksas lielāko daļu veido kapitāciju maksājumi, kuri tiek aprēķināti pēc reģistrēto pacientu skaita, motivējot ģimenes ārstus savās praksēs uzņemt lielu pacientu skaitu. Papildus tam, ģimenes ārstiem un māsām netiek nodrošināts pietiekams metodiskais atbalsts hronisku slimību diagnostikā, kas ierobežo savlaicīgu slimības diagnostiku un atbilstošas ārstēšanas un aprūpes pieejas izvēli.

MK noteikumos Nr. 555 nav noteikti ierobežojumi ģimenes ārsta praksē reģistrēto pacientu skaitam, nosakot 1800 pacientus kā pilnu praksi, taču nenosakot griestus pacientu skaitam. Ņemot vērā, ka praksē reģistrēto pacientu skaits ir tieši saistīts ar pakalpojumu apmaksu par ģimenes ārsta sniegtajiem pakalpojumiem, ģimenes ārsti savās praksēs ir finansiāli motivēti reģistrēt lielu skaitu pacientu. 2021.gadā vairākās praksēs bija reģistrēti vairāk kā 1800 pacienti, un aptuveni 10% prakšu reģistrēto pacientu skaits pārsniedz 4000, piemēram:

- ▶ Vidzemes reģionā konstatēts, ka vienā ģimenes ārsta praksē reģistrēti pat 6333 pacienti un 21 praksē pacientu skaits pārsniedz 2000;
- ▶ Rīgā lielākais pacientu skaits, kas konstatēts ģimenes ārstu praksēs, ir 4813 un 4453, vienlaikus 85 praksēs pacientu skaitam pārsniedzot 2000;
- ▶ Kurzemes reģionā 33 ģimenes ārstu praksēs reģistrēto pacientu skaits nedaudz pārsniedz 2000, un lielākais reģistrēto pacientu skaits sasniedz 2885;
- ▶ Latgales reģionā lielākais vienā ģimenes ārsta praksē reģistrēto pacientu skaits ir 3431, taču 30 praksēs svārstās robežās no 2000 līdz 3000 pacientiem.
- ▶ Zemgales reģionā, līdzīgi kā Latgales reģionā, augstākais vienā praksē reģistrētais pacientu skaits ir 3278 un 25 praksēs robežās no 2000 līdz 3000 pacientiem.

Ņemot vērā lielo ģimenes ārstu praksēs reģistrēto pacientu skaitu, konstatēts, ka tas ir būtisks ierobežojošs faktors veikt normatīvajos aktos noteiktās regulārās profilaktiskās apskates visiem praksē reģistrētajiem pacientiem. Piemēram, 2019.gadā 292 ģimenes ārsti izpildīja tikai no 0-2 no ģimenes ārsta darba kvalitātes kritērijiem un 401 ģimenes ārsts izpildīja 3-4 kvalitātes kritērijus. Trīs no ģimenes ārsta darba kvalitātes kritērijiem ir saistāmi ar pacientu profilaksi, četri no tiem – ar hronisku slimību aprūpi. 2019.gada dati liecina, ka ģimenes ārsti, izpildot vien 0-2 kritērijus, neveic visas pacientiem nepieciešamās profilaktiskās pārbaudes un neveic aprūpi hroniski slimiem pacientiem pilnā apmērā. Lai risinātu ģimenes ārstu noslodzes jautājumu, šobrīd tiek piešķirts finansējums otrās māsas piesaistīšanai tām ģimenes ārsta praksēm, kurās pacientu skaits pārsniedz 1800, tomēr 2019.gadā Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātē īstenotā pētījumā par Latvijas primārās aprūpes efektivitāti un pieejamību secināts, ka šobrīd nepilnīgi tiek izmantota otrās māsas iesaiste ģimenes ārsta praksē, lai koordinētu augsta riska

pacientu veselības aprūpi, kas rezultējas palielinātā NMPD izsaukumu skaitā, pacientiem izvēloties palīdzību saņemt stacionāros²⁶. Secināms, ka pašreizējā ģimenes ārstu profilaktiskās veselības aprūpes kvalitātes kontrole netiek īstenota pietiekamā apmērā, lai nodrošinātu sabiedrības veselības rādītāju uzlabošanu. Apsverot ģimenes ārstu prakšu darbības modeli, kurā lielāka atbildība paredzēta māsām, nepieciešams ņemt vērā, ka Latvijā šobrīd ir ievērojami zemāks māsu īpatsvars uz 1000 iedzīvotājiem (4,4 māsas uz 1000 iedzīvotājiem) nekā ES27 (8,2 māsas uz 1000 iedzīvotājiem), kā arī tas, ka Latvijā māsu skaita attiecība pret ārstiem ir 1,3, kamēr ES27 tas ir 2,3²⁷. Piešķirot ģimenes ārstu praksēs nodarbinātajām māsām plašākas pilnvaras ģimenes ārstu prakšu ietvaros, veidojot, piemēram, māsu konsultatīvos kabinetus, kas paredz, ka māsa pieņem pacientus un sniedz vienkāršākos primārās aprūpes pakalpojumus bez ģimenes ārsta iesaistes, iespējams efektīvāk izmantot ierobežoto māsu cilvēkresursu skaitu. Ņemot vērā, ka māsām ir kompetence izvērtēt pacienta veselības stāvokli, lielā daļā gadījumu pacients var saņemt māsas konsultāciju, tādējādi neveidojot papildus struktūras un nepiesaistot jaunus cilvēkresursus ģimenes ārsta praksei, bet vienlaikus risinot ģimenes ārstu noslodzes jautājumu.

Pētījuma ietvaros veiktās pacientu aptaujas dati liecina:

- ▶ lielākā daļa respondentu visās Pētījumā analizētajās slimību grupās norāda, ka ģimenes ārsts reti sniedz konkrētus ieteikumus ēšanas paradumu uzlabošanai un fizisko aktivitāšu īstenošanai;
- ▶ lielākā daļa respondentu visās Pētījumā analizētajās slimību grupās norāda, ka ģimenes ārsts reti sniedz ieteikumus ikdienas aktivitāšu un pašaprūpes īstenošanai;
- ▶ lielākā daļa respondentu visās Pētījumā analizētajās slimību grupās norāda, ka visbiežāk ģimenes ārsts velta pietiekamu laiku sarunai apmeklējuma laikā;
- ▶ ģimenes ārstu sev izdevīgā laikā ir iespēja apmeklēt aptuveni pusei respondentu. Pacienti ar elpošanas sistēmas slimībām, muskuļu un skeleta sistēmas slimībām, onkoloģiskām saslimšanām norāda, ka ģimenes ārstu sev izdevīgā laikā apmeklēt izdodas reti;
- ▶ lielākā daļa respondentu norāda, ka veselībai kritiskos brīžos sazināties ar ģimenes ārstu izdodas bieži, tomēr 52% pacientu ar psihiskām un nervu sistēmas slimībām norāda, ka sazināties ar ģimenes ārstu kritiskos brīžos izdodas reti;
- ▶ lielākā daļa respondentu visās Pētījumā analizētajās slimību grupās norāda, ka visbiežāk ir ērti nokļūt līdz ģimenes ārsta pieņemšanas vietai, kā arī ir ērti piekļūt ģimenes ārsta pieņemšanas vietai ēkā.

Pacientu aptaujas datu analīze pieejama Pielikumā Nr.1.

Tabula 2 Pacientu aptaujas dati – primārā aprūpe

	Sirds un asinsvadu slimība		Cukura diabēts		Elpošanas sistēmas slimība		Psihiska un nervu sistēmas saslimšana		Muskuļu un skeleta sistēmas slimība		Onkoloģiska slimība		Cita grupa	
	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**
Ģimenes ārsts man sniedz konkrētus ieteikumus ēšanas paradumu uzlabošanai un fizisko aktivitāšu īstenošanai	62%	38%	63%	37%	61%	39%	76%	24%	65%	35%	69%	31%	64%	36%
Ģimenes ārsts man sniedz konkrētus ieteikumus ikdienas aktivitāšu un pašaprūpes īstenošanai	69%	31%	72%	28%	66%	34%	81%	19%	68%	32%	74%	26%	71%	29%
Ģimenes ārsts velta pietiekamu laiku sarunai ar mani	44%	56%	46%	54%	39%	61%	50%	50%	42%	58%	40%	60%	37%	63%
Man ir iespēja ģimenes ārstu apmeklēt sev izdevīgā laikā	51%	49%	48%	52%	42%	58%	50%	50%	43%	57%	44%	56%	38%	62%
Man ir viegli sazināties ar savu ģimenes ārstu veselībai kritiskos brīžos	44%	56%	41%	59%	36%	64%	52%	48%	39%	61%	43%	57%	28%	72%
Man ir ērti nokļūt līdz ģimenes ārsta pieņemšanas vietai	30%	70%	23%	77%	25%	75%	37%	63%	26%	74%	24%	76%	23%	77%
Man ir ērti piekļūt ģimenes ārsta pieņemšanas vietai ēkā (fiziska piekļuve)	18%	82%	13%	87%	14%	86%	16%	84%	14%	86%	13%	87%	10%	90%

*Nekad/dažreiz
**Bieži/vienmēr

²⁶ Latvijas universitāte. 2019. *Ģimenes ārsta otrās māsas programmas iespējas mazināt nelietderīgus neatliekamās medicīnas palīdzības dienesta izsaukumus un slimnīcu uzņemšanas nodalū apmeklējumus*. Ielādēts no: [Ģimenes ārsta otrās māsas programmas iespējas mazināt nelietderīgus neatliekamās medicīnas palīdzības dienesta izsaukumus un slimnīcu uzņemšanas nodalū apmeklējumus \(lu.lv\)](#)

²⁷ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2020. *Health at a Glance: Europe 2020*. Ielādēts no: [OECD iLibrary | Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle \(oecd-ilibrary.org\)](#)

Detalizēti datu analīzes rezultāti par primārās un sekundārās ambulatorās aprūpes pakalpojumu nodrošinājumu pa pētījuma ietvaros analizētajām hronisko slimību diagnozēm atrodami 12. sadaļā "Pacientu profili".

Ģimenes ārstu pakalpojumu apmaksa galvenokārt sastāv no kapitāciju maksājumiem, kuri 2021.gadā paredzēti aptuveni 2,47 eiro apmērā par katru pacientu mēnesī un no kuriem aptuveni 80% veido ģimenes ārsta un reģistratora atalgojums. Šāda pakalpojumu apmaksas modeļa rezultātā ģimenes ārsti motivēti savās praksēs reģistrēt lielu skaitu pacientu, kas var būtiski ietekmēt pacientu iespējas saņemt savlaicīgus un pilnvērtīgus veselības aprūpes pakalpojumus un profilaktiskos izmeklējumus. Vienlaikus ģimenes ārsti saņem arī piemaksas par katru individuālo pacientu ar hronisku slimību savā aprūpē robežās no 0,06 līdz 1,39 eiro, kā arī maksājumu 75 eiro apmērā par ģimenes ārsta pacientu reģistrā reģistrētajai personai laiku atklātu vēzi I vai II stadijā. Prēmijas par kvalitātes kritēriju izpildi veido salīdzinoši nelielu daļu no ģimenes ārstu ienākumiem, un lielākā 2016. gadā izmaksātā prēmija par darba kvalitāti, kuras izpilde tobrīd tika mērīta atbilstoši lielākam kritēriju skaitam, bija vien 2354,36 eiro. Kaut gan šobrīd kvalitātes kritēriju skaits ir samazināts un prēmijas apjoms palielināts, piemēram, 2018.gadā izpildot visus kvalitātes kritērijus, lielākais iespējamais prēmijas apmērs bija 5260 eiro, kapitācijas maksājumu izteiksmē tas atbilst aptuveni 200 papildu pacientiem, par kuriem ģimenes ārsta prakse gada laikā var saņemt aptuveni 5000 eiro. Šobrīd kā galvenie ģimenes ārstu darba kvalitātes kritēriji ir noteikti:

- ▶ no jauna reģistrēto pacientu veselības stāvokļa novērtēšana;
- ▶ bērnu vakcinācijas aptvere;
- ▶ pacientiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem veikts slēpto asiņu tests;
- ▶ cukura diabēta pacientu uzraudzība, veicot glikētā Hb mērījumus 2. tipa cukura diabēta slimniekiem;
- ▶ cukura diabēta pacientu uzraudzība, veicot mikroalbuminūrijas noteikšanu 2. tipa cukura diabēta pacientiem;
- ▶ pacientiem ar arteriālo hipertensiju un koronāro sirds slimību zema blīvuma holesterīna noteikšana;
- ▶ pacientiem ar bronhiālo astmu izelpas maksimuma plūsmas mērīšana;
- ▶ ģimenes ārsta veikto papildu manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība.

Analizējot datus par kvalitātes kritēriju izpildi ģimenes ārstu praksēs, ņemot vērā tajās reģistrēto pacientu skaitu, novērojams, ka ģimenes ārsti ar lielu pacientu skaitu retāk izpilda noteiktos kvalitātes kritērijus, kas norāda gan uz ģimenes ārstu noslodzi, gan uz nepietiekamu finansiālo motivāciju izpildīt kvalitātes kritērijus, samazinot šobrīd spēkā esošā kvalitātes kritēriju izpildes motivācijas elementa efektivitāti.

Rekomendācijas:

1. **R1** Turpināt organizēt valsts un pašvaldību līmeņa (izglītības iestādēs, darba vietās un ģimenēs) veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumus;
2. **R2** Nodrošināt iestāžu (pašvaldību, NVO, izglītības iestāžu u.c.) proaktīvu iesaisti veselīga un aktīva dzīvesveida veicināšanā, kas orientētas uz dažādu vecumu mērķauditorijām, kā arī veicināt dažādu interaktīvu un inovatīvu risinājumu izmantošanu, lai sasniegtu prioritārās mērķa grupas;
3. **R3** Veikt regulārus iedzīvotāju dzīvesveida paradumu pētījumus, lai novērtētu veselības veicināšanas un profilakses pasākumu ilgtermiņa ietekmi uz sabiedrības veselības rādītājiem;
4. **R4** Veicināt telemedicīnas pakalpojumu attīstību pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanā un veselības stāvokļa uzraudzībā, pamatojoties uz Eiropas Komisijas Strukturālo reformu atbalsta ģenerāldirektorāta atbalstītā projekta Nr. SRSS/2018/01/FWC/002 "Slimnīcas pakalpojumu, telemedicīnas un integrētās aprūpes turpmāka attīstība" ietvaros gūtajiem secinājumiem un rekomendācijām attiecībā uz:
 - Veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniedzami, izmantojot telemedicīnas risinājumus;
 - Telemedicīnas pakalpojumu finansēšanas kārtību (valsts/privāti finansēti telemedicīnas pakalpojumi);
 - Aprūpes speciālistu un organizāciju iesaisti telemedicīnas pakalpojumu sniegšanā, pārvaldības struktūru, lomām un atbildībām;
 - Mērķa grupu telemedicīnas pakalpojumu saņemšanai;
 - IT nodrošinājumu telemedicīnas pakalpojumu sniegšanā;
 - Plānotajām normatīvo aktu izmaiņām;
 - Pacientu datu apstrādes procesu, datu aizsardzību u.c.
 - Ieviešot telemedicīnas pakalpojumus, nepieciešams paredzēt:
 - Attālinātas ģimenes ārsta konsultācijas pacientiem;
 - Attālinātas ārstu-speciālistu konsultācijas pacientiem;
 - Attālinātas speciālistu-speciālistu konsultācijas;
 - Attālinātu hroniski slimu pacientu veselības parametru kontroli.

5. **R5** Pilnveidot primārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas kārtību, palielinot maksājumu, kas balstīti uz kvalitātes rādītāju sasniegšanu, īpatsvaru kopējā pakalpojumu apmaksas struktūrā, ar mērķi motivēt ģimenes ārstu prakses proaktīvai iesaistei slimību profilaksē un uz iznākumu vērstas pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanas nodrošināšanai. Ieteicams apsvērt šādas iespējamās alternatīvās izmaiņas pakalpojumu apmaksas kārtībā:
 - Palielināt ģimenes ārstiem izmaksātās prēmijas par kvalitātes kritēriju izpildi īpatsvaru kopējā pakalpojumu apmaksas struktūrā, atbilstoši samazinot kapitācijas maksājumu īpatsvaru;
 - Noteikt samazinātus kapitācijas maksājumus par katru nākamo pacientu virs optimālā pacientu skaita ģimenes ārsta praksē tām ģimenes ārstu praksēm, kurās reģistrēto pacientu skaits pārsniedz optimālo;
 - Integrēt ģimenes ārstu darba kvalitātes kritēriju izpildi kapitācijas maksājumu aprēķinā, nosakot, ka atbilstoši kvalitātes kritēriju izpildei kapitācijas maksājumiem tiek piemērots koeficients.
6. **R6** Veicināt veselības parametru paškontroles ierīču (piem., pulsa oksimetru, asinsspiediena mērīšanas ierīču u.c.) izmantošanu primārajā aprūpē, kas ļautu pacientam īstenot pašaprūpi, vienlaikus nodrošinot pastāvīgu pacienta veselības stāvokļa uzraudzību un attālinātu monitoringu, tādējādi samazinot nepieciešamību pēc klātienē ģimenes ārstu vizītēm;
7. **R7** Palielināt māsu iesaisti primārās aprūpes īstenošanā, piemēram, izveidojot māsu konsultatīvos kabinetus ģimenes ārstu praksēs, kas paredz māsu aktīvu lomu profilaktisko pārbaūžu organizēšanā un pacientu konsultēšanā, pēc nepieciešamības novirzot pacientu tālāk uz ģimenes ārsta konsultāciju;

9.2 Informācijas un pakalpojumu pēctecības trūkums hroniskas slimības ārstēšanā rada lielu slogu uz pacientu un tuviniekiem

Identificētās problēmas:

1. **P4** Pacientiem nav skaidrs secīgs hroniskās slimības ārstēšanas process, t.sk. nepieciešamā pašaprūpe un veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumi, ko nepieciešams saņemt, lai uzlabotu veselības stāvokli un dzīves kvalitāti;
2. **P5** Liels slogs uz pacientu un viņa tuviniekiem nepieciešamo pakalpojumu saņemšanā – informācijas ieguvē, pakalpojumu sniedzēju atrašanās, pieraksta veidošanā un pacienta veselības datu apmaiņā ar veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumu sniedzējiem;
3. **P6** Hroniski slimu pacientu ārstēšana un aprūpe raksturojama kā epizodiska, t.i. trūkst pēctecības ģimenes ārsta un ārstu speciālistu sniegto rekomendāciju uzraudzībā un to ietekmes uz pacienta veselības stāvokli novērtēšanā.

Cēloņi:

1. Ģimenes ārstiem un ārstiem speciālistiem trūkst klīnisko lēmumu atbalsta – klīniskie algoritmi un pacientu klīniskie ceļi ir izstrādāti tikai atsevišķām hroniskajām slimībām;
2. Netiek izstrādāti integrēti hroniski slimu pacientu ārstēšanas un aprūpes plāni, kas noteiktu secīgi veicamās ārstēšanas un sociālās aprūpes darbības;
3. Latvijā nav ieviesta uz iznākumu balstīta hroniski slimu pacientu ārstēšanas un aprūpes kvalitātes sistēma, kas ietvertu iznākuma, procesa un izmaksu rādītājus, to pastāvīgu uzskaiti un uzraudzību;
4. Ne ģimenes ārsti, ne ārsti speciālisti, ne stacionārās ārstniecības iestādes nesniedz pacientam pilnu informāciju par secīgu nepieciešamo ārstēšanas un aprūpes procesu un pašaprūpi;
5. Ģimenes ārsti neiniciē regulāru uzskaitē esošo hroniski slimu pacientu veselības stāvokļa novērtēšanu un uzraudzību;
6. Šobrīd nav noteikta atbildība par pacienta ar hroniskām slimībām ārstēšanas un aprūpes iznākumu, procesa vadību un koordinēšanu visā slimības dzīvescikla laikā;
7. Trūkst pacientu informēšanas un iesaistīšanas lēmuma pieņemšanā par secīgu ārstēšanas un aprūpes procesu;
8. Pacientu veselības dati, kas nepieciešami veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu sniegšanai, nav pieejami elektroniski visām ārstēšanas un aprūpes procesā iesaistītajām institūcijām;
9. Šobrīd valstī nav ieviesta vienotā elektroniskā veselības ieraksta sistēma, kurā pieejami dati par pacienta diagnozēm, pilnu ārstēšanas vēsturi, t.sk. klīniskie dati, kas ļauj analizēt ārstēšanas un aprūpes iznākus.

Hroniski slimu pacientu ārstēšana un aprūpe raksturojama kā epizodiska, t.i. trūkst pēctecības ģimenes ārsta un speciālistu sniegto rekomendāciju uzraudzībā un to ietekmes uz pacienta veselības stāvokli novērtēšanā, kā rezultātā pacientiem nav skaidrs secīgs hroniskās slimības ārstēšanas process, t.sk. nepieciešamā pašaprūpe un veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumi, ko nepieciešams saņemt, lai uzlabotu veselības stāvokli un dzīves kvalitāti.

Ģimenes ārstu aptaujas dati norāda, ka uzraudzība/ pēc- akūtās aprūpes epizodes tiek īstenota tikai 19,54% gadījumos, hronisko pacientu aprūpes pēctecība veselības aprūpes sistēmā kopumā 34,48% gadījumos, regulāras pēc-akūtās aprūpes vizītes, pacienta novērtēšana, mērķu plānošana 32,14%.

Pētījuma ietvaros konstatēti divi būtiskākie trūkumi esošajā hroniski slimu pacientu aprūpes sistēmā Latvijā, kas kavē uz ārstēšanas iznākumu un pacienta dzīves kvalitātes uzlabošanu vērstu pierādījumos balstītu ārstēšanas un aprūpes procesu:

Latvijā nav noteikta atbildīgā struktūra (-as) par konkrētu hronisko slimību ārstēšanas metodisko vadību, kas ir ievērojams šķērslis valsts apmaksāto pakalpojumu groza saturiskajai veidošanai un uz pierādījumiem balstītas klīniskās prakses nodrošināšanai. Metodiskās vadības trūkuma dēļ Latvijā nav izstrādātas vai adaptētas klīniskās vadlīnijas, algoritmi un pacientu ceļi visām izplatītākajām un Pētījuma ietvaros analizētajām hroniskajām slimībām, kā arī netiek izstrādāti, visos ārstēšanas un aprūpes posmos secīgi izmantoti un uzraudzīti pacientu ārstēšanas un aprūpes plāni, kas rezultējas aprūpē, kas nav balstīta uz klīniskajās vadlīnijās noteiktiem procesiem. Aprūpes speciālistu klīnisko lēmumu atbalsta trūkuma dēļ arī pacientiem nav pieejama informācija par nepieciešamo pakalpojumu apjomu un pašaprūpes īstenošanu. Saskaņā ar ģimenes ārstu aptaujas datiem tikai 22.75% ģimenes ārstu ir pieejama un aprūpes procesā izmanto uz pierādījumiem balstītas vadlīnijas hronisko pacientu aprūpē, bet liela daļa ģimenes ārstu (47%) atzīmē, ka visām slimībām nav pieejamas uz pierādījumiem balstītas aprūpes vadlīnijas.

- ▶ Valstī nav izstrādāta un ieviesta uz iznākumu balstīta hroniski slimu pacientu ārstēšanas un aprūpes kvalitātes sistēma - netiek noteikti konkrēti un izmērāmi hronisko slimību ārstēšanā sasniedzamie mērķi, rādītāji un iesaistīto ārstniecības personu lomas un atbildības šo mērķu sasniegšanā, kas pēc būtības rada situāciju, ka neviens nav atbildīgs par ārstēšanas iznākumu. Kaut gan šobrīd normatīvajos aktos ir noteikti ģimenes ārstu darba kvalitātes kritēriji, tie drīzāk raksturojami kā procesa rādītāji, kas nav vērsti uz hroniski slimu pacientu ārstēšanas iznākuma mērīšanu. Lielākajā daļā ārstniecības iestāžu Latvijā (73,3%) vai nu nav izvirzīti vai netiek aktīvi uzraudzīti mērķi hroniski slimu pacientu aprūpes jomā (ārstniecības iestāžu aptauja). Papildus 62% iestāžu nav ieviesti stimuli un atbalsta pasākumi ārstniecības personām saistībā ar hroniski slimu pacientu aprūpi (ārstniecības iestāžu aptauja).



Viens no Hroniski slimu pacientu integrētas aprūpes modeļa pamatelementiem ir pacientu pašaprūpes atbalsts, nodrošinot pacientiem informāciju par pašaprūpes īstenošanu, kā arī plašāk iesaistot viņus sava veselības aprūpes procesa īstenošanā, tādējādi nodrošinot arī lielāku pacienta līdzestību aprūpes plāna izpildē. 2003.gadā Dānija nolēma izvērtēt iespējas ieviest Stenforda Universitātes izstrādāto "Hronisku slimību pašaprūpes programmu" (no angļu val. Chronic Disease Self-Management Program – CDSMP). Pēc pilotprojekta īstenošanas tika konstatēts, ka programma ir pielāgojama Dānijas aprūpes sistēmai un 2006.-2009.gadā tā tika ieviesta 78 no 98 Dānijas pašvaldībām. Dānijas CDSMP variācijas KFS (dāņu val. - lær at leve med kronisk sygdom) galvenie uzdevumi bija:

- ▶ Izglītības, supervīzijas un izglītotāju sertifikācijas nodrošināšana;
- ▶ Atbalsts pašvaldībām projekta koordinēšanā;
- ▶ Valstiska līmeņa informācijas kampaņas;
- ▶ Pētījumi par projekta ieviešanas efektivitāti un iznākuma rādītājiem;
- ▶ Specifiskām sabiedrības grupām piemērotu atbalsta programmu ieviešana.

KFS ietvaros tika ieviestas atbalsta programmas pacientiem ar hroniskām slimībām, kā arī pacientiem ar psihiskās veselības traucējumiem. Projektā iesaistītās puses piedalījās pacientu izglītības programmu izstrādē, kuru galvenā mērķauditorija bija SAS, elpošanas sistēmas slimību, kā arī II tipa cukura diabēta pacienti. KFS aktīvi piedalās veselības aprūpes profesionāļu apmācībā par pacientu pašaprūpes iespēju stiprināšanu un hroniskām slimībām, kā arī atbalsta valsts un starptautiska līmeņa partnerus līdzīgu projektu ieviešanā. Papildus KFS projektā īstenotajiem pasākumiem Dānijā pašaprūpe tiek ietverta individuālajā ārstēšanas un aprūpes plānā kā būtiska tā sastāvdaļa, veicinot pacientu līdzestību. Regulāra pacientu pašaprūpes īstenošana un tās uzraudzība veicina pacienta ārstēšanas rezultātu un dzīves kvalitātes uzlabošanu. Kā būtisks tiek uzsvērts veselības aprūpes profesionāļu uzdevums nodrošināt pacientu ar nepieciešamo pašaprūpes plānu, zināšanām un instrumentiem, kas pacientam ļauj sadzīvot ar hronisku slimību un īstenot pašaprūpi²⁸. Dānijas piemērs ir uzskatāms integrētas, pacientu-centrētas pieejas pakalpojumu sniegšanas labās prakses piemērs, kas parāda integrētas aprūpes modeļa elementa praktiskas ieviešanas pieredzi.

Ārstniecības iestāžu aptaujas dati liecina, ka hroniski slima pacienta pašaprūpes atbalsts organizācijā visbiežāk tiek īstenots ar informācijas (brošūru, bukletu) izplatīšanu vai nosūtot pacientu uz pašaprūpes nodarbībām. Pašaprūpes atbalstu organizācijā gandrīz nekad nenodrošina klīniskie speciālisti, kas ir apmācīti pacientu atbalstīšanā un problēmu risināšanas metodoloģijā koordinēti iesaistīties hroniski slimu pacientu aprūpē (izpilde – 26,19%).

Ģimenes ārstu aptaujas dati norāda, ka individuālu pacientu psihiskās veselības, alkohola lietošanas un uzvedības izmaiņu rezultāti (piemēram, depresijas simptomu uzlabošanās) visbiežāk netiek mērīti vai tiek mērīti, bet netiek izsekoti (izpilde – 35,29%).

Latvijā nevienā aprūpes posmā nav noteikti konkrēti atbildīgie par pacientu aprūpes koordinēšanu visā slimības dzīves ciklā, tādēļ vērojams liels slogs uz pacientu un viņa tuviniekiem nepieciešamo pakalpojumu saņemšanā – informācijas ieguvē, pakalpojumu sniedzēju atrašanās, pieraksta veidošanā un pacienta veselības datu apmaiņā ar veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumu sniedzējiem.

²⁸ Seidel G., Meierjürgen R., Melin S., Krug J., Dierks M. 2019. *Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen*. Ielādēts no: [The Implementation of CDSMP in Denmark eBook \(2019\) / 978-3-8487-4725-2 | Nomos eLibrary \(nomos-elibrary.de\)](#)

Nevienai no ārstēšanas procesā iesaistītajām pusēm nav noteikta atbildība par pacientu aprūpes koordinēšanu, kā arī nav noteikta atbildība nodrošināt aprūpes pēctecību visā slimības dzīvescikla laikā. Pacienti slikti vērtē dažādu pakalpojumu sniedzēju savstarpējo saziņu par viņu aprūpes plānu – tikai 16,2% norāda, ka ģimenes ārsts un citi speciālisti bieži vai vienmēr sazinās savā starpā par pacienta aprūpes plānu (pacientu aptauja), vairumā gadījumu ģimenes ārsts pacientiem izraksta nosūtījumus uz valsts apmaksātiem izmeklējumiem, kā arī valsts apmaksāta ārsta speciālista konsultācijām, taču ģimenes ārsts tālāk nepiedalās ārstēšanas procesa koordinēšanā un uzraudzībā. Slimnīcās nav izstrādāti hroniski slimu pacientu ārstēšanas ceļi, kas noteiktu pacienta virzību ārstēšanas un aprūpes ietvaros stacionārā, paredzot starpdisciplināru pieeju. Neskatoties uz to, ka atsevišķās slimnīcās, piemēram, PSKUS, vairākās nodaļās ieviesta aprūpes koordinators loma, kas sniedz pacientiem organizatorisku informāciju un atbalstu slimnīcas pakalpojumu saņemšanā, trūkst koordinators lomas, kas sniegtu atbalstu pacientam visā pacienta ceļā stacionārās aprūpes laikā – no pacienta uzņemšanas stacionārā brīža līdz pacienta nokļūšanai nākamajā aprūpes posmā, organizējot un koordinējot starpdisciplināru pakalpojumu saņemšanu, ņemot vērā konkrētā pacienta ar hroniskām slimībām vajadzības un izstrādāto pacienta ceļu.

Ārstniecības iestāžu aptaujas dati liecina par to, ka 37.8 % gadījumu ārstniecības iestādes uzskata, ka nepieciešams ārstniecības iestādēs ieviest hroniski slimu pacientu aprūpes vadības sistēmu ārstniecības iestādēs. Lielākais vairums ārstniecības iestāžu atzīst, ka trūkst finanšu un cilvēkresursu pacientu ar hroniskām slimībām aprūpes vadības sistēmas ieviešanai. Teorētiski tiek atzīta nepieciešamība izvērtēt noteiktus organizācijas mērķus šajā jomā, taču praktiski hroniski slimu pacientu vadība notiek tikai atsevišķos gadījumos un tam nav sistēmiska rakstura. Praktiski neapstāv nekādi stimuli vai atbalsta pasākumi ārstniecības personām saistībā ar hroniski slimu pacientu aprūpi un iestādes vadība tikai daļēji (48.89%) uzskata hroniski slimu pacientu aprūpi par prioritāti.

Lai gan ir izveidota un ieviesta elektroniska valsts veselības aprūpes informācijas sistēma, tās esošā funkcionalitāte šobrīd nenodrošina visu klīnisko lēmumu atbalstam nepieciešamo pacientu ar hroniskām slimībām veselības datu pieejamību ārstēšanas procesā iesaistītajām pusēm, radot slogu uz pacientiem medicīnisko dokumentu aprīti nodrošināšanai starp ārstēšanas procesā iesaistītajām pusēm – ģimenes ārstu, ārstiem speciālistiem, stacionāru (fokusa grupas un intervijas).

Pētījuma ietvaros secināts, ka pacientiem trūkst informācijas un ģimenes ārstu atbalsta sociālo pakalpojumu saņemšanai. Pacientus par sociālajiem pakalpojumiem ģimenes ārsti lielākoties (62,3% gadījumu) informē, iedodot pacientiem pašvaldības sociālā dienesta kontaktinformāciju un/vai pieejamo sociālo pakalpojumu sarakstu, taču 15,3% to neveic vispār. 22,2% gadījumu notiek sadarbība starp ģimenes ārstu, pašvaldības sociālo dienestu, sociālo pakalpojumu sniedzējiem un pacientu sociālo pakalpojumu saņemšanas koordinēšanā.



Hroniski slimu pacientu aprūpes modeļa elementos ietverts atbalsts aprūpes integrācijai starp veselības un sociālās aprūpes sniedzējiem, kas veicina iespējas pacientam iegūt starpsektorālus aprūpes pakalpojumus. Šobrīd šis integrētās aprūpes modeļa elements praksē tiek īstenots Dienviddānijā projektā SAM:BO, kurā iesaistīti aptuveni 800 darbinieki no 4 slimnīcām un 22 pašvaldībām. Galvenā projekta mērķa grupa ir pacienti ar hroniskām slimībām, it īpaši pacienti ar smagu veselības stāvokli un pacienti ar funkcionēšanas traucējumiem. SAM:BO atbalsta veselības aprūpes un citu nozaru savstarpējo sadarbību, organizējot kopīgu vadlīniju izstrādi, pakalpojumu savstarpēju koordinēšanu un vienotu IT risinājumu ieviešanu, tostarp vienotu pacientu datubāzu un savietojamības standartu izmantošanu pakalpojumu integrācijai. Kaut gan projekts joprojām tiek īstenots, Dienviddānijas reģiona veselības aprūpes sistēmas darbības rezultāti uzrāda pozitīvu tendenci, salīdzinot tos ar citiem reģioniem, un projekts ir veicinājis reģionālās veselības sistēmas pāreju uz pacient-orientētu aprūpes pakalpojumu modeli²⁹

Latvijā ne ģimenes ārstu praksēs, ne ārstniecības iestādēs nav izstrādāti un ieviesti hroniski slimu pacientu pašaprūpes vajadzību novērtēšanas un dokumentēšanas kritēriji. 71% no aptaujātajiem pacientiem norādījuši, ka ģimenes ārsts gandrīz nekad nesniedz ieteikumus ikdienas aktivitāšu un pašaprūpes īstenošanai. Vairāk kā puse ārstniecības iestāžu aptaujā norāda, ka šobrīd neīsteno pacientu pašaprūpes vajadzību un aktivitāšu noteikšanu un dokumentēšanu, taču tikai 21% to plāno ieviest.



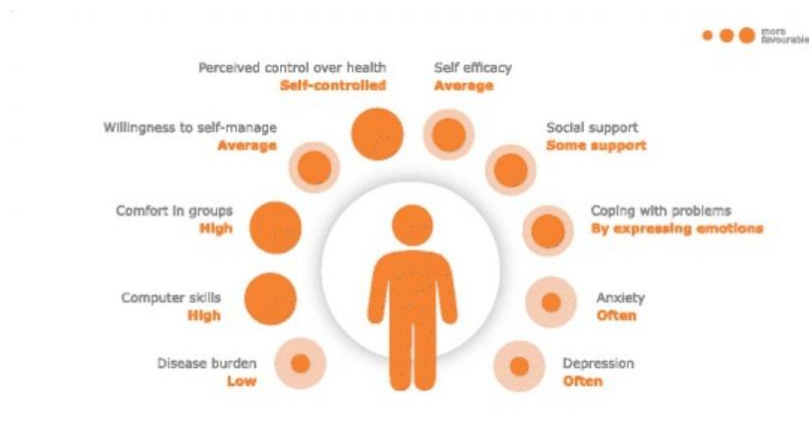
Nīderlandē ir izstrādāta un aprobēta aptauja pašaprūpes spēju novērtēšanai SeMaS (*angļu val. Self-Management Screening*)³⁰. SeMaS ir ietverti 27 jautājumi, kuru satura izstrādei tika īstenotas pacientu fokusa grupas, literatūras analīze un veselības aprūpes speciālistu intervijas. Aptauja aptver galvenos pašaprūpes spējas ietekmējošos faktorus, kā, piemēram, pieejamais sociālais atbalsts, slimības radītās problēmas, datorprasmes, pacienta psihiskais stāvoklis un vēlme/motivācija īstenot pašaprūpi:

²⁹ World Health Organization (WHO). 2019. *Denmark: Country case study on the integrated delivery of long-term care*. Ielādēts no: [Denmark-country-case-study-on-the-integrated.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications-detail/denmark-country-case-study-on-the-integrated-delivery-of-long-term-care)

³⁰ Eikelenboom N., Smeele I., Faber M., 2015. *Validation of Self-Management Screening (SeMaS), a tool to facilitate personalised counselling and support of patients with chronic diseases*. Ielādēts no: https://www.researchgate.net/publication/283742115_Validation_of_Self-Management_Screening_SeMaS_a_tool_to_facilitate_personalised_counselling_and_support_of_patients_with_chronic_diseases

Patient characteristics identified in literature review	Mentioned in focus group interviews with professionals and/or patients	Scientific evidence for impact on self-management	Validated measure available	Included in SeMaS	Number in SeMaS
Educational level	Yes	1, 2	Yes	Yes	1
Sex	Yes	2	Yes	Yes	1
Age	Yes	2	Yes	Yes	1
Perceived burden of disease	Yes	2	Yes (inverse)	Yes	1
Self-efficacy	Yes	1, 2	Yes	Yes	2
Social support	Yes	1, 2	Yes	Yes	1 (6 subit)

Ar SeMaS palīdzību ir iespējams identificēt potenciālās barjeras pašaprūpes īstenošanai, kuras ģimenes ārstam nepieciešams ņemt vērā, lai sniegtu nepieciešamo atbalstu hroniski slimiem pacientiem pašaprūpes īstenošanā. Aptaujā iegūtie rezultāti indivīda līmenī tiek vizualizēti:



Rekomendācijas:

- R8** Ieviest uz iznākumu vērstu pakalpojumu kvalitātes sistēmu – par konkrētu hronisko slimību metodisko vadību atbildīgajai struktūrai definēt mērķus un iznākuma rādītājus katras hroniskas slimības ārstēšanā (t.sk ņemot vērā slimības izpausmes veidus un smaguma pakāpi), tajos iekļaujot pacientam būtiskos iznākuma rādītājus (PROM – no angļu val. *patient reported outcome measures*), kā veselības stāvokļa pašvērtējums, slimības simptomu mazināšana, emocionālais stāvoklis, veselības ietekmētā dzīves kvalitāte, pacienta pieredze, veselību ietekmējoši paradumi. Sadarbojoties ar ģimenes ārstiem, māsām un ārstiem speciālistiem, noteikt katram aprūpes līmenim specifiskos rezultātus rādītājus, kas ietekmē iznākuma rādītāja sasniegšanu. Tāpat nepieciešams paredzēt mērķus un sasniedzamos rādītājus starpdisciplinārām komandām, piemēram, rādītāji ģimenes ārsta un ārstu speciālistu komandai. Uz iznākumu vērstas pakalpojumu kvalitātes sistēmas ieviešanā paredzēt sistemātisku un regulāru pacienta pieredzes novērtēšanu par saņemto ārstēšanu un atbalstu (pirms un pēc pakalpojuma saņemšanas), kā arī šo datu uzskaiti kopā ar pacienta veselības datiem;
- R9** Izstrādāt pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanas un aprūpes plāna paraugu un tā ieviešanas kārtību:
 - definējot elementus, kas iekļaujami plānā, piemēram, ārstēšanas un aprūpes mērķi, noteiktā periodā sasniedzamie iznākuma rādītāji, riska faktori, ārstēšanas un aprūpes programma un iesaistītie pakalpojuma sniedzēji, lietojamie medikamenti, pacienta pašaprūpes aktivitātes, ārstēšanas un aprūpes plāna izpilde u.c;
 - nosakot ģimenes ārstu atbildību par ārstēšanas un aprūpes plāna izstrādi, sadarbojoties ar ārstiem speciālistiem un nepieciešamības gadījumā – arī ar reģionālo slimnīcu un universitāšu slimnīcu speciālistiem;
 - nosakot normatīvajos aktos kārtību, kādā izstrādājams integrēts ārstēšanas un aprūpes plāns, t.sk. nosakot pacienta datu apstrādes tiesības pašvaldību sociālajiem dienestiem, pamatojoties uz ģimenes ārsta iniciētu pieprasījumu pēc pacientam nepieciešamajiem sociālajiem pakalpojumiem, veicot atbilstošu atzīmi ārstēšanas un aprūpes plānā;
 - attīstot vienotajā veselības nozares elektroniskajā informācijas sistēmā (e-veselība) ārstēšanas un aprūpes plāna izveides, reģistrēšanas, saskaņošanas un aktualizēšanas funkcionalitāti, nodrošinot iespēju veikt datu apmaiņu ar pašvaldību sociālo dienestu izmantoto sociālās palīdzības un sociālo pakalpojumu administrēšanas lietojumprogramma SOPA tālākai pacienta datu apstrādei, kas nepieciešams pacienta vajadzību izvērtēšanai un sociālo pakalpojumu piešķiršanai.
- R10** Lai veicinātu hronisko slimību ārstēšanas plānveidīgu un mērķtiecīgu metodisko vadību, kā arī nodrošinātu uz pierādījumiem balstītu klīnisko lēmumu atbalstu pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanā un aprūpē iesaistītajām ārstniecības personām, nepieciešams noteikt atbildīgo par katras hroniskās slimības metodisko vadību valsti, piemēram, universitātes slimnīcas. To funkcijās tiktu ietverta:

- hroniskas slimības ārstēšanas un aprūpes metodiskā vadība, veicinot starpdisciplināras pieejas attīstību;
 - klīnisko vadlīniju izstrāde un izstrādes organizēšana;
 - hroniskas slimības ārstēšanas un aprūpes iznākuma rādītāju definēšana;
 - pakalpojumu kvalitātes vērtēšana un priekšlikumu sniegšana pakalpojumu attīstībai.
4. **R11** Turpinot NVD īstenot Eiropas Sociālā Fonda līdzfinansētā projekta Nr.9.2.3.0./15/1/001 „Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros” iestrādes, kura ietvaros tika izstrādāti klīniskie algoritmi, klīniskie pacientu ceļi sirds un asinsvadu, garīgās (psihiskās) veselības, perinatālā perioda, bērnu un onkoloģijas jomās, nepieciešams turpināt darbu pie algoritmu un pacientu ceļu izstrādes, paredzot to izstrādi visām hroniskajām slimībām, kam raksturīgi augsti novērtamās hospitalizācijas rādītāji.
5. Īstenot ģimenes ārstu, ārstu speciālistu, māsu un aprūpes koordinatoru ārstniecības iestādēs apmācības klīnisko vadlīniju izmantošanā hroniski slimu pacientu ārstēšanā un aprūpē (skatīt R61 rekomendāciju).
6. **R12** Paredzēt integrāciju starp vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu (e-veselība) un sociālās palīdzības un sociālo pakalpojumu administrēšanas lietojumprogramma (SOPA) ar mērķi nodrošināt pacienta ārstēšanas un aprūpes plāna datu apmaiņu starp ģimenes ārstu un pašvaldības sociālo dienestu.
- E-veselībā ārstam jāparedz iespēja norādīt ne vien diagnozes kodu un informāciju par pacienta veselības stāvokli un viņa funkcionēšanas spējām, bet arī jāparedz iespēja norādīt, ka pacientam ir nepieciešami sociālie pakalpojumi, kā rezultātā tiek iniciēta automatiska datu apmaiņa ar SOPA. Sociālā dienesta pienākums ietver saziņu ar pacientu, sociālās vides izvērtējumu un sociālās rehabilitācijas plāna sastādīšanu atbilstoši klienta vajadzībām, kas ir pacienta ārstēšanas un aprūpes plāna sastāvdaļa.
- Sociālajam dienestam, saņemot ģimenes ārsta iniciētu pieteikumu par atbalsta nepieciešamību, jābūt pieejamai vismaz šādai informācijai, kas būtiska personas sociālās jomas atbalsta nodrošināšanai:
- Pacienta diagnozes kods;
 - Detalizēts pacienta veselības stāvokļa novērtējums (t.sk. funkcionēšanas traucējumu veids(-i), akūtas infekcijas pazīmes (ja tādas ir), īsa anamnēze, diagnostiskie izmeklējumi, slimības gaita, ārstēšana, alerģijas;
 - Informācija par lietojamajiem medikamentiem;
 - Rekomendācijas aprūpei un profilaksei.
- Pamatojoties uz iepriekš minēto, nepieciešams pārskatīt MK 2016.gada 4.aprīļa noteikumu Nr.265 "Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība", 12.pielikumā jeb formā 027/u un MK noteikumu Nr. 265 73.pielikumā noteikto veidlapu obligāti aizpildāmās sadaļas.
7. **R13** Lai nodrošinātu pacientu veselības datu pieejamību visām ārstēšanas un aprūpes procesā iesaistītajām iestādēm un speciālistiem, kā arī iespēju analizēt ārstēšanas rezultātus, nepieciešams ieviest elektronisko veselības ierakstu vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas ietvaros, kas paredz koplietošanas risinājumu ieviešanu datu apmaiņai par pacienta diagnozēm, ārstēšanas vēsturi (t.sk. saņemtie pakalpojumi, veiktie izmeklējumi) un ārstēšanas klīniskajiem iznākumiem (datu avots – ārstniecības iestāžu informācijas sistēmas);
8. **R14** Izstrādāt un ieviest pacientu ar hroniskām slimībām pašaprūpes vajadzību novērtēšanas un dokumentēšanas kārtību gan ģimenes ārstu praksēs, gan ārstniecības iestādēs, iekļaujot nepieciešamo pašaprūpi kā individuālā ārstēšanas un aprūpes plāna sastāvdaļu (atbilstoši pacienta diagnozei);
9. **R15** Izstrādāt un ieviest pacientu ar hroniskām slimībām pašaprūpes atbalsta programmas ārstniecības iestādēs un pašvaldību sociālajos dienestos, paredzot grupu atbalstu, mentoringu un pacientu izglītošanu pašaprūpes atbalsta īstenošanai. Lai ieviestu pacientu pašaprūpes atbalsta programmas, nepieciešams:
- paredzēt finansējumu pašaprūpes mācību programmu izstrādei pa hronisko slimību grupām/ hroniskām slimībām (t.sk. valsts/ ES fondu / pašvaldību / ziedojumi);
 - izstrādāt pašaprūpes mācību programmas (t.sk. adaptējot starptautiski izstrādātās programmas vai paredzot jaunu programmu izstrādi, sadarbojoties medicīnas izglītības iestādēm, ārstniecības personām un pacientu organizācijām);
 - noteikt pašaprūpes mācību organizēšanas formātu (t.sk. klātienē ārstniecības iestādēs, pašvaldību sociālajos dienestos, kā arī virtuālu mācību formātu);
 - nodefinēt komunikācijas kanālus un atbildību par komunikācijas pasākumu īstenošanu informācijas par pašaprūpes programmām izplatīšanai mērķa grupām (piem., caur pacientu organizācijām, ārstniecības iestādēm, pašvaldību sociālajiem dienestiem, ģimenes ārstiem);
 - paredzēt mācības aprūpes personālam ārstniecības iestādēs, koordinatoriem pašvaldībās (par pieejamajiem atbalsta pasākumiem, par mērķa grupām, pacientu izglītošanas pasākumiem u.c.) un sociālo pakalpojumu sniedzējiem (par pacientu pašaprūpes atbalsta programmu īstenošanu).
10. Veicināt telemedicīnas pakalpojumu attīstību pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanā un veselības stāvokļa uzraudzībā, atbilstoši rekomendācijā R4 piedāvātajam;

11. **R16** leviest funkcionēšanas spēju novērtēšanu kā reģionālo slimnīcu funkciju, paredzot, ka pēc akūtās stacionēšanas epizodes pacientam tiek veikta funkcionēšanas spēju novērtēšana un rekomendāciju (atzinuma) sniegšana par tehnisko palīgīdzekļu nepieciešamību atbilstoši PVO rekomendētajai metodikai;
12. **R17** leviest integrētu pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanas un aprūpes pārvaldības modeli, kas paredz:
- Ģimenes ārsta prakses lomu pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanas un aprūpes koordinēšanā, t.sk.:
 - Plānveidīgu regulāro profilaktisko apskašu veikšanā praksē reģistrētajiem pacientiem;
 - Hronisko slimību diagnostikā;
 - Ārstēšanas un aprūpes plāna izstrādes iniciēšanā un organizēšanā;
 - Sociālās aprūpes pakalpojumu nepieciešamības iniciēšanā;
 - Ārstēšanas un aprūpes plāna īstenošanas uzraudzībā.

Primāro lomu pacientu profilaktisko apskašu organizēšanā, ārstēšanas un aprūpes procesa koordinēšanā ieteicams noteikt ģimenes ārstu praksēs nodarbinātajām māsām.

- Ģimenes ārsta prakses sadarbības komandu izveidi ar ārstiem speciālistiem (pēc reģionālā sadarbības principa) un stacionārajām ārstniecības iestādēm, lai proaktīvi plānotu un organizētu pacientu ar hroniskām slimībām nosūtījumus, sadarbotos ārstēšanas un aprūpes plānu izstrādē un ārstēšanas rezultātu sasniegšanā un novērtēšanā.
- Aprūpes koordinatora lomas ieviešanu III, IV un V (t.sk. universitātes slimnīcas un specializētās slimnīcas) līmeņa stacionārajās ārstniecības iestādēs, kas paredz:
 - Aprūpes koordinatoru darba organizēšanu atbilstoši hronisko slimību pacientu klīniskajiem ceļiem nevis piederībai konkrētai slimnīcas struktūrvienībai;
 - Pacientam ar hronisku/-ām slimību/-ām nepieciešamo starpdisciplināro pakalpojumu koordinēšanu ārstniecības iestādē atbilstoši izstrādātajam pacienta ceļam un ārstēšanas plānam no pacienta stacionēšanas brīža līdz pacienta nokļūšanai nākamajā aprūpes posmā;
 - Aprūpes koordinatora sadarbību ar ģimenes ārstiem, cita līmeņa stacionārajām ārstniecības iestādēm, medicīniskās rehabilitācijas institūcijām un pašvaldību sociālajiem dienestiem ārstēšanas un aprūpes koordinēšanai un pēctecības nodrošināšanai.
- Hroniski slimu pacientu ārstniecības un aprūpes centru izveidi reģionālajās slimnīcās, kas paredz starpdisciplināru slimnīcas speciālistu komandu (kas organizētas pa hronisko slimību grupām) iesaisti:
 - Pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanas un aprūpes plāna īstenošanā, t.sk. terciārā un specializētā līmeņa ārstēšanas uzraudzībā;
 - Starpdisciplināru konsiliju organizēšanā;
 - Pacientu funkcionēšanas spēju novērtēšanā;
 - Sadarbības organizēšanā ar ģimenes ārstiem, pašvaldību sociālajiem dienestiem ārstēšanas un aprūpes pēctecības nodrošināšanā;
 - Sadarbības organizēšanā ar pediatriem un BKUS hroniski slimu bērnu ārstēšanā.
- Hroniski slimu pacientu aprūpes centru izveidi pašvaldību sociālajos dienestos, kas paredz:
 - Tādu funkciju īstenošanu kā pacientu un viņu tuvinieku atbalsta grupu, pacientu pieredzes apmaiņas pasākumu un mācību (t.sk. pašaprūpes mācību) koordinēšanu un organizēšanu, transporta pakalpojumu koordinēšanu uz/no ārstniecības iestādēm, sadarbības organizēšanu ar ģimenes ārstiem un reģionālajām slimnīcām ārstēšanas un aprūpes plāna īstenošanā un uzraudzībā u.c.
 - Aprūpes koordinatora lomas ieviešanu centra funkciju īstenošanai.

9.3 Hroniski slimu pacientu ārstēšanā nepieciešama starpdisciplināra pieeja, kas netiek nodrošināta

Identificētās problēmas:

1. **P7** Nepieciešamība apmeklēt katru no ārstiem speciālistiem atsevišķi rada slogu uz hroniski slimiem pacientiem un viņu tuviniekiem – atsevišķi pieraksti, gaidīšanas laiks rindā, laiks ceļā. Jo īpaši apgrūtinot ārstu speciālistu konsultāciju saņemšana ir pacientiem no attālākajiem Latvijas reģioniem un pacientiem ar funkcionēšanas traucējumiem;
2. **P8** Pacientiem trūkst vienotu ārstu speciālistu rekomendāciju par nepieciešamo hroniskas slimības ārstēšanas procesu un informācijas par medikamentu savstarpējo mijiedarbību;

3. **P9** Nonākot stacionārā, hroniski slimiem pacientiem visbiežāk nepieciešama starpdisciplināra ārstēšana un aprūpe, taču dažādu specialitāšu ārstu iesaiste slimības ārstēšanā rada neskaidrību pacientam par ārstēšanās procesu un paildzina pacienta uzturēšanos stacionārā.

Cēloņi:

1. Ārsti speciālisti sniedz rekomendācijas pacientam savas kompetences ietvaros, un ne visi speciālisti spēj izvērtēt pacienta vienas vai vairāku hronisko slimību attīstību un izrakstīto medikamentu mijiedarbību kopumā
2. Veikt pierakstu un saņemt ārsta speciālista pakalpojumu var tikai pie katra konkrētā speciālista – nav iespējas saņemt vairāku speciālistu konsultāciju vienlaikus;
3. Stacionāru darbs joprojām tiek organizēts pa nozologijām/klīnikām/nodaļām, kas paildzina visu nepieciešamo speciālistu konsultāciju saņemšanas laiku un līdz ar to pacienta uzturēšanās laiku stacionārā;
4. Pacientam izrakstāmo medikamentu noteikšanā netiek iesaistīti speciālisti ar padziļinātām zināšanām zāļu lietošanas, mijiedarbības uz drošuma aspektos – klīniskie farmaceiti. Tā rezultātā netiek identificētas visas potenciālās medikamentu lietošanas blaknes, riski un mijiedarbība ar citiem medikamentiem, kas var apdraudēt pacienta veselību;
5. Šobrīd nav noteikta atbildība par pacienta ar hroniskām slimībām ārstēšanas un aprūpes procesa vadību un koordinēšanu visā slimības dzīves cikla laikā, t.sk. šāda atbildība nav noteikta arī ģimenes ārstu praksēm;
6. Dažādu hroniski slimu pacientu ārstēšanā iesaistīto ārstu speciālistu pakalpojumi netiek savstarpēji koordinēti.

Nonākot stacionārā, hroniski slimiem pacientiem visbiežāk nepieciešama starpdisciplināra ārstēšana un aprūpe, taču dažādu specialitāšu ārstu iesaiste slimības ārstēšanā rada neskaidrību pacientam par ārstēšanās procesu un paildzina pacienta uzturēšanos stacionārā. Tāpat hroniskas slimības ārstēšanā bieži nepieciešamas dažādu ārstu speciālistu ambulatoras konsultācijas, kas rada lielu slogu uz hroniski slimiem pacientiem un viņu tuviniekiem, apmeklējot katru no speciālistiem atsevišķi.

Vēsturiski veselības aprūpes sistēmā veidojusies situācija, kas paredz veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanu pa specialitātēm/nozologijām. Tā rezultātā gan sekundārās ambulatorās, gan stacionārās aprūpes līmeņos pacientiem pakalpojumus sniedz dažādi ārsti speciālisti vai konkrētas slimnīcas struktūrvienības/nodaļas ārsti. Vērtējot pacientu ar hroniskām slimībām vajadzības, konstatējams, ka hronisku slimību ārstēšanā visbiežāk nepieciešama starpdisciplināra pieeja ar dažādu specialitāšu ārstu iesaisti ārstēšanas procesā, kas ne vienmēr tiek nodrošināta. Ārstniecības iestāžu aptaujas dati liecina par to, ka aptuveni pusē ārstniecības iestāžu nav izveidotas speciālas komandas pacientu ar hroniskām slimībām aprūpei. Tāpat lielākā daļa (69%) respondentu norāda, ka pacientu ar hroniskām slimībām aprūpe ārstniecības iestādes līmenī gandrīz nekad netiek īpaši organizēta vai tiek noteikta kā atsevišķu darbinieku atbildība (27,6% respondenti), nenosakot atbildīgo par pacientu aprūpes koordinēšanu. Par aprūpes koordinatora lomu veselības un sociālās aprūpes ietvaros skatīt sadaļu «Ārstu speciālistu konsultāciju un plānveida stacionāro pakalpojumu ierobežotas pieejamības dēļ pacienti nonāk stacionārā neatliekamās palīdzības saņemšanai».

Neskatoties uz to ka, 73% pacientu aptaujā norāda, ka viņiem ir ērti fiziski piekļūt ārsta speciālista pieņemšanas vietai ēkā, tikai 52% pacientu ir ērti nokļūt līdz ārstu speciālistu pieņemšanas vietai. Ņemot vērā, ka pacientiem ar hroniskām slimībām visbiežāk ārstēšanas procesā nepieciešamas vairāku ārstu speciālistu konsultācijas, speciālistu apmeklējums sagādā grūtības gan pacientiem no attālākajiem Latvijas reģioniem, gan pacientiem ar funkcionēšanas traucējumiem, kuriem kustību ierobežojumu dēļ ir samazināta mobilitāte un apgrūtinātas iespējas nokļūt līdz ārstniecības iestādei. Nepieciešamība pēc speciālistu komandām, kas nodrošina starpdisciplinārus aprūpes pakalpojumus jāanalizē arī ārstu speciālistu reģionālās pieejamības kontekstā (skat. sadaļu «Ārstu speciālistu konsultāciju un plānveida stacionāro pakalpojumu ierobežotas pieejamības dēļ pacienti nonāk stacionārā neatliekamās palīdzības saņemšanai»).

Tāpat bērniem ir nepieciešams saņemt aprūpi tuvāk dzīves vietai, veidojot centrus reģionālajās slimnīcās, kuros atrastos pediatri, kam ir pieeja starpdisciplinārai speciālistu komandai, un kur tiktu īstenota sadarbība ar BKUS (fokusa grupas un intervijas). Atbilstoši statistikas datiem, Latvijā šobrīd ir tikai 219 praktizējoši pediatri ar īpatsvaru 1,1 praktizējošu pediatru uz 10 000 iedzīvotājiem, kas neatbilst PB izstrādātajiem Latvijas ārstu speciālistu standartam pediatrijā - 1,5 pediatri uz 10 000 iedzīvotājiem³¹. Būtisks priekšnoteikums pediatru piesaistei darbam bērnu veselības centros ir atbilstošu motivācijas elementu ieviešana (t.sk. skaidri zināmi pakalpojumu attīstības plāni, finansējums, atalgojums), kā arī rezidentūras vietu skaita palielinājums pediatrijas specialitātē (šobrīd 3-4 rezidenti gadā). Kā nepietiekams vērtējams arī mūsu skaits, kas veic hroniski slimu bērnu aprūpi (skat. sadaļu «Ārstu speciālistu konsultāciju un plānveida stacionāro pakalpojumu ierobežotas pieejamības dēļ pacienti nonāk stacionārā neatliekamās palīdzības saņemšanai»).

Pacientiem trūkst informācijas par medikamentu savstarpējo mijiedarbību:

Pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanā un aprūpē būtiska loma ir regulārai medikamentu lietošanai. Ņemot vērā esošo veselības aprūpes pakalpojumu sadrumstalotību, īpaši aktuāls jautājums pacientiem ar hroniskām slimībām ir dažādu medikamentu savstarpējā mijiedarbība.

Pētījuma ietvaros konstatēts, ka pacienti ar hroniskām slimībām saskaras ar informācijas trūkumu par dažādu ārstu izrakstīto medikamentu mijiedarbību (fokusa grupas un daļēji strukturētās intervijas), kas galvenokārt skaidrojams ar:

- Faktu, ka pacienti ar vienu vai vairākām hroniskām slimībām vēršas pie dažādiem ārstiem speciālistiem, kur katrs no speciālistiem nosaka lietojamus medikamentus konkrētu slimības simptomu ārstēšanai savā kompetences jomā, taču pacientiem trūkst vienota ārsta redzējuma par visu vienlaikus lietojamo medikamentu savstarpējo mijiedarbību;

³¹ Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC). N.d. *Ārstu skaits pa specialitātēm*. Ielādēts no: [RES010. Ārstu skaits pa specialitātēm](#). PxWeb (spkc.gov.lv)

- ▶ Ne ģimenes ārsti, ne ārsti speciālisti pacientam lietojamo medikamentu noteikšanā neiesaista klīniskos farmaceitus, kas var ieteikt, kuras būtu piemērotākās zāļu kombinācijas konkrētajam pacientam noteiktas diagnozes gadījumā, ņemot vērā pacienta blakus diagnozes.



Hroniski slimo pacientu integrētas aprūpes modeļa elements informācijas sistēmas raksturo nepieciešamo informācijas tehnoloģiju atbalstu, lai varētu pacientam nodrošināt pēctecīgus un integrētus aprūpes pakalpojumus. Viens no pēctecīgas pacienta aprūpes priekšnoteikumiem ir medikamentu savstarpējas mijiedarbības novērtēšana, uzraudzība un kontrole, lai veicinātu pacienta ārstēšanas iznākuma rādītāju uzlabošanu. Piemēram, Igaunijas e-recepšu sistēma sniedz visaptverošu pārskatu par visiem pacientam izrakstītajiem recepšu medikamentiem un, izmantojot sistēmā pieejamo informāciju, ir iespējams novērtēt jebkādu medikamentu mijiedarbības risku starp dažādu ārstu speciālistu izrakstītiem medikamentiem, kuru mijiedarbības pārbaudi veic cita savstarpēji integrēta sistēma (INXBASE). Šo sistēmu kopš 2016. jūnija izmanto ārsti visā Igaunijas teritorijā. Brīdinājumi par mijiedarbības riskiem tiek dalīti pēc klīniskās nozīmes aspekta, un ārsti automātiski saņem ziņojumu. E-recepšu sistēma tiek izmantota arī monitoringā un farmakoterapijas kvalitātes noteikšanā. Piemēram, daži no šiem indikatoriem ir iestrādāti ģimenes ārstu darba kvalitātes piemaksu sistēmā, kas uzrauga, cik lielā mērā ārsts ievēro klīniskās vadlīnijas. Katram ģimenes ārstam ir iespējams arī saņemt detalizētu pārskatu par viņa zāļu izrakstīšanas paradumiem salīdzinājumā ar citiem ģimenes ārstiem³².

Ārstniecības iestāžu aptaujas dati norāda, ka hroniski slimo pacientu speciālas aprūpes komandas netiek nodrošinātas vai tiek nodrošinātas iesaistot speciālistus ar atbilstošām zināšanām hroniski slimo pacientu aprūpē, bet aprūpi nenodrošina komandas, kur katram komandā ir noteiktas lomas un atbildība – pacienta pašaprūpes aktīva uzraudzība, aprūpes koordinēšana u.c. (izpilde – 16,09%³³).

Rekomendācijas:

- R18** Ieviest «vienas pieturas aģentūras» principu ambulatoro un stacionāro pakalpojumu sniegšanā, t.sk.:
 - Nodrošinot pacienta ārstēšanas procesa pēctecību pēc atrašanās stacionārā, t.i. nodrošinot secīgu ambulatoro pakalpojumu pieejamību (t.sk. pierakstu pie speciālistiem, pacienta datu apmaiņu);
 - Nodrošinot iespēju saņemt vairāku ārstu-speciālistu konsultācijas vienā apmeklējuma reizē.

Saskaņā ar rekomendāciju R24, kas paredz ambulatoro pakalpojumu centralizēšanu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes centros Rīgā un Latvijas reģionos, sekundārās ambulatorās veselības aprūpes centros nepieciešams nodrošināt atbilstošu infrastruktūru – telpas, kurās pakalpojumus sniedz vairāki speciālisti vienlaikus, kā arī atbilstošus IT risinājumus pacientu pieraksta veidošanai, speciālistu pieejamības plānošanai un attālinātu konsultāciju sniegšanai (R4). Tāpat katrai ārstniecības iestādei nepieciešams veikt detalizētu izvērtējumu par pieejamo un nepieciešamo ārstu speciālistu skaitu, kas var nodrošināt sekundārās ambulatorās aprūpes pakalpojumus.
- Veicināt attālinātu ģimenes ārsta konsultāciju attīstību atbilstoši rekomendācijā R4 piedāvātajam.
- R19** Lai nodrošinātu "vienas pieturas aģentūras" principa ieviešanu ārstu speciālistu pakalpojumu sniegšanā, izvērtēt iespēju:
 - mainīt pakalpojumu apmaksas kārtību, paredzot iespēju ārstniecības iestādēm pārdalīt finansējumu starp dažādām pakalpojumu programmām atkarībā no pieprasījuma;
 - ieviest DRG sistēmu starpdisciplināru ambulatoro pakalpojumu apmaksai.
- R20** Palielināt valsts apmaksāto ārstu konsiliju pakalpojumu skaitu, lai īstenotu, piemēram:
 - pacienta individuālā aprūpes plāna izstrādi, uzraudzību un aktualizēšanu;
 - terciārā līmeņa ārstēšanas uzraudzību III un IV līmeņa slimnīcās;
 - pacienta funkcionēšanas spēju novērtēšanu un tehnisko palīgīdzekļu nodrošināšanu.
- R21** Veicināt starpdisciplināru ārstniecības un aprūpes komandu izveidi stacionāros pa hronisko slimību grupām, kas sniedz starpdisciplinārus stacionāros pakalpojumus atbilstoši pacienta ārstēšanas un aprūpes plānam. Sākotnēji starpdisciplinārās komandas organizējot kā virtuālas sadarbības platformas (t.i. nosakot konkrētu struktūrvienību ārstu sadarbības modeli konkrētas diagnozes pacientu ārstēšanā, t.sk. atbilstošos ārstēšanas procesus, speciālistu iesaisti un atbildības principus), tās pēcāk (pēc sadarbības formu pilotēšanas) iespējams institucionalizēt kā pastāvīgas slimnīcas struktūrvienības. Komandas iespējams ieviest līdzīgi 2017.gadā uzsākta starptautiska projekta principiem, kura ietvaros 12 dažādu specialitāšu ārsti izstrādāja nepieciešamos priekšnoteikumus starpdisciplināru komandu izveidei, kas nodarbotos ar tuberozās sklerozes (TSC) pacientu aprūpi. Komandu izveide īstenojama trīs secīgos posmos:

³² Könd K., Lilleväli A. 2019. *E-prescription success in estonia: the journey from paper to pharmacogenomics*. Ielādēts no: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332593/Eurohealth-25-2-18-20-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

³³ Procentuālā izpilde iegūta Pētījuma gaitā īstenoto aptauju rezultātā, kur katra joma tika novērtēta pēc iegūtā punktu skaita un izteikta procentuāli, pieņemot, ka maksimālais punktu skaits "3" atbilst pilnīgai jeb 100% nosacījuma izpildei

- identificējot pacientu, kuram nepieciešama starpdisciplināra veselības aprūpe;
- izveidojot nelielu komandu, kurā iekļauti galvenie TSC aprūpē nepieciešamie speciālisti;
- piesaistot papildu speciālistus sākotnējai aprūpes komandai un izveidojot starpdisciplināru aprūpes komandu³⁴.

Ņemot vērā TSC specifiku, aprūpes komandai jāiekļauj dažādu specialitāšu ārsti, piemēram: neirologs, neiroķirurgs, nefrologs, urologs, pulmonologs, oftalmologs, kardiologs, dermatologs, ģenētiķis un psihiatrs. Katram pacientam, konsultējoties ar viņu vai viņa tuviniekiem, jāizstrādā aprūpes plāns, kas balstīts pacientam specifiskajās aprūpes vajadzībās. Aprūpes plāna izpildi jānodrošina aprūpes koordinators, kas īsteno aprūpes organizēšanu, kā arī saziņu starp dažādiem veselības aprūpes speciālistiem un virsārstu, kas ir atbildīgs par pacienta ārstēšanas rezultātiem. Pēc tam, kad veiksmīgi ir izveidota starpdisciplināru speciālistu komanda, kas nodarbojas ar konkrētu slimību, slimību grupu vai hronisku pacientu aprūpi, to ir iespējams pārveidot par izcilības centru, kas nodrošina aprūpes koordināciju, veic atbilstošās jomas izpēti un nodrošina pierādījumos balstītas konsultācijas veselības aprūpē iesaistītajām organizācijām.

6. Definēt mērķus un iznākuma rādītājus katras hroniskas slimības ārstēšanā atbilstoši rekomendācijā R8 piedāvātajam
7. **R22** Stiprināt klīniskā farmaceita lomu veselības aprūpes sistēmā, to plašāk iesaistot ārstu konsīlijos stacionārās aprūpes ietvaros un medikamentozās terapijas noteikšanā sekundārās ambulatorās aprūpes līmenī, jo īpaši terapijas noteikšanā pacientiem ar vairākām hroniskām slimībām un vienlaicīgu vairāku medikamentu lietošanas nepieciešamību. Izvērtēt iespēju nākotnē attīstīt valsts līmeņa IT risinājumu recepšu medikamentu mijiedarbības pārbaudei, pamatojoties uz izstrādātiem mijiedarbības algoritmiem.

9.4 Ārstu speciālistu konsultāciju un plānveida stacionāro pakalpojumu ierobežotas pieejamības dēļ, pacienti nonāk stacionārā neatliekamās palīdzības saņemšanai

Identificētās problēmas:

1. **P10** Pacientiem ar hroniskām slimībām netiek nodrošināta valsts apmaksātu ārstu speciālistu pakalpojumu pieejamība ģimenes ārsta norādītajā laikā (īpaši reģionos), kā rezultātā pacienti vai nu izmanto maksas pakalpojumus vai nesaņem vajadzīgos pakalpojumus un veselības stāvokļa pasliktināšanās dēļ nonāk stacionārā;
2. **P11** Hroniski slimiem pacientiem hronisku slimību saasinājuma gadījumos var būt steidzami nepieciešami konkrēti pakalpojumi, kuru nesaņemšana vai novēlota saņemšana var rezultēties paaugstinātā komplikāciju un hospitalizācijas riskā;
3. **P12** Speciālistu trūkums un pakalpojumu sadrumstalotība ierobežo bērniem saņemt visas nepieciešamās ārstu speciālistu konsultācijas vienuviet (pēc iespējas tuvāk dzīves vietai);
4. **P13** Pacientiem ar hroniskām slimībām netiek nodrošināta valsts apmaksātu plānveida stacionāro pakalpojumu pieejamība ģimenes ārsta norādītajā laikā, kā rezultātā pacienti vai nu izmanto maksas pakalpojumus vai nesaņem vajadzīgos pakalpojumus un veselības stāvokļa pasliktināšanās dēļ nonāk stacionārā neatliekamās palīdzības saņemšanai.

Cēloņi:

1. Ambulatoro pakalpojumu sadrumstalotība pārāk daudzās pakalpojumu sniegšanas vietās, kas palielina pakalpojumu sniegšanu daļējās slodzēs, nepieciešamo speciālistu skaitu un tādējādi neļauj izstrādāt valsts kvotas un veicina maksas pakalpojumu piedāvājumu;
2. Šobrīd augsta riska hroniski slimi pacienti nesaņem sekundārās ambulatorās aprūpes pakalpojumus prioritārā kārtībā, izņemot «zaļā koridora» pakalpojumus onkoloģijas pacientiem;
3. Hroniski slimiem pacientiem nav iespēju veikt ilgtermiņa pierakstu uz regulāri nepieciešamajām vizītēm pie ārstiem speciālistiem un izmeklējumiem;
4. Ģimenes ārsti un pacienti norāda uz šādu ārstu speciālistu pakalpojumu apjoma vai pieejamības nepietiekamību (īpaši reģionos) – psihiskās veselības pakalpojumi, medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, endokrinologa pakalpojumi, kardiologa pakalpojumi;
5. Plānveida stacionāro pakalpojumu sadrumstalotība pārāk daudzās pakalpojumu sniegšanas vietās, kas palielina pakalpojumu sniegšanu daļējās slodzēs, nepieciešamo speciālistu skaitu un tādējādi neļauj izstrādāt valsts kvotas un veicina maksas pakalpojumu piedāvājumu;
6. Šobrīd augsta riska hroniski slimi pacienti nesaņem plānveida stacionāros pakalpojumus prioritārā kārtībā, izņemot «zaļā koridora» pakalpojumus onkoloģijas pacientiem;
7. Netiek nodrošināta hroniski slima pacienta vajadzībām atbilstoša ārstēšanas koordinēšana starp primāro, sekundāro un terciāro aprūpes līmeni (t.sk. augsta riska pacientiem).

³⁴ Auvin, S., Bissler, J.J., Cottin, V. et al. 2019. *A step-wise approach for establishing a multidisciplinary team for the management of tuberous sclerosis complex: a Delphi consensus report*. Ielādēts no: [A step-wise approach for establishing a multidisciplinary team for the management of tuberous sclerosis complex: a Delphi consensus report | Orphanet Journal of Rare Diseases | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)

Valsts apmaksātu sekundārās ambulatorās aprūpes pakalpojumu pieejamība ir ierobežota, to negatīvi ietekmē garas rindas, kā rezultātā pacienti vai nu izmanto maksas pakalpojumus vai nesaņem vajadzīgos pakalpojumus (aptauju dati). Hroniski slimiem pacientiem var būt steidzami nepieciešami konkrēti pakalpojumi, kuru nesaņemšana vai novēlota saņemšana var rezultēties paaugstinātā komplikāciju un hospitalizācijas riskā, taču starp aprūpes līmeņiem koordinēti pakalpojumi augsta riska pacientiem bieži netiek nodrošināti un ir ierobežotas iespējas saņemt ambulatoros pakalpojumus prioritārā kārtībā (aptauju dati, fokusa grupas un daļēji strukturētas intervijas).

Novērojamas garas rindas uz valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ko rada ambulatoro pakalpojumu fragmentācija, vienlaikus palielinot pakalpojumu sniegšanu daļējās slodzēs un nepieciešamo speciālistu skaitu. Šādas situācijas ietekmē ir apgrūtināta valsts kvotu izstrādāšana un tiek palielināts maksas pakalpojumu īpatsvars veselības aprūpē. Pētījumā veiktās ģimenes ārstu aptaujas ietvaros tikai 8,2% respondentu norāda, ka valsts apmaksāti ārstu speciālistu pakalpojumi ir savlaicīgi un ērti pieejami atbilstoši hroniski slimu pacientu vajadzībām.

Lai gan pacientu aptaujas datus tikai daļa pacientu norāda, ka hospitalizācijas iemesls ir nespēja saņemt ārstu speciālistu konsultācijas ambulatori, vairāki faktori liecina par ierobežotu pakalpojumu pieejamību:

- ▶ Aptuveni puse respondentu visās Pētījumā analizētajās slimību grupās norāda, ka ārsts speciālists reti sniedz valsts apmaksātas konsultācijas saskaņā ar pacienta ārstēšanas plānu. Visbiežāk valsts apmaksātas konsultācijas atbilstoši aprūpes plānam tiek sniegtas pacientiem ar onkoloģiskām slimībām;
- ▶ Lielākā daļa respondentu norāda, ka tiem reti ir iespēja saņemt valsts apmaksātas ārsta speciālista konsultācijas, kad rodas nepieciešamība. Pacienti ar onkoloģiskām slimībām norāda, ka tiem iespējas pēc nepieciešamības saņemt valsts apmaksātas ārsta speciālista konsultācijas ir biežāk;
- ▶ Pacienti visās Pētījumā analizētajās slimību grupās no ārsta speciālista pakalpojumiem to dārdzības dēļ atsakās reti;
- ▶ Lielākā daļa respondentu visās Pētījumā analizētajās slimību grupās norāda, ka reti izdodas apmeklēt ārstu speciālistu sev izdevīgā laikā, kā arī lielākoties nokļūšana līdz ārsta speciālista pieņemšanas vietai nav ērta, kas skaidrojams ar speciālistu nevienmērīgo pieejamību dažādos Latvijas reģionos. Kā ērtu nokļūšanu līdz ārsta speciālista pieņemšanas vietai biežāk vērtē cukura diabēta pacienti;
- ▶ Pacienti visās Pētījumā analizētajās slimību grupās norāda, ka ārsts speciālists velta pietiekamu laiku sarunai ar pacientu apmeklējuma laikā.

Tabula 3 Pacientu aptaujas dati – sekundārā ambulatorā aprūpe

	Sirds un asinsvadu slimība		Cukura diabēts		Elpošanas sistēmas slimība		Psihiska un nervu sistēmas saslimšana		Muskuļu un skeleta sistēmas slimība		Onkoloģiska slimība		Cita grupa	
	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**
Ārsts speciālists man sniedz valsts apmaksātas konsultācijas saskaņā ar manu ārstēšanas plānu	62%	38%	47%	53%	51%	49%	52%	48%	54%	46%	44%	56%	46%	54%
Ārsts speciālists man sniedz valsts apmaksātas konsultācijas pēc nepieciešamības	60%	40%	51%	49%	55%	45%	56%	44%	54%	46%	48%	52%	56%	44%
Es atsakos no ārsta speciālista pakalpojumiem to dārdzības dēļ	80%	20%	76%	24%	76%	24%	74%	26%	79%	21%	86%	14%	80%	20%
Man ir iespēja ārstu speciālistu apmeklēt sev izdevīgā laikā	67%	33%	67%	33%	60%	40%	62%	38%	67%	33%	63%	37%	65%	35%
Man ir ērti nokļūt līdz ārsta speciālista pieņemšanas vietai	54%	46%	48%	52%	54%	46%	57%	43%	52%	48%	53%	47%	55%	45%
Man ir ērti piekļūt ārsta speciālista pieņemšanas vietai ēkā (fiziska piekļuve)	32%	68%	23%	77%	22%	78%	25%	75%	23%	77%	19%	81%	27%	73%
Ārsts speciālists velta pietiekamu laiku sarunai ar mani	48%	52%	48%	52%	44%	56%	45%	55%	42%	58%	46%	54%	38%	62%
*Nekad/ dažreiz **Bieži/ vienmēr														

Lai nodrošinātu pilnvērtīgu hroniski slimu pacientu aprūpi, būtiska loma ir ārstu speciālistu pieejamībai. Neskatoties uz to, ka Pētījuma uzdevumos nebija prognozēt hroniski slimiem pacientiem nodrošināmo pakalpojumu skaitu, no kā atkarīgs nepieciešamo speciālistu skaits, Pētījuma ietvaros īstenota cilvēkresursu piedāvājuma analīze, vērtējot un salīdzinot datus par speciālistu pieejamību Latvijas reģionos kontekstā ar PB rekomendācijām speciālistu skaita nodrošināšanai. Pētījuma ietvaros veikta analīze par speciālistiem, kuri visbiežāk iesaistīti padziļināti pētīto hronisko slimību ārstēšanas procesā, un izvērtējuma rezultātā konstatēta vairāku speciālistu ierobežota pieejamība:

- Lielākais psihiatru īpatsvars (1,9) uz 10 000 iedzīvotājiem ir Rīgas reģionā, bet pārējos reģionos tas svārstās robežās no 1-1,6 speciālistiem uz 10 000 iedzīvotājiem, izņemot Pierīgu (0,2) un Kurzemi (0,8). PB pētījumā prognozēts, ka 2025. gadā papildus būs nepieciešami 64 psihiatri Rīgas reģionā, kā arī 10 Kurzemes reģionā un 6 Pierīgā, pārējos reģionos papildus nepieciešams ievērojami mazāks skaits speciālistu^{35,36};
- Lielākais psihoterapeitu īpatsvars (0,7) uz 10 000 iedzīvotājiem ir Rīgas reģionā, savukārt Pierīgā un Zemgalē tie ir 0,1 uz 10 000 iedzīvotājiem. Pārējos Latvijas reģionos šo ārstu speciālistu pakalpojumi nav pieejami. Atbilstoši PB pētījuma prognozēm 2025.gadā vislielākā nepieciešamība pēc papildu psihoterapeitiem būs Rīgas reģionā – 33 un Kurzemes reģionā – 10;
- Pastāv ierobežota fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstu pieejamība, kur to īpatsvars Latvijā ir 0,6 uz 10 000 iedzīvotājiem, 0,8 Rīgas reģionā, 0,9 Pierīgā, 0,5 Vidzemē, 0,3 Kurzemē un 0,2 Latgalē un Zemgalē.

Lai gan tādu speciālistu kā **kardiologi, endokrinologi, pneimologi, onkologi ķīmijterapieti, neirologi, nefrologi, neatliekamās medicīnas ārsti** pieejamība Rīgā un Pierīgā vērtējama kā augstāka, pārējos Latvijas reģionos vērojams izteikts šo speciālistu trūkums. Atbilstoši PB pētījumam prognozēts, ka 2025. gadā papildus būs nepieciešami 137 kardiologi Rīgā, 19 Latgalē un 13 Kurzemē. Papildus nepieciešami arī 37 endokrinologi Rīgā un 4 Zemgalē, Latgalē un Pierīgā, kā arī nepieciešami papildus 114 neirologi Rīgā, 16 Vidzemē un Latgalē un 4 pneimologi Rīgā un Latgalē.

Tāpat vērojams izteikts tādu speciālistu trūkums kā:

- **Geriatrī** (0,1 uz 10 000 iedzīvotājiem Rīgā un Vidzemē), PB prognozējot, ka 2025. gadā kopumā būs nepieciešami papildus 22 geriatrī, no kuriem 10 nepieciešami Rīgas un 4 Pierīgas reģionā;
- **Dietologi** (0,1 uz 10 000 iedzīvotājiem Rīgā);
- **Alerģologi** (0,1 uz 10 000 iedzīvotājiem Rīgā);
- **Hematologi** (0,3 uz 10 000 iedzīvotājiem Rīgā);
- **Transfuziologi** (0,3 uz 10 000 iedzīvotājiem Rīgā, 0,1 Kurzemē, Zemgalē un Latgalē).

Šobrīd augsta riska hroniski slimi pacienti nesaņem sekundārās ambulatorās aprūpes pakalpojumus prioritārā kārtībā, izņemot «zaļā koridora» pakalpojumus onkoloģijas pacientiem, lai gan arī citiem pacientiem ar hroniskām slimībām veselības stāvokļa dēļ var steidzamā kārtā būt nepieciešami sekundārās ambulatorās aprūpes pakalpojumi (fokusa grupas un intervijas).

Nesaņemot nepieciešamos ambulatoros ārstu speciālistu pakalpojumus, slimnīcā biežāk nonāk pacienti ar elpošanas sistēmas slimībām, onkoloģiskām slimībām un cukura diabētu (pacientu aptaujas dati). Gandrīz visās hronisko slimību grupās vērojami augstāki hospitalizācijas rādītāji nekā Igaunijā, Dānijā un Lielbritānijā. Augstāki hospitalizācijas rādītāji kā Latvijā novērojami tikai Igaunijā onkoloģisko slimību un diabēta grupās³⁷.

Ārstniecības iestāžu aptaujas dati liecina, ka hroniski slimo pacientu aprūpes plānveida pakalpojumi tiek nodrošināti tikai atsevišķos sarežģītos gadījumos, tie nav pieejami visiem pacientiem, ietverot regulāru uzraudzību, profilaksi un pašaprūpi (izpilde – 41,38%³⁸).

Datu analīzes rezultātā konstatēts, ka Latvijā ir salīdzinoši augsts novēršamo hospitalizāciju īpatsvars, kam ir tendence palielināties, kā arī lielāks skaits ambulatoro ārstu konsultāciju un diagnostisko izmeklējumu skaits kā citās ES valstīs, piemēram Igaunijā un Dānijā. Tomēr, salīdzinot ar Dāniju un Igauniju, vērojami slikti veselības aprūpes kvalitātes rādītāji (piemēram, novēršamā mirstība, kopējais dzīves ilgums), kas varētu liecināt par zemu pacientu līdzestību un starpdisciplināras pieejas nepieciešamību pacientiem ar hroniskām slimībām, taču šādas hipotēzes apstiprināšanai nepieciešams papildu pētījums. Lai gan Latvijā ir izstrādāta tīmekļa vietne, kurā pacientiem ir iespēja noskaidrot, pie kuriem ārstiem speciālistiem konkrētajā brīdī ir vismazākā rinda, šis risinājums drīzāk vērtējams kā informatīvs, taču nerisina pakalpojumu pieejamības jautājumu - īpaši no pakalpojumu pieejamības reģionālā aspekta.

Pacientiem ar hroniskām slimībām netiek nodrošināta valsts apmaksātu plānveida stacionāro pakalpojumu pieejamība ģimenes ārsta norādītajā laikā, kā rezultātā pacienti vai nu izmanto maksas pakalpojumus vai nesaņem nepieciešamos pakalpojumus un veselības stāvokļa pasliktināšanās dēļ nonāk stacionārā neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanai.

Pamatojoties uz analīzi par pieejamo ārstu speciālistu skaitu Latvijā un reģionos (skat. «Ārstu speciālistu konsultāciju un plānveida stacionāro pakalpojumu ierobežotas pieejamības dēļ pacienti nonāk stacionārā neatliekamās palīdzības saņemšanai»), kas norāda uz hroniski slimu pacientu ārstēšanā iesaistīto ārstu speciālistu trūkumu atsevišķās specialitātēs, secināms, ka speciālistu pieejamība ietekmē ne vien ambulatoro pakalpojumu, bet arī plānveida stacionāro pakalpojumu pieejamību pacientiem ar hroniskām slimībām. Tā, piemēram, Latvijā, salīdzinot ar citām OECD valstīm, ir zemākais speciālistu skaits slimnīcās uz 1 000 iedzīvotājiem – 1,95 ārsti uz 1 000 iedzīvotājiem, salīdzinot ar Dāniju, kurā šis īpatsvars ir 3,08, Lielbritāniju, kurā ir 2,07 ārsti uz 1 000 iedzīvotājiem un Igauniju ar 2,39 ārstiem uz 1 000 iedzīvotājiem³⁹. Par plānveida stacionāro pakalpojumu ierobežotu pieejamību liecina arī pētījuma ietvaros īstenotās ģimenes ārstu aptaujas rezultāti – to, ka uz valsts apmaksātajiem plānveida stacionārajiem pakalpojumiem ir garas rindas un pacientiem ar hroniskām slimībām nav iespējas tos saņemt ģimenes ārsta norādītajā laikā, norāda 91,6% respondentu. Pakalpojumu pieejamības un nodrošinājuma kontekstā nepieciešams ņemt vērā arī, ka valsts

³⁵ World Bank (WB). 2016. *Latvia Healthcare Facilities Master Plan 2016-2025*

³⁶ Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC). N.d. *Ārstu skaits pa specialitātēm*. Ielādēts no: [RES010. Ārstu skaits pa specialitātēm. PxWeb \(spkc.gov.lv\)](https://res010.arsu.skaits.pa.specialitate.m.pxweb.spkc.gov.lv)

³⁷ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). n.d. *OECD Statistics*. Ielādēts no: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>

³⁸ Procentuālā izpilde iegūta Pētījuma gaitā īstenoto aptauju rezultātā, kur katra joma tika novērtēta pēc iegūtā punktu skaita un izteikta procentuāli, pieņemot, ka maksimālais punktu skaits "3" atbilst pilnīgai jeb 100% nosacījuma izpildei

³⁹ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). n.d. *OECD Statistics*. Ielādēts no: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>

budžeta finansējuma īpatsvars no kopējām veselības aprūpes izmaksām dienas stacionāra un rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanai (7,99%) vairāk nekā trīs reizes pārsniedz ES27 vidējo rādītāju (2,7%), kā arī dienas stacionāra pakalpojumu apjoms pēdējo gadu laikā audzis un rindas uz pakalpojumu saņemšanu samazinājušās uz pusi, kas liecina par pakalpojumu pārorientēšanu no stacionāriem uz dienas stacionāriem⁴⁰.

Tāpat par ierobežotu plānveida stacionāro pakalpojumu pieejamību liecina šādi pacientu aptaujas dati:

- ▶ Lielākā daļa pacientu norāda, ka tiem reti ir iespēja saņemt valsts apmaksātus slimnīcas pakalpojumus, kad rodas nepieciešamība. Tikai pacienti ar onkoloģiskām slimībām norāda, ka valsts apmaksātus slimnīcas pakalpojumus pēc nepieciešamības saņem biežāk (50%);
- ▶ Pacienti visās Pētījumā analizētajās slimību grupās norāda, ka pierakstīties pie slimnīcas speciālistiem uz konsultāciju pēc nepieciešamības izdodas reti;
- ▶ Lielākā daļa pacientu visās Pētījumā analizētajās slimību grupās norāda, ka reti atsakās no slimnīcas pakalpojumiem to dārdzības dēļ;
- ▶ Lielākā daļa pacientu norāda, ka visbiežāk ir ērti nokļūt līdz slimnīcai, tomēr pacienti ar psihiskām un nervu sistēmas slimībām nokļūšanu līdz slimnīcai retāk vērtē kā ērtu.

Pacientu aptaujas datu analīze pieejama Pielikumā Nr.1.

Tabula 4 Pacientu aptaujas dati – stacionārā aprūpe

	Sirds un asinsvadu slimība		Cukura diabēts		Elpošanas sistēmas slimība		Psihiska un nervu sistēmas saslimšana		Muskuļu un skeleta sistēmas slimība		Onkoloģiska slimība		Cita grupa	
	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**	N/D*	B/V**
Es saņemu valsts apmaksātus slimnīcas pakalpojumus pēc nepieciešamības	65%	35%	69%	31%	68%	32%	67%	33%	72%	28%	50%	50%	69%	31%
Man ir iespēja pierakstīties pie slimnīcas speciālistiem uz konsultāciju pēc nepieciešamības	73%	27%	68%	32%	69%	31%	77%	23%	70%	30%	64%	36%	67%	33%
Es atsakos no slimnīcas pakalpojumiem to dārdzības dēļ	86%	14%	82%	18%	84%	16%	81%	19%	86%	14%	92%	8%	85%	15%
Man ir ērti nokļūt līdz slimnīcai	46%	54%	40%	60%	40%	60%	53%	47%	41%	59%	40%	60%	47%	53%
*Nekad/ dažreiz **Bieži/ vienmēr														

Bērniem ar hroniskām slimībām ir ierobežota ārstu speciālistu pieejamība tuvu dzīves vietai, īpaši reģionos, kas apgrūtinā savlaicīgu un uz vajadzībām vērstu aprūpes pakalpojumu saņemšanu (fokusa grupas un intervijas).

2019.gadā tika nolemts novirzīt finansējumu pediatra kā tiešās pieejamības speciālista pieejamības nodrošināšanai VSIA “Bērnu klīniskajā universitātes slimnīca” un III un IV līmeņa slimnīcās, izveidojot 14 pediatru kabinetus. Septiņās slimnīcās, kur bija plānots atvērt pediatru kabinetus, tie netika atvērti saistībā ar pediatru trūkumu reģionos⁴¹. Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā Rīgā ir lielākā specializētā bērnu daudzprofilu ārstniecības iestāde Latvijā, kurā tiek nodrošināti valsts apmaksāti stacionārie un ambulatorie ārstniecības pakalpojumi. Ārstu speciālistu pakalpojumu pieejamība bērniem, kuru dzīves vieta ir citos Latvijas reģionos, ir ierobežota. Savlaicīgi nesaņemot diagnozi atbilstošu un uz aprūpes vajadzībām balstītu aprūpi, bērni veselības stāvokļa pasliktināšanās dēļ nonāk stacionārā. Pētījuma ietvaros īstenotajās fokusa grupās dalībnieki norāda uz nepieciešamību veidot centrus reģionālajās slimnīcās, kuros atrastos pediatrs, kam ir pieeja starpdisciplinārai speciālistu komandai un nodrošināta cieša sadarbība ar BKUS.

Aprūpes saņemšanu Latvijas reģionos būtiski ietekmē speciālistu pieejamība - Pētījuma ietvaros veiktās cilvēkresursu analīzes dati norāda, ka novērojams ārstu speciālistu trūkums, kas nodrošina aprūpi bērniem – īpaši izteikts speciālistu trūkums vērojams Latvijas reģionos.

Lai gan pediatru īpatsvars Rīgā ir 2,4 uz 10 000 iedzīvotājiem, pārējos Latvijas reģionos vērojams šo speciālistu trūkums, kur, piemēram, Zemgalē tie ir 0,7 speciālisti uz 10 000 iedzīvotājiem. PB prognozē, ka 2025.gadā būs nepieciešams liels skaits papildu pediatru, Rīgas reģionā tam veidojot 214 pediatrus un pārējos reģionos svārstoties no 16 Kurzemes reģionā līdz 39 Latgales reģionā. Nevienā no Latvijas reģioniem nav pieejami bērnu endokrinologi, bērnu nefrologi un bērnu alergologi. Vērojams arī tādu ārstu speciālistu trūkums kā:

- ▶ Bērnu kardiologi (0,1 uz 10 000 iedzīvotājiem Rīgā);
- ▶ Bērnu pneimonologi (0,1 uz 10 000 iedzīvotājiem Rīgā);
- ▶ Bērnu neirologi (0,3 uz 10 000 iedzīvotājiem Rīgā, 0,1 uz 10 000 iedzīvotājiem Vidzemē un Latgalē)⁴².

⁴⁰ EUROSTAT. 2020. GDP and main components (output, expenditure and income). Ielādēts no: [Eurostat - Data Explorer \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&code=sdg_3_6_10)

⁴¹ Veselības ministrija (NM). 2019. Par atsevišķu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas izpildi un plānotajiem pasākumiem veselības nozares reformu turpināšanai. Ielādēts no: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/6601>

⁴² Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC). N.d. Ārstu skaits pa specialitātēm. Ielādēts no: [RES010. Ārstu skaits pa specialitātēm. PxWeb \(spkc.gov.lv\)](https://res010.arsku.gov.lv)

Tāpat arī bērnu psihiatru īpatsvars Latvijā ir 0,1 uz 10 000 iedzīvotāju, Rīgas reģionā 0,2 uz 10 000, bet pārējos reģionos šo ārstu speciālistu pakalpojumi nav pieejami. Jāņem vērā, ka PB pētījumā prognozēts, ka 2025. gadā papildus nepieciešamais bērnu psihiatru skaits būs neliels, galvenokārt nepieciešamību uzrādot Kurzemes reģionā pēc papildus 9 bērnu psihiatriem un Rīgas reģionā pēc 5. Dati liecina, ka ārstu speciālistu pakalpojumi pieejami tikai Rīgā un dažviet reģionos, kas liecina par to, ka bērnam nepieciešamo veselības aprūpi nav iespējams savlaicīgi saņemt tuvu dzīves vietai.

Rekomendācijas:

1. **R23** Koncentrēt sekundāros ambulatoros pakalpojumus sekundārās ambulatorās veselības aprūpes centros Rīgā un reģionos ar mērķi nodrošināt «vienas pieturas aģentūras» principa ieviešanu pakalpojumu pieejamībā, t.sk. attīstot un palielinot ambulatoro pakalpojumu pieejamību reģionālajās un universitātes slimnīcās. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes centros nepieciešams nodrošināt atbilstošu infrastruktūru – telpas, kurās pakalpojumus sniedz vairāki speciālisti vienlaikus, kā arī atbilstošus IT risinājumus pacientu pieraksta veidošanai, speciālistu pieejamības plānošanai un attālinātu konsultāciju sniegšanai (skat. Rekomendāciju R4). Tāpat katrai ārstniecības iestādei nepieciešams veikt detalizētu izvērtējumu par pieejamo un nepieciešamo ārstu speciālistu skaitu, kas var nodrošināt sekundārās ambulatorās aprūpes pakalpojumus.
2. **R24** Attīstīt veselības aprūpes pakalpojumu reģionālo pieejamību atbilstoši Pētījumā ietvertajā cilvēkresursu analīzē identificētajiem trūkumiem:
 - Psihiatri (īpaši Rīgā, Kurzemē);
 - Psihoterapeiti (īpaši Rīgas reģionā, Kurzemē);
 - Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti (īpaši Kurzemē, Latgalē un Zemgalē);
 - Kardiologi (īpaši Rīgā, Latgalē un Kurzemē);
 - Endokrinologi (īpaši Rīgā);
 - Pneimologi (īpaši Latgalē);
 - Onkologi ķīmijterapieti;
 - Neirologi (īpaši Rīgā, Vidzemē un Latgalē);
 - Nefrologi;
 - Neatliekamās medicīnas ārsti;
 - Geriatri (īpaši Rīgā un Pierīgā);
 - Dietologi (īpaši Rīgā);
 - Alergologi (īpaši Rīgā);
 - Hematologi (īpaši Rīgā);
 - Transfuziologi (īpaši Kurzemē, Zemgalē un Latgalē);
 - Pediatri (bērnu endokrinologi, nefrologi, alergologi, kardiologi, pneimologi un neirologi) (visos reģionos).
3. **R25** Ieviest kārtību, kas paredz pacientiem ar hroniskām slimībām veikt ilgtermiņa pierakstus uz regulāri nepieciešamajām vizītēm pie ārstiem speciālistiem un izmeklējumiem vai saņemt sekundārā līmeņa pakalpojumus prioritārā kārtībā, lai pacientiem nodrošinātu nepieciešamo pakalpojumu pieejamību atbilstoši pacientu klīniskajiem ceļiem un aprūpes plāniem (t.i. ieviešot «zaļā koridora» principu augsta riska hronisko slimību pacientiem);
4. **R26** Attīstīt dienas stacionāra pakalpojumus hroniski slimiem pacientiem universitātes un reģionālajās slimnīcās, tādējādi samazinot gultas dienu skaitu stacionāros;
5. **R27** Lai veicinātu ārstēšanas procesa, rezultātu un ar veselību saistītās dzīves kvalitātes uzlabošanu, kā arī tuvinātu veselības aprūpes pakalpojumus hroniski slimu bērnu dzīves vietai, atbalstīt BKUS iniciatīvu vienotas informatīvās ekosistēmas izveidē, vienlaikus veidojot integrētu starpdisciplināru pakalpojumu, kas īstenojams, veicot šādas aktivitātes:
 - Specializētu pacientu ar hroniskām slimībām aprūpes centru izveide BKUS;
 - Bērnu veselības centru izveide reģionālajās slimnīcās ar starpdisciplināru komandu iesaisti pediatra vadībā;
 - Specializēto BKUS aprūpes centru un reģionālo Bērnu veselības centru vienota sadarbības tīkla izveide;
 - Cilvēkresursu piesaiste un kompetenču pilnveide:
 - BKUS specializētos aprūpes centros aprūpes īstenošanai nepieciešami pediatri - speciālisti, vispārējie pediatri, specializētās māsas, psihologi, uztura speciālisti, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti un citi speciālisti, veidojot ciešu sadarbību ar Bērnu veselības centriem reģionālajās slimnīcās;

- Bērnu veselības centros Latvijas reģionālajās slimnīcās aprūpes īstenošanai nepieciešami pediatri, medicīnas māsas, psihologi, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti un citi speciālisti, veidojot ciešu sadarbību ar BKUS aprūpes centiem un pacientu ģimenes ārstiem;
- Pediatru, specializēto māsu un citu aprūpē iesaistīto speciālistu apmācību organizēšana.
- IT atbalsts sadarbības tīkla uzturēšanā, lai nodrošinātu vienotu informācijas apriti par pacientiem, kā arī telemedicīnas risinājumi attālināto konsultāciju ieviešanai.

Sadarbības tīkla uzdevums ir saskaņota, kvalitatīva ārstniecība un pacientu aprūpe, pētniecība, ārstniecības personu, studentu, rezidentu, vecāku, izglītības iestāžu darbinieku izglītošana;

6. **R28** Koncentrēt plānveida stacionāros pakalpojumus slimnīcu sadarbības teritoriju ietvaros, attīstot slimnīcu sadarbības tīklu. Vienota pakalpojumu sadalījuma plānošana reģiona/ sadarbības teritorijas līmenī tiek ietverta Eiropas Komisijas Strukturālo reformu atbalsta ģenerāldirektorāta atbalstītā projektā Nr. SRSS/2018/01/FWC/002 "Slimnīcas pakalpojumu, telemedicīnas un integrētās aprūpes turpmāka attīstība", kas iekļauj:
 - Esošās koordinētu pakalpojumu nodrošināšanas situācijas kartēšanu;
 - Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas un finansēšanas stratēģijas izstrādi;
 - Reģionālās plānošanas un finansēšanas pilotprojektu.
7. Ieviest integrētu hroniski slimu pacientu ārstēšanas un aprūpes pārvaldības modeli, atbilstoši rekomendācijā R17 piedāvātajam
8. **R29** Hronisku slimību algoritmos paredzēt hroniski slimu pacientu segmentēšanu pēc slimības smaguma pakāpes/ riska, t.sk. ņemot vērā slimības akūta saasinājuma riskus u.c., paredzot iespēju augsta riska pacientiem saņemt sekundārās ambulatorās aprūpes pakalpojumus prioritārā kārtībā atbilstoši klīniskajām vadlīnijām. Atbilstoši hronisku slimību algoritmos paredzētajam, noteikt starpdisciplinārās komandas sastāvā ietilpstošo speciālistu lomas un atbildības integrēta pakalpojuma nodrošināšanā.

9.5 Speciālistu rekomendāciju ievērošanas trūkums un medikamentu lietošanas nelīdzestība rezultējas pacientu ar hroniskām slimībām hospitalizācijā

Identificētās problēmas:

1. **P14** Pacienti trūkst detalizētu rekomendāciju par tālāko ārstēšanas un pašaprūpes procesu, kā rezultātā viņi ne vienmēr saņem nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus un neīsteno pašaprūpi;
2. **P15** Netiek īstenota pacientu ārstēšanas, medikamentu lietošanas un pašaprūpes uzraudzība, t.sk. pēc izrakstīšanās no stacionāra, kā rezultātā netiek savlaicīgi identificēta pacienta nelīdzestība;
3. **P16** Pacientu līdzestības trūkums negatīvi ietekmē ārstēšanas efektivitāti un rezultātus, būtiski paaugstinot hospitalizācijas risku.

Cēloņi:

1. Netiek izstrādāti integrēti hroniski slimu pacientu ārstēšanas un aprūpes plāni, kas noteiktu secīgi veicamās ārstniecības un sociālās aprūpes darbības;
2. Kompensējamo medikamentu pieejamība pacientiem ir apgrūtināta, jo daļa medikamentu jāiegādājas par saviem līdzekļiem - kompensējamo zāļu saraksts ne visām slimību grupām ietver to ārstēšanai nepieciešamos zāļu vispārīgos nosaukumus;
3. Lielākajā daļā gadījumu pacientu uzraudzība pēc izrakstīšanās no stacionāra notiek tad, ja NMPD vai slimnīca sniedz tiešas norādes un informāciju ģimenes ārsta praksei;
4. Hroniski slimu pacientu komunikācija ar ģimenes ārstu pēc stacionēšanas epizodes pārsvarā notiek pēc pacienta paša iniciatīvas;
5. Ārsti speciālisti ne vienmēr pēc pakalpojuma sniegšanas pietiekami detalizēti aizpilda medicīnisko dokumentu veidlapas, t.sk. rekomendācijas pacienta tālākai veselības aprūpei un medikamentu lietošanai;
6. Pacienti netiek pietiekami izskaidrots tālākais ārstēšanas un aprūpes plāns, netiek izskaidrots medikamentu lietošanas iemesls un norādes par to lietošanu.

Pacienti trūkst detalizētu rekomendāciju par tālāko ārstēšanas un pašaprūpes procesu, kā rezultātā viņi ne vienmēr saņem nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus un neīsteno pašaprūpi, kas var pasliktināt viņu veselības stāvokli un rezultēties hospitalizācijā.

Pētījuma ietvaros konstatēts, ka pacientiem trūkst detalizēta skaidrojuma par tālāko ārstēšanās plānu un lietojamiem medikamentiem – mērķi, sagaidāmo rezultātu, medikamentu lietošanas nepieciešamību un mijiedarbību, potenciālajām blakusparādībām u.c. Tāpat trūkst detalizētu norāžu par nepieciešamo pašaprūpi un tās ietekmi uz ārstēšanas rezultātu (pacientu intervijas un fokusgrupas). Minētais novērojums saistīts ne tikai ar medicīniskās dokumentācijas aizpildīšanas kvalitātes trūkumiem, bet arī ar ārstniecības un aprūpes personāla veltīto laiku sarunām ar pacientu, izskaidrojot pacientam visus iepriekš minētos aspektus.

Tāpat pētījuma ietvaros identificēta problemātika attiecībā uz ārstēšanas pēctecību pēc pacienta izrakstīšanas no stacionāra. Stacionārās ārstniecības iestādes uzdevums ir sniegt izrakstu – epikrīzi, kurā norādīta pacienta diagnoze, saņemtā ārstēšana, iekļaujot informāciju par stacionārā veiktajiem izmeklējumiem un analizēm, sniegtas rekomendācijas par turpmāko ārstēšanas plānu, taču nereti izraksts satur nepilnīgu informāciju, kā arī pacientam netiek sniegta informācija par pašaprūpes īstenošanu, ieradumu maiņu un turpmākajām nepieciešamajām vizītēm pie pakalpojumu sniedzējiem (pacientu aptauja, fokusa grupas un intervijas).

Pacientu neskaidrību par viņu tālāko ārstēšanas plānu ietekmē arī tas, ka ģimenes ārsti neuzņemas iniciatīvu (atbilstoši ģimenes ārstu aptaujai tikai 25% proaktīvi iesaistās pacientu veselības stāvokļa uzraudzībā), lai īstenotu regulāru pacientu veselības stāvokļa uzraudzību pēc izrakstīšanas no stacionāra, kā rezultātā pacientiem trūkst rekomendāciju tālākai hroniskas slimības ārstēšanai un aprūpei (t.sk. pašaprūpei) un pacienti nesaņem nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus. Pacientu uzraudzība pēc izrakstīšanas no stacionāra notiek tikai tad, ja NMPD vai slimnīca sniedz tiešas norādes un informāciju ģimenes ārsta praksei (ģimenes ārstu aptauja, ārstniecības iestāžu aptauja).

Attiecībā uz īpaši būtisku pakalpojumu organizācijas elementu ģimenes ārstu aptaujā - **hronisko pacientu individuālie aprūpes plāni**, tikai 7% gadījumu pilnībā tiek veikta hronisko pacientu mērķa rādītāju izvirzīšana, rezultātu uzraudzība un datu uzkrāšana. 44,7% gadījumu individuālie aprūpes plāni netiek izstrādāti, bet 30,6% gadījumu tie tiek izstrādāti un dokumentēti, bet iekļauj tikai ģimenes ārsta aprūpes jomu.

Pacienti netiek pietiekami iesaistīti diskusijās par aprūpes plānu, aprūpes plāna izstrādē un tas viņiem netiek detalizēti izskaidrots, samazinot viņu līdzestību, kā rezultātā pacienti neievēro aprūpes plānu un nelietojot ārsta (t.sk. arī ģimenes ārsta, ārsta speciālista, stacionārās ārstniecības speciālista) izrakstītos medikamentus, kas rezultējas pasliktinātā veselības stāvoklī.

Būtisks aspekts dažādu hronisku slimību ārstēšanas procesā, kurā pacientam tiek izrakstīti medikamenti, ir pacienta līdzestība, lai nodrošinātu efektīvu slimības kontroli. Pacienta līdzestības trūkums visbiežāk izpaužas kā neregulāra vai nepareiza medikamentu lietošana. Tradicionāli nelīdzestība tiek izdalīta apzinātā un neapzinātā nelīdzestībā. Neapzināta pacienta nelīdzestība visbiežāk rodas informācijas par medikamentu pareizu lietošanu trūkuma dēļ, toties apzinātu nelīdzestību raksturo pacienta apzināta izvēle nelietot medikamentus, ko var veicināt nepietiekama izpratne vai noliegums par savu veselības stāvokli⁴³. Nelīdzestība medikamentu lietošanā saistāma arī ar sliktām zināšanām par veselību un

⁴³ Torrey T., 2021. *Why Patients Are Noncompliant with Treatment*. Ielādēts no: [Why Patients Are Noncompliant with Treatment \(verywellhealth.com\)](https://www.verywellhealth.com/why-patients-are-noncompliant-with-treatment/)

nepietiekamu pacienta iesaisti aprūpes procesa plānošanā. PVO ir secinājusi, ka aptuveni 50% pacientu nelieto medikamentus atbilstoši ārsta izstrādātajam plānam⁴⁴. Abi pacienta nelīdzestības veidi var rezultēties būtiskā veselības stāvokļa pasliktinājumā, piemēram arteriālās hipertensijas gadījumā nepareiza un neregulāra zāļu lietošana pacientiem var izraisīt pat invaliditāti. Pētījumā par 52 pacientiem ar diagnozi arteriālā hipertensija konstatēts, ka neskaids zāļu lietošanas iemesls ir viens no biežāk novērotajiem pacientu līdzestības trūkuma cēloņiem, kuru potenciāli ir iespējams uzlabot ar zāļu atpazīstamības veicināšanu, atgādinājumiem par ārsta izrakstīto zāļu devu un zāļu lietošanas instrukciju izskaidrošana farmaceitiskās aprūpes ietvaros⁴⁵.

Papildus faktors medikamentu nelietošanai un zemākai pacientu līdzestībai ir tas, ka kompensējamo zāļu saraksts ne visām slimību grupām ietver to ārstēšanai nepieciešamos zāļu vispārīgos nosaukumus. Lai gan pacienti norāda, ka ģimenes ārsti bieži izklāsta medikamentu lietošanas plānu, kas ietver medikamentu lietošanas mērķi, devas, biežumu un blakusparādības, trūkst savstarpējas aprūpē iesaistīto speciālistu informācijas apmaiņas, kas potenciāli var radīt medikamentu mijiedarbības risku, kā arī netiek nodrošināta stingrāka pacienta uzraudzība medikamentu maiņas gadījumā (pacientu aptauja).

Rekomendācijas:

1. Definēt mērķus un iznākuma rādītājus katras hroniskas slimības ārstēšanā atbilstoši rekomendācijā R8 rekomendācijā piedāvātajam;
2. Noteikt atbildību par hronisko slimību metodisko vadību valsts līmenī atbilstoši rekomendācijā R10 piedāvātajam;
3. Noteikt atbildīgo par hronisku slimību vadlīniju izstrādi atbilstoši rekomendācijā R10 noteiktajam;
4. Turpināt darbu pie algoritmu un pacientu ceļu izstrādes atbilstoši rekomendācijā R11 noteiktajam;
5. Izstrādāt pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanas un aprūpes plāna paraugu atbilstoši rekomendācijā R9 piedāvātajam;
6. Īstenot ģimenes ārstu, ārstu speciālistu, māsu un aprūpes koordinatoru ārstniecības iestādēs apmācības klīnisko vadlīniju izmantošanā hroniski slimu pacientu ārstēšanā un aprūpē atbilstoši rekomendācijai R61.
7. Veicināt veselības parametru paškontroles ierīču izmantošanu atbilstoši R6 noteiktajam;
8. Izstrādāt un ieviest pacientu ar hroniskām slimībām pašaprūpes atbalsta programmas atbilstoši R15 noteiktajam;
9. **R30** Pilnveidot kompensējamo zāļu saraksta noteikšanas kārtību, paredzot, ka kompensējamie medikamenti tiek noteikti, pamatojoties uz klīniskajām vadlīnijām;
10. Ieviest integrētu hroniski slimu pacientu ārstēšanas un aprūpes pārvaldības modeli, atbilstoši rekomendācijā R17 piedāvātajam;
11. Palielināt māsu iesaisti primārās aprūpes īstenošanā atbilstoši R7 piedāvātajam;
12. Veicināt veselības parametru paškontroles ierīču izmantošanu primārajā aprūpē atbilstoši rekomendācijā R6 noteiktajam;
13. **R31** Lai nodrošinātu iespēju veikt regulāru pacientu uzraudzību, t.sk. pēc izrakstīšanās no stacionāra, veicināt attālinātu ģimenes ārsta konsultāciju attīstību, balstoties uz Eiropas Komisijas Strukturālo reformu atbalsta ģenerāldirektorāta atbalstītā projekta Nr. SRSS/2018/01/FWC/002 "Slimnīcas pakalpojumu, telemedicīnas un integrētās aprūpes turpmāka attīstība" ietvaros gūtajiem secinājumiem un rekomendācijām. Šī projekta ietvaros tiek skatīti šādi ar telemedicīnu saistīti aspekti:
 - Veselības aprūpes pakalpojumi, kas sniedzami, izmantojot telemedicīnas risinājumus;
 - Finansēšanas kārtība (valsts/privāti finansēti telemedicīnas pakalpojumi);
 - Aprūpes speciālistu un organizāciju iesaiste telemedicīnas pakalpojumu sniegšanā, pārvaldības struktūra, lomas un atbildības;
 - Mērķa grupa telemedicīnas pakalpojumu saņemšanai – pacientu individuāli tipoloģiskās īpatnības un pacientu skaits;
 - IT nodrošinājums telemedicīnas pakalpojumu sniegšanā;
 - Plānotās tiesiskā regulējuma izmaiņas;
 - Pacientu datu apstrādes process, datu aizsardzība;
 - Telemedicīnas pakalpojumu ietekme uz veselības sistēmas darbību – aprūpes efektivitāte, pieejamība un pakalpojuma kvalitāte.

⁴⁴ Brown M., Bussell J. 2011. *Medication adherence: WHO cares?* Ielādēts no: [Medication adherence: WHO cares? - PubMed \(nih.gov\)](#)

⁴⁵ Šolmane A., Urtāne I., Spalva K., Bērziņa S., Bandere D. *Pacientu līdzestības trūkuma cēloņi antihipertensīvās terapijas laikā farmaceitiskās aprūpes ietvaros*. Ielādēts no: [Pacientu_lidzestibas_trukuma_celoni.pdf \(rsu.lv\)](#)

9.6 Pacienti ar smagu veselības stāvokli un funkcionēšanas traucējumiem nepieciešama integrēta veselības un sociālā aprūpe mājās, kas netiek nodrošināta

Identificētās problēmas:

1. **P17** Neskatoties uz to, ka pacientiem ar smagu veselības stāvokli un funkcionēšanas traucējumiem nepieciešama kompleksa aprūpe mājās, kas ietver ne tikai veselības aprūpi, bet arī sociālo aprūpi, šādi integrēti pakalpojumi nav pieejami, radot slogu uz pacienta tuviniekiem;
2. **P18** Veselības aprūpes mājās pakalpojumu nodrošinājuma apjoms un pieejamība ir nepietiekams hroniski slimu pacientu vajadzību apmierināšanai – gan pieejamie valsts apmaksāto veselības aprūpes mājās pakalpojumu veidi (piem., netiek apmaksāta hemodialīze mājās), gan to sniegšanas ilgums (līdz 10 vai 30 dienām) un biežums (nav pieejami pakalpojumi vairākas reizes dienā);
3. **P19** Pacientam var rasties nepieciešamība pēc medicīniskas palīdzības pakalpojuma sniegšanas starplaikos (piem., kritiena gadījumā, akūta saasinājuma gadījumā), un šādos gadījumos visbiežāk tiek izsaukta neatliekamā medicīniskā palīdzība.

Cēloņi:

1. Nodalītas atbildības un finansējums par veselības aprūpes mājās (VM) un sociālās aprūpes mājās (LM) pakalpojumu nodrošināšanu;
2. Gadījumos, kad pacientam nepieciešama aprūpe mājās, sadarbība starp ģimenes ārstu, sociālo dienestu un sociālo pakalpojumu sniedzējiem koordinētu un saskaņotu pakalpojumu nodrošināšanai ir ar nepietiekamu detalizāciju;
3. Latvijā ir salīdzinoši mazāks finansējuma īpatsvars no kopējā veselības aprūpes finansējuma veselības aprūpes mājās pakalpojumiem (salīdzinot ar ES vidējo);
4. Veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzēji norāda, ka pakalpojumu sniegšanu ierobežo pacientu mājokļu vides nepiemērotība, individualizētu tehnisko palīgīdzekļu trūkums;
5. Veselības aprūpes mājās pakalpojuma ietvaros netiek nodrošināti tehniskie rīki (piem., ārkārtas situācijas pogas, kritiena sensori u.c.), kas var palīdzēt sniegt palīdzību pacientam kritiskos brīžos;
6. Netiek izstrādāti integrēti hroniski slimu pacientu ārstniecības un aprūpes plāni, kas noteiktu secīgi veicamās ārstniecības un sociālās aprūpes darbības;
7. Šobrīd nav noteikta atbildība par pacienta ar hroniskām slimībām ārstniecības un aprūpes procesa vadību un koordinēšanu visā slimības dzīvescikla laikā.

Veselības aprūpes mājās pakalpojumu nodrošinājums ir nepietiekams hroniski slimu pacientu vajadzību apmierināšanai – gan pieejamie valsts apmaksāto veselības aprūpes mājās pakalpojumu veidi (piem., netiek apmaksāta hemodialīze mājās), gan to sniegšanas ilgums (līdz 10 vai 30 dienām) un biežums (nav pieejami pakalpojumi vairākas reizes dienā), kā arī, neskatoties uz to, ka pacientiem ar smagu veselības stāvokli un funkcionēšanas traucējumiem nepieciešama kompleksa aprūpe mājās, kas ietver ne tikai veselības aprūpi, bet arī sociālo aprūpi, šādi integrēti pakalpojumi nav pieejami, radot slogu uz pacienta tuviniekiem (fokusa grupas un intervijas).

Šobrīd vairākas OECD dalībvalstis virza aprūpi no ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijām uz aprūpi mājās, nodrošinot vecāka gadagājuma cilvēkiem atbalstu un iespējas ilgāk dzīvot patstāvīgi vai kopā ar ģimeni. Pētījuma ietvaros secināts, ka viens no pacientu ar hroniskām slimībām hospitalizācijas cēloņiem ir pacientu vajadzībām atbilstošu veselības aprūpes mājās pakalpojumu nodrošinājuma nepietiekamība. Veselības aprūpes pakalpojumi mājās nepieciešami pacientiem ar hroniskām slimībām, kuriem veselības stāvokļa vai kustību traucējumu dēļ nav iespējams saņemt nepieciešamo medicīnisko aprūpi ambulatori, taču tajā pašā laikā pacientiem nepieciešamie pakalpojumi nav uzskatāmi par stacionārā aprūpes līmeņa pakalpojumiem. Atbilstoši pacientu vajadzībām, šādiem pakalpojumiem būtu jābūt pieejamiem pacientu dzīvesvietā. Analizējot pacientu ar hroniskām slimībām vajadzības, secināms, ka šobrīd valsts apmaksātie veselības aprūpes mājās pakalpojumi neiekļauj visus pacientu vajadzībām atbilstošos pakalpojumus, kā, piemēram, hemodialīzi mājās, kā arī pakalpojumi bieži nepieciešami ilgākā laika periodā par 30 dienām un vairākas reizes dienā. Šobrīd pakalpojuma ietvaros tiek nodrošināts tikai ierobežots pakalpojumu spektrs un bieži vien ģimenes ārsts nevar nozīmēt veselības aprūpi mājās visos gadījumos, kad tā nepieciešama (fokusa grupas un intervijas).

Pacientiem ar hroniskām slimībām bieži nepieciešama starpdisciplināra medicīniskā aprūpe, kas iekļauj ne tikai, piemēram, medikamentu ievadīšanu un enterālu barošanu caur zondi, bet arī ārstu speciālistu konsultācijas, kas netiek nodrošināta.

Veselības aprūpes mājās pakalpojuma sniedzēji saskaras ar vairākiem ierobežojumiem pakalpojuma sniegšanā norādot, ka klientu mājokļa vides nepiemērotība, kā arī individualizētu tehnisko palīgīdzekļu nepieejamība rada apgrūtinājumu un būtiski ietekmē ārstniecības rezultātu sasniegšanu (fokusa grupas un intervijas). Veselības aprūpes mājās pakalpojuma ietvaros būtiska loma ir arī pacienta pašaprūpes īstenošanai un uzraudzībai, tomēr secināms, ka valsts vai pašvaldības apmaksātas veselības parametru paškontroles ierīces (piemēram, nepārtrauktas glikozes monitorīnga sistēma) pacientiem tiek nodrošinātas tikai atsevišķās pašvaldībās, kā arī netiek nodrošināti tehniskie rīki (piemēram, ārkārtas situācijas pogas, kritiena sensori u.c.), ar kuru palīdzību var veicināt pacientam drošu vidi un palīdzības sniegšanu kritiskos brīžos. Ja pacientam rodas nepieciešamība pēc medicīniskas palīdzības pakalpojuma sniegšanas starplaikos (piem., kritiena gadījumā, akūta saasinājuma gadījumā), un pacientam nav pieejama, piemēram, trauksmes poga, visbiežāk tiek izsaukta neatliekamā medicīniskā palīdzība.

Papildus tam, Pētījuma ietvaros secināts, ka pacientiem ar hroniskām slimībām un smagu veselības stāvokli, kam zudušas darba spējas un spējas veikt ikdienas aktivitātes, ir kompleksas aprūpes vajadzības, kas iekļauj ne tikai nepieciešamību pēc medicīniskas aprūpes mājās, bet arī atbalstu personas aprūpē, ikdienas mājas darbu un sadzīves organizēšanā (fokusa grupas un intervijas).

Lai sekmētu veiksmīgu veselības aprūpes mājās pakalpojuma sniegšanu, būtiska loma ir arī starpdisciplināru komandu izveidei, kas vienlaikus nepieciešamības gadījumā nodrošina arī sociālos pakalpojumus.

Finanšu rādītāji liecina par to, ka ir nepietiekams finansējums veselības aprūpes pakalpojumiem mājās.

Latvijā ir salīdzinoši mazāks finansējuma īpatsvars (0,91) no kopējā veselības aprūpes finansējuma mājās un rehabilitācijas aprūpes pakalpojumiem salīdzinot ar ES15 vidējo – 1,51⁴⁶.

Šobrīd veselības aprūpes mājās pakalpojumu nodrošina sertificēta māsa vai ārsta palīgs, to finansējot no valsts budžeta, toties sociālo aprūpi mājās nodrošina pašvaldību sociālie dienesti un sociālo pakalpojumu sniedzēji, to finansējot no pašvaldības budžeta, pakalpojuma saņēmēja līdzekļiem ar daļēju pašvaldības līdzfinansējumu vai tikai paša pakalpojuma saņēmēja līdzekļiem. Atbilstoši pētījumā īstenotās sociālo pakalpojumu sniedzēju un pašvaldību sociālo dienestu aptaujas rezultātiem novērojams, ka šobrīd netiek nodrošināti integrēti mājas aprūpes pakalpojumi, savstarpēji sadarbojoties veselības un sociālo pakalpojumu sniedzējiem.



Linšepingā, Zviedrijā mājas aprūpes komandas nodrošina uz pacientu orientētu integrētu aprūpi vecāka gadagājuma cilvēkiem. Komandas sastāv no tādiem speciālistiem kā medmāsas, psihoterapeiti, ergoterapeiti un aprūpētāji. Par aprūpes procesa koordināciju ir atbildīga pašvaldības sociālajā dienestā nodarbināta medmāsa. Izvērtējuma par Zviedrijas mājas aprūpes komandām rezultātā tika konstatēts, ka šādu komandu ieviešanai nepieciešamais finansējums ir līdzvērtīgs ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju (*residential care*) pakalpojumu izmaksām uz pacientu. Papildus konstatēts, ka pacientiem, kuru aprūpē iesaistījās integrētas mājas aprūpes komandas, gultas dienu skaits stacionāros samazinājās par 92%, savukārt pacientu vajadzība pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumiem samazinājās par 80%⁴⁷.

Rekomendācijas:

1. **R32** Ieviest valsts apmaksātu pakalpojumu integrētas aprūpes nodrošināšanai mājās (mobilās aprūpes komandas), kas iekļauj gan veselības, gan sociālo aprūpi un ko nodrošina starpdisciplināra speciālistu komanda, t.sk. māsa, aprūpētājs u.c. speciālisti pēc nepieciešamības (piemēram, fizioterapeits, ergoterapeits, neirologs u.c.), t.sk. izstrādājot šādu pakalpojumu apmaksas kārtību. Šādu pakalpojumu ieviešana paredz:
 - Ģimenes ārsta praksē nodarbinātās māsas un pašvaldības sociālā dienesta sociālā darbinieka abpusēju sadarbību, iniciējot attiecīgi sociālās aprūpes mājās vai veselības aprūpes mājās pakalpojumus (attīstāma e-veselība un SOPA integrācija elektroniskai ārstēšanas un aprūpes plāna datu apmaiņai);
 - Māsas atbildību veselības aprūpes mājās pakalpojuma plānošanā un uzraudzībā, sociālā darbinieka atbildību sociālās rehabilitācijas programmas izstrādē un uzraudzībā, kas veido vienotu pacienta ārstēšanas un aprūpes plānu;
 - Mājas aprūpi primāri veic māsa vai māsas palīgs un aprūpētājs, pēc nepieciešamības piesaistot funkcionālos speciālistus un ārstus speciālistus;
 - Māsas lomu nepieciešamo funkcionālo speciālistu, ārstu speciālistu piesaistē primārās un sekundārās aprūpes sadarbības komandu ietvaros, kā arī aprūpētāju piesaistē, sadarbojoties ar sociālo darbinieku.
2. **R33** Palielināt valsts budžeta finansējuma veselības aprūpei mājās un paliatīvajai aprūpei īpatsvaru no kopējā veselības aprūpes budžeta, kas mazinātu hroniski slimo pacientu un terapeitisko gultu nepieciešamību stacionāros;
3. **R34** Attīstīt mājokļu pielāgošanas pakalpojumus ar mērķi radīt drošu vidi pacientiem, kas saņem integrētus pakalpojumus mājās, piemēram, nodrošinot ārkārtas situācijas pogas ar lokācijas noteikšanas iespējām, kritienu sensorus u.c. nepieciešamo aprīkojumu;
4. Veicināt veselības parametru paškontroles ierīču izmantošanu primārajā aprūpē atbilstoši rekomendācijai R6;
5. **R35** Ieviest jaunus valsts apmaksātus veselības aprūpes mājās pakalpojumus, kā, piemēram, hemodialīze mājās, veselības parametru uzraudzība un kontrole;
6. Izstrādāt pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanas un aprūpes plāna paraugu atbilstoši rekomendācijai R9;
7. Veikt veselības un sociālās aprūpes sniedzēju apmācību par integrētas aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu mājās (skatīt rekomendāciju R61).

⁴⁶ EUROSTAT. 2020. *GDP and main components (output, expenditure and income)*. Ielādēts no: [Eurostat - Data Explorer \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&plugin=1)

⁴⁷ Bennett L., Honeyman M., Bottery S. 2018. *New models of home care*. Ielādēts no: [New-models-of-home-care.pdf \(kingsfund.org.uk\)](https://www.kingsfund.org/publications/new-models-of-home-care)

9.7 Sociālās aprūpes centru klientiem netiek nodrošināta nepieciešamā veselības stāvokļa uzraudzība, kas rezultējas hospitalizācijā

Identificētās problēmas:

1. **P20** Nepietiekamas hronisko slimību saasinājumu profilakses, slimību nelabvēlīgo notikumu profilakses, nepietiekamas augsta riska slimību profilakses un akūtu situāciju novērtēšanas nepilnību rezultātā SAC klientiem novērojami augsti hospitalizācijas rādītāji.

Cēloņi:

1. Kā būtiskākie ilgstošas sociālās aprūpes iestādes klientu hospitalizācijas cēloņi minami:
 - ▶ kritieni, lūzumi, izgulējumi un infekcijas;
 - ▶ nepietiekama hronisku slimību profilakse;
 - ▶ nepietiekama augsta riska slimību profilakse;
 - ▶ akūtu situāciju nediagnosticešana vai kļūdaina diagnostika.
2. Latvijā nav izstrādātas konkrētas rekomendācijas, kā māsa aprūpes procesā novērtēt klienta veselības stāvokļa izmaiņas, kas var rezultēties hospitalizācijā stāvokļa pasliktināšanās dēļ.

Nepietiekamas hronisko slimību saasinājumu profilakses, slimību nelabvēlīgo notikumu profilakses (piem., insults paaugstināta asinsspiediena gadījumā; kritieni un kaulu lūzumi osteoporozes vai galvas reiboņu dēļ; tromboembolija mirdzaritmijas dēļ un tml.) un akūtu situāciju novērtēšanas nepilnību rezultātā SAC klientiem novērojami augsti hospitalizācijas rādītāji.

Pētījuma ietvaros konstatēts, ka lielākā daļa SAC klientu ir sevi aprūpēt nespējīgi, novājināti vecāka gadagājuma cilvēki ar vienu vai vairākām hroniskām slimībām ar kompleksām veselības un sociālās aprūpes vajadzībām, tādēļ ir būtiski SAC nodrošināto pakalpojumu ietvaros īstenot profilakses pasākumus, savlaicīgu diagnostiku un pastāvīgu klienta veselības stāvokļa uzraudzību. Jāņem vērā, ka Latvijā nav izstrādātas konkrētas rekomendācijas, kā māsa aprūpes procesā novērtēt pacienta veselības stāvokli, vitālās funkcijas un veselības stāvokļa pasliktināšanos, kas potenciāli ir viens no iemesliem nepamatotiem NMPD izsaukumiem. Šobrīd arī starptautiski arvien lielāka nozīme tiek piešķirta ilgtermiņa aprūpes sasaistei ar veselības aprūpi, īstenojot būtiskas pārmaiņas vecāka gadagājuma cilvēku aprūpes nodrošināšanā ilgtermiņa aprūpes iestādēs, tām uzņemoties lielāku aprūpes pakalpojumu apjomu, kas līdz šim ticis nodrošināts slimnīcās. Līdz ar to, ir pieaudzis pieprasījums pēc tā, lai ilgtermiņa aprūpes iestādes, tostarp SAC, nodrošinātu aprūpi vecāka gadagājuma klientiem ar sarežģītiem veselības stāvokļiem un paaugstinātu nepieciešamību pēc speciālistu iesaistes aprūpes procesā. SAC pakalpojumu pieprasījuma kontekstā nepieciešams ņemt vērā arī, ka šobrīd 58% cilvēku vecumā virs 65 gadiem ir divas vai vairāk hroniskas slimības un daudzās OECD valstīs šis rādītājs pārsniedz 70%⁴⁸.

2020.gadā Veselības Inspekcijas un Labklājības ministrijas īstenotajā integrētajā pārbaudē par SAC klientiem nodrošināto pakalpojumu kvalitāti⁴⁹ konstatētas vairākas nepilnības, kas norāda uz nepietiekamu sasaisti ar veselības aprūpes jomu. Pārbaudē identificēti vairāki augsti riski SAC darbībā, kas saistīti ar zāļu aprites procesa nepilnībām, kurā netiek pietiekami identificēta potenciālā izrakstīto zāļu mijiedarbība, medicīniskajiem izrakstiem, nepietiekamu kompetenci identificēt augsta riska pacientus ar akūtām un hroniskām slimībām, kā arī nepietiekamu kompetenci identificēt, kad pacientam nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība.

Kā īpaši būtisks uzsverams risks, kas saistīts ar medicīniskajiem izrakstiem - kad klients tiek uzņemts SAC, personālam veselības aprūpes nodrošināšanai ir nepieciešams ģimenes ārsta izraksts no ambulatorās kartes (forma O27/u), kurā ietverts nozīmīgāko slimību/operāciju apkopojums, un medikamentiem, kā arī to devām, kurus klients saņem un lieto. Ņemot vērā, ka šobrīd normatīvie akti neparedz kā obligātu šādu ierakstu veikšanu, SAC darbiniekiem pašiem nepieciešams iesaistīties tās iegūšanā. Kopumā vērojama zema ģimenes ārsta motivācija uzraudzīt SAC klientus, kas skaidrojama gan ar SAC klientiem raksturīgajām vairākām hroniskām slimībām, kas prasa paaugstinātu uzmanību, kā arī to, ka SAC klientus ģimenes ārsti apmeklē ārpus sava darba laika un par to nesaņem samaksu.

Novērojams, ka liela daļa SAC veselības procesu pārvaldību nav identificējuši kā būtisku savas darbības sastāvdaļu un tikai 36 no 184 ārstniecību iestāžu reģistrā iekļautajos SAC ir izveidoti veselības punkti, līdz ar to normatīvais regulējums pacientu drošībai un ārstniecības kvalitātei šobrīd nevar tikt attiecināts uz pārējiem, un tajās nav obligāta sertificētu māsu nodarbināšana.

Rekomendācijas:

1. **R36** Pilnveidot SAC nodrošinātos veselības aprūpes pakalpojumus:
 - Izstrādāt personālam viegli uztveramus vienotus rīcības algoritmus augsta riska (t.sk. hroniski slimi) klientu aprūpei, piemēram, insulta pazīmju atpazīšanai, vitālo rādītāju mērījumu veikšanai, pirmās palīdzības sniegšanai dažādās situācijās, izgulējumu profilaksei;
 - Veikt grozījumus ģimenes ārsta darba apmaksas kārtībā paredzot, ka pieņemšanas SAC tiek apmaksātas no valsts budžeta finansējuma kā mājas vizītes;

⁴⁸ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2020. *Health Working Paper No. 121. The Economics of Patient Safety Part III: Long-Term Care*. Ielādēts no: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.html>

⁴⁹ Veselības Inspekcija un Labklājības ministrija. 2021. *2020.gada tematiskās pārbaudes „Par sociālās aprūpes institūcijās klientiem nodrošinātās aprūpes kvalitāti” kopziņojums*. Ielādēts no: kopziņojums-par-sac-nodrosinatas-apruses-riskiem_vi_lm_2020.pdf

- Nodrošināt aprūpi SAC atbilstoši individuālajam aprūpes plānam tostarp īstenojot tajā paredzētos profilaktiskos pasākumus un nodrošinot pareizu medikamentu dozēšanu, lietošanu un novēršot potenciālos mijiedarbības riskus;
- Mērķtiecīgi īstenot riskus mazinošus pasākumus augsta riska pacientiem, piemēram, regulārus asinsspiediena vai cukura līmeņa asinīs mērījumus;
- Īstenot SAC nodarbinātajām māsām un aprūpētājiem apmācības par specifiskiem augsta riska slimību simptomiem, kā arī cita personāla iesaisti klientu aprūpē.

9.8 Sociālo pakalpojumu klientiem netiek nodrošināta nepieciešamā veselības stāvokļa uzraudzība, kas rezultējas hospitalizācijā

Identificētās problēmas:

1. **P21** Netiek nodrošināta pietiekami detalizēta sociālās aprūpes pakalpojumu klientu/pacientu ar hroniskām slimībām veselības stāvokļa uzraudzība, kā rezultātā veselības stāvokļa pasliktināšanās dēļ sociālās aprūpes pakalpojumu klienti nonāk stacionārā;
2. **P22** Sociālās aprūpes pakalpojumu klientiem (t.sk. personām ar funkcionēšanas traucējumiem, garīga rakstura traucējumiem) nepieciešama starpdisciplināra aprūpe, kas iekļauj gan veselības, gan sociālo aprūpi, taču šāda integrēta aprūpe šobrīd netiek nodrošināta;

Cēloņi:

1. Ģimenes ārsti nesniedz pacientiem pietiekami detalizētu informāciju par iespējām saņemt atbalstu sociālajā dienestā un pieejamajiem sociālās aprūpes pakalpojumiem;
2. Sociālo pakalpojumu sniedzējiem un sociālajiem dienestiem nav pieejama pietiekama informācija par pacientu veselības stāvokli un lielākajā daļā gadījumu, piešķirot sociālos pakalpojumus vai sociālo palīdzību, netiek apkopota informācija par personu hroniskajām slimībām;
3. Nav skaidrs atbildību sadalījums starp ārstniecības iestādēm/speciālistiem un sociālo pakalpojumu sniedzējiem sociālā aprūpē esoša hroniski slima pacienta dzīves kvalitātes saglabāšanā;
4. Ģimenes ārsti un ārsti speciālisti izrakstos nenorāda rekomendācijas veselības aprūpes nodrošināšanai, t.sk. kādus veselības aprūpes pakalpojumus un medikamentus personai ir jānodrošina;
5. Netiek izstrādāti integrēti hroniski slimu pacientu ārstniecības un aprūpes plāni, kas noteiktu secīgi veicamās ārstniecības un sociālās aprūpes darbības;
6. Sociālo pakalpojumu sniedzējiem nav pieejami dati par personas veselības stāvokli (hroniskām diagnozēm) un funkcionēšanas spējām, kā arī saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Neskatoties uz sociālās aprūpes pakalpojumu klientu vajadzībām pēc pakalpojumiem, kas iekļauj gan sociālo, gan veselības aprūpi, netiek nodrošināta pietiekama sociālās aprūpes pakalpojumu klientu/pacientu ar hroniskām slimībām veselības stāvokļa uzraudzība, kā rezultātā veselības stāvokļa pasliktināšanās dēļ tie nonāk stacionārā.

Interviju un fokusa grupu ietvaros ar pašvaldību sociālo dienestu un sociālo pakalpojumu sniedzēju pārstāvjiem konstatēts, ka sociālo pakalpojumu klienti visbiežāk ir pacienti ar vienu vai vairākām hroniskām slimībām, kas liecina par nepieciešamību pēc integrētiem veselības un sociālās aprūpes pakalpojumiem, kas iekļauj hronisko slimību saasinājumu profilaksi, savlaicīgu saasinājuma pazīmju atpazīšanu un pastāvīgu veselības stāvokļa uzraudzību.

Detalizētas ar pacienta veselības stāvokli saistītas informācijas apmaiņas trūkuma dēļ starp ģimenes ārstiem un pašvaldību sociālajiem dienestiem, kā arī starp ārstniecības iestādēm un pašvaldību sociālajiem dienestiem sociālās aprūpes pakalpojumu klienti nesaņem vajadzībām atbilstošus veselības aprūpes pakalpojumus. Lai gan ģimenes ārstu sagatavoto medicīnisko dokumentu veidlapās, kas iesniedzamas pašvaldību sociālajiem dienestiem sociālo pakalpojumu saņemšanai, ir iespēja norādīt informāciju, piemēram, par funkcionēšanas traucējumiem, akūtām infekcijām, rekomendācijām aprūpei un profilaksei, sociālo pakalpojumu sniedzēji un sociālie dienesti norāda, ka bieži sniegtā informācija par pacientu veselības stāvokli ir nepilnīga, piemēram, iztrūkst informācija par nepieciešamo tālāko ārstēšanas un aprūpes plānu un medikamentu lietošanu (fokusa grupas un intervijas, sociālo pakalpojumu sniedzēju un pašvaldību sociālo dienestu aptauja). Turklāt minētās veidlapas tiek sagatavotas papīra formā un netiek nodrošināta elektroniska datu apmaiņa starp veselības aprūpes sistēmā un pašvaldību sociālajos dienestos izmantotajām informācijas sistēmām.

Atbilstoši ārstniecības iestāžu aptaujas datiem, sadarbība ar pakalpojumu sniedzējiem ārpus veselības aprūpes sistēmas kopumā novērtēta ar 33,58% izpildi, kas parāda, ka ārstniecības iestādes un speciālisti sadarbojas ar sociālo pakalpojumu sniedzējiem un pašvaldībām atsevišķos gadījumos, bet ne sistēmiski. Praktiski nepastāv vienotas aprūpes vadlīnijas, kuras tiktu ievērotas gan veselības, gan sociālajā jomā.

Pētījuma ietvaros konstatēts, ka sociālās aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumu organizācija nav vērsta uz personas ar sociālām un veselības problēmām visaptverošu vajadzību apmierināšanu, kas lielā mērā skaidrojams ar vēsturiski nodalītām sociālās un veselības aprūpes jomām ar savu budžetu un atbildīgo valsts institūciju, kā arī sadarbības starp abu minēto jomu pakalpojumu sniedzējiem trūkumu. Minētais novērojums skaidri iezīmē problemātiku, kas saistīta ar vienota ārstēšanas un aprūpes plāna, kas iekļauj gan personas veselības aprūpes, gan sociālās aprūpes ietvaros veicamās aktivitātes, lai saglabātu vai uzlabotu personas dzīves kvalitāti kopumā.

Papildus faktors, kas kavē savstarpēju veselības un sociālās jomas integrāciju ir tas, ka šajās jomās nav ieviesti vienoti klasifikatori. Sociālo pakalpojumu jomā nav ieviesta SSK-10, toties veselības jomā – Pasaules Veselības Organizācijas Invaliditātes Novērtēšanas saraksts (WHODAS) un Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija (SFK). Jāņem vērā fakts, ka SSK-10 un SFK ir savstarpēji papildinošas un to lietotāji tiek mudināti izmantot šīs klasifikācijas kopīgi⁵⁰, kas ir būtisks priekšnoteikums pakalpojumu pēctecības nodrošināšanā, lai, piemēram, pacientiem ar noteiktu diagnozi (SSK-10) un konstatētiem funkcionēšanas spēju traucējumiem (SFK) varētu noteikt atbilstošu invaliditātes grupu un atbilstoši plānotu personas vajadzībām atbilstošus pakalpojumus.

⁵⁰ World Health Organization (WHO). 2003. *Starptautiskā Funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija*.

Rekomendācijas:

1. **R37** Ieviest valsts apmaksātu pakalpojumu, izstrādājot šāda pakalpojuma apmaksas kārtību, integrētas veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai klientiem, ko nodrošina starpdisciplināra speciālistu komanda, t.sk. māsa, aprūpētājs u.c. speciālisti pēc nepieciešamības (piemēram, fizioterapeits, ergoterapeits, neirologs u.c.). Integrēta veselības un sociālās aprūpes pakalpojuma ieviešana paredz:
 - Pašvaldības sociālā dienesta aprūpes koordinatora lomu un sadarbību ar ģimenes ārstu veselības un sociālās aprūpes pakalpojuma nodrošināšanā klientiem (attīstāma e-veselība un SOPA integrācija elektroniskai ārstēšanas un aprūpes plāna datu apmaiņai);
 - Ģimenes ārsta lomu nepieciešamo funkcionālo speciālistu, ārstu speciālistu piesaistē primārās un sekundārās aprūpes sadarbības komandu ietvaros, sadarbojoties ar pašvaldības sociālā dienesta aprūpes koordinatoru.
2. **R38** Nodefinēt jaunu sociālo pakalpojumu saņēmēju mērķa grupu – personas ar hroniskām slimībām - un nodrošināt, ka sociālajā dienestā ir speciālisti, kas strādā tieši ar šo mērķa grupu un kam ir zināšanas par hronisku slimību ārstēšanu un to profilaksi;
3. **R39** Izstrādāt vadlīnijas veselības aprūpes un sociālās palīdzības sniegšanas modeļiem par darbu ar personām ar hroniskām slimībām, kuras iekļauj nosacījumus, kas katrai institūcijai jānodrošina, lai īstenotu integrētu pieeju atbalsta nodrošināšanā personām ar hroniskām slimībām. Ģimenes ārstiem skaidrot sociālā dienesta funkcijas un sociālās aprūpes un rehabilitācijas būtību;
4. **R40** Atbilstoši Eiropas valstu pieredzei, izveidot vienotu sistēmu valstī atbalsta sniegšanā bērniem ar funkcionēšanas traucējumiem, lai starp visām procesā iesaistītajām pusēm veidotos starpinstitucionālā sadarbība informācijas identificēšanā un tās nodošanā iesaistītajām institūcijām. Piemēram, ģimenes ārsts informē bērna vecāku par iespējām saņemt atbalstu sociālajā dienestā un informē sociālo dienestu par šīs ģimenes vajadzībām;
5. **R41** Saņemot sociālos pakalpojumus, nodrošināt prioritāri pieejamus medicīniskos pakalpojumus. Hroniski slimu pacientu aprūpē būtisks ne tikai noteiktais minimālais sociālo pakalpojumu apjoms, bet gan tāds pakalpojumu apjoms, kāds personai nepieciešams atbilstoši viņa vajadzībām;
6. Izstrādāt pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanas un aprūpes plāna paraugu atbilstoši R9 rekomendācijai;
7. Veikt ārstniecības un aprūpes speciālistu apmācību par integrētas aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu (skat. rekomendāciju R61);
8. Definēt mērķus un iznākuma rādītājus katras hroniskas slimības ārstēšanā atbilstoši rekomendācijā R8 piedāvātajam;
9. Ieviest integrētu hroniski slimu pacientu ārstēšanas un aprūpes pārvaldības modeli, atbilstoši rekomendācijā R17 piedāvātajam;
10. Izstrādāt elektronisko veselības ierakstu sistēmu atbilstoši rekomendācijai R13;
11. **R42** Ieviest vienotus klasifikatorus hroniskas slimības un pacienta funkcionēšanas spēju uzskaitēi. WHODAS klasifikācija var tikt izmantota, nosakot personas invaliditāti, tādēļ tās ieviešana ir secīgs nākamais solis, lai personai, kurai ar SSK-10 un SFK konstatētas funkcionēšanas problēmas, varētu noteikt atbilstošu invaliditātes grupu;
12. **R43** Katrā pašvaldības sociālajā dienestā ieviest hroniski slimu pacientu aprūpes centru, t.sk. paredzot:
 - centra funkcijas – veselības un sociālās aprūpes koordinēšana (t.sk. transporta pakalpojumu organizēšana uz/no ārstniecības iestādēm), pacientu pieredzes apmaiņa, pacientu tuvinieku atbalsta grupu un apmācību pasākumu organizēšana u.c.
 - aprūpes koordinatora lomas ieviešanu pašvaldībā (informācijas aprites starp pacientu, ģimenes ārsta praksi, un sociālo pakalpojumu sniedzējiem un veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu koordinēšana)
 - atbilstošas telpas centra darbībai.
13. Noteikt starpdisciplinārās komandas sastāvā ietilpstošo speciālistu lomas un atbildības integrēta pakalpojuma nodrošināšanā atbilstoši rekomendācijai R29;
14. Piesaistīt pašvaldību sociālajos dienestos atbilstošas kompetences speciālistus hroniski slimu pacientu veselības un sociālās aprūpes organizēšanai (skat. rekomendāciju R60);
15. Veikt speciālistu, kas nodarbošies ar hroniski slimu pacientu aprūpes organizēšanu un koordinēšanu pašvaldībā, apmācību (skat. rekomendāciju R61)

9.9 Hroniski slimu pacientu ar smagu veselības pakāpi un nedziedināmi slimu pacientu aprūpe rada lielu slogu pacientu tuviniekiem, ģimenes ārstiem un stacionāriem

Identificētās problēmas:

1. **P23** Latvijā trūkst paliatīvās un hospisa aprūpes pakalpojumi nedziedināmi slimiem pacientiem, kā rezultātā slimību saasinājuma gadījumos pacienti nonāk stacionārā;
2. **P24** Stacionārajās ārstniecības iestādēs uz paliatīvās aprūpes pakalpojumiem veidojas rindas (jo īpaši reģionos);
3. **P25** Hroniski slimiem pacientiem ar smagu veselības stāvokli un funkcionēšanas traucējumiem nepieciešama starpdisciplināra aprūpe, kas iekļauj gan veselības, gan sociālo aprūpi, taču šāda integrēta aprūpe šobrīd netiek nodrošināta;
4. **P26** Paliatīvā aprūpē esošie hroniski slimie pacienti (pieaugušie) un viņu tuvinieki nesāņem nepieciešamo psiholoģisko, sociālo un garīgo atbalstu;
5. **P27** Pacienti ar hroniskām slimībām ilgstoši uzturas stacionārā, lai saņemtu aprūpes pakalpojumus, kas neatbilst stacionāros sniedzamo pakalpojumu profilam.

Cēloņi:

1. Nepietiekams valsts apmaksāto paliatīvās aprūpes pakalpojumu skaits (īpaši reģionos) – gan stacionāros, gan dienas stacionāros un mājās;
2. Latvijā netiek nodrošināta valsts apmaksāta hospisa aprūpe, kas iekļautu gan veselības, gan sociālo aprūpi;
3. Nepietiekams psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu nodrošinājums personām ar smagām hronisku slimību izpausmēm un viņu tuviniekiem;
4. Nepietiekams atelpas brīža pakalpojumu skaits hroniski slimu pacientu (pieaugušo) tuviniekiem;
5. Netiek izstrādāti integrēti hroniski slimu pacientu ārstniecības un aprūpes plāni, kas noteiktu secīgi veicamās ārstniecības un sociālās aprūpes darbības.

Pieaugot pacientu ar hroniskām slimībām skaitam, pieaug arī nepieciešamība pēc paliatīvās aprūpes un hospisa aprūpes pakalpojumiem. Pētījuma ietvaros analizēts minēto pakalpojumu nodrošinājums un secināts, ka nepietiekama pakalpojumu nodrošinājuma dēļ slogs hroniski slimu un nedziedināmi slimu pacientu aprūpē gultas uz pacienta tuviniekiem, ģimenes ārstiem un stacionāriem⁵¹.

Šobrīd paliatīvās aprūpes pakalpojumus var saņemt:

- Ambulatori – primārajā aprūpes līmenī (ģimenes ārsta mājas vizītes, ģimenes ārsta konsultācijas, veselības aprūpes pakalpojumi mājās) un sekundārajā līmenī (speciālistu konsultācijas, paliatīvās aprūpes un hronisku sāpju kabinetos, dienas stacionārā, stacionārā hronisko pacientu un aprūpes gultās);
- Stacionāri – stacionārā paliatīvajās nodaļās un terciārā līmeņa gultās.

2019.gadā Latvijā ģimenes ārstu praksē nodrošinātu paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņēmuši 21 813 unikālie pacienti, paliatīvo aprūpi mājās aprūpes ietvaros – 387 unikālie pacienti, dienas stacionārā – 61 unikālais pacients, savukārt stacionārā – 2054 unikālie pacienti.

Analizējot faktisko vidējo paliatīvās aprūpes gultu skaitu Latvijā 2019. gadā (137 gultas vietas jeb 71,36 gultas uz 1 000 000 iedzīvotājiem)⁵², konstatēts, ka saskaņā ar EAPC tas ir optimāls – uz 1 000 000 iedzīvotājiem ir nepieciešamas vismaz 50 paliatīvās aprūpes gultas, bet vēlamas 80 -100 paliatīvās aprūpes un hospisa gultas⁵³. Lai gan minimālais paliatīvās aprūpes gultas vietu skaits Latvijā ir nodrošināts, uz pakalpojuma saņemšanu stacionāros regulāri veidojas pacientu rindas (īpaši Latvijas reģionos)⁵⁴, kas varētu būt skaidrojams gan ar Latvijai raksturīgo augsto hronisku slimību un dažādu riska faktoru izplatību, gan valsts apmaksātu paliatīvās aprūpes pakalpojumu trūkumu ārpus stacionāra – primārās aprūpes līmenī un dienas stacionāros. Pētījuma ietvaros īstenotās cilvēkresursu analīzes dati liecina, ka vērojams arī paliatīvās aprūpes speciālistu trūkums visā Latvijas teritorijā⁵⁵.

Pētījumā par paliatīvās aprūpes nodrošinājumu Latvijā kā vislielākās barjeras paliatīvās aprūpes saņemšanai tika norādītas: pakalpojumu nepieejamība, ilgi gaidīšanas laiki un informācijas trūkums⁵⁶, tomēr pacienti kā vismazāk pieejamus vērtē tādus paliatīvās aprūpes pakalpojumus kā psiholoģisks atbalsts, sāpju un simptomu mazināšana (algoloģija) un paliatīvās aprūpes speciālistu konsultācijas, kas palīdzētu atslogot ģimenes un citus piederīgos no smagas atbildības un spēku prasošas aprūpes pienākumu veikšanas. Paliatīvās aprūpes pilnveides kontekstā jāņem vērā, ka LM sadarbībā ar VM līdz 2027.gadam ir iepļānojusi ES struktūrfondu finansējumu paliatīvās aprūpes attīstībai.

Valsts apmaksātus paliatīvās aprūpes pakalpojumus bērniem nodrošina BKUS un Liepājas RS izveidotie paliatīvās aprūpes kabineti – sadarbībā ar Bērnu paliatīvās aprūpes biedrību. Katrā bērnu paliatīvās aprūpes kabinetā, atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas rekomendācijām un

⁵¹ Veselības ministrija (VM). 2020. Konceptuālais ziņojums "Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā"

⁵² Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC). 2019. Stacionāra gultu fonda izmantošanas kopsavilkums pa profiliem. Ielādēts no:

https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health_Veselibas%20aprue/StacionaraMediciniskaPalidziba/STAC050_Gultu_fonds_kopsavilkums.px/

⁵³ EAPC. 2009. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care

⁵⁴ Veselības ministrija (VM). 2020. Konceptuālais ziņojums "Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā"

⁵⁵ Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC). N.d. Ārstu skaits pa specialitātēm. Ielādēts no: [RES010. Ārstu skaits pa specialitātēm. PxWeb \(spkc.gov.lv\)](https://res010.arsu.skais.pa.specialitatem.pxweb(spkc.gov.lv))

⁵⁶ Strautmane, B.; Behmane, D.; Ludviga, I. 2019. Palliative care in Latvia: Availability and the role of the family doctor

Latvijā Bērnu paliatīvās aprūpes biedrības izstrādātajām Bērnu paliatīvās aprūpes klīniskās vadlīnijām, pakalpojumus sniedz mobilā starpdisciplinārā bērnu paliatīvās aprūpes komanda (ārsti, medicīnas māsas, kapelāni, sociālie darbinieki ārstniecības vidē, psihologi un psihoterapeiti). Komandas nodrošina starpdisciplināru atbalstu paliatīvajā aprūpē esošiem bērniem un viņu ģimenēm gan ambulatori, gan pacientu dzīvesvietā. Komandā iekļauto ārstniecības personu darbs tiek apmaksāts no veselības aprūpes budžeta, bet komandas kapelāna un sociālā darbinieka sniegtais psihosociālās rehabilitācijas pakalpojums no 2018. gada 2. janvāra tiek nodrošināts no Labklājības ministrijas administrētajiem valsts budžeta līdzekļiem. Atelpas brīža pakalpojumi ģimenēm ar paliatīvā aprūpē esošiem bērniem Rīgā tiek nodrošināti BKUS novietnē "Gailezers", bet Liepājā tos nodrošina biedrība "Dižvanagi". Taču šāds pakalpojumu apjoms nav pietiekams un būtu attīstāms.

Latvijā šobrīd netiek nodrošināts valsts apmaksāts hospisa aprūpes pakalpojums, kā rezultātā slogs hroniski slimu un nedziedināmi slimu pacientu aprūpē gultas uz pacienta tuviniekiem, ģimenes ārstiem un stacionāriem.

Hroniski slimiem pacientiem ar smagu veselības stāvokli un funkcionēšanas traucējumiem nepieciešama starpdisciplināru komandu iesaiste hospisa aprūpes pakalpojuma nodrošināšanā, kas ietver gan veselības, gan sociālo aprūpi vienlaikus (fokusa grupas un intervijas). Atbilstoši starptautiskajai praksei, stacionārās hospisa aprūpes komandai būtu jāietver medmāsas (vēlams vismaz 1,2 medmāsas uz gultasvietu), speciālistu, kas ir apmācīts paliatīvajā aprūpē, psihosociālās un garīgās aprūpes speciālistus, kā arī nepieciešamības gadījumā komandai jābūt iespējai piesaistīt citus speciālistus - fizioterapeitus, dietologus, runas terapeitus, sociālos darbiniekus, brīvprātīgos u.c.^{57,58}. Ģimenes ārsta loma hospisa aprūpes mājās nodrošināšanā ir starpdisciplināras komandas darba vadīšana, aprūpes plānošana atbilstoši pacienta vajadzībām, komunikācija ar pacienta tuviniekiem par pacienta veselības stāvokli un turpmāko aprūpi. Pacienta aprūpē nepieciešams māsas 24 stundu atbalsts 7 dienas nedēļā (arī attālināti), māsas regulāras vizītes, kuru laikā novērtēts pacienta veselības stāvoklis, veikta sāpju vai citu simptomu mazināšana u.c. Māsas loma hospisa aprūpē mājās ietver komunikāciju ar starpdisciplinārā komandā iesaistītajiem speciālistiem, kā arī ar pacienta tuviniekiem.

Identificēts, ka paliatīvās un hospisa aprūpes pakalpojumu ietvaros būtiski samazinās pieejamo pakalpojumu apjoms pacientiem, kas sasnieguši 18 gadu vecumu, trūkst operatīva tehnisko palīgīdzekļu nodrošināšana paliatīvās aprūpes sniegšanai mājās, kā arī ir nepietiekams diennakts pakalpojuma nodrošinājums.



Viens no centrālajiem Pētījumā piedāvātajiem integrētas uz pacientu orientētas aprūpes modeļa ieviešanas elementiem ir aprūpes koordinators lomas ieviešana, tostarp pašvaldībās. Kā praktisks piemērs šādas lomas un tostarp arī integrētas aprūpes modeļa elementa ieviešanai skatāms Apvienotajā Karalistē īstenots projekts "Dzīvot labi" (*no angļu val. Living Well*), kura galvenais mērķis ir uzlabot vecāka gadagājuma pacientu ar vairākām ilgstošām hroniskām slimībām profilaksi un dzīves kvalitāti, sniedzot atbalstu ikdienas dzīvē, kas lielākoties tiek nodrošināts ar brīvprātīgo palīdzību. Pacienti saņem atbalstu ar mērķi dibināt sociālos tīklus, iesaistīties dažādās fiziskās un sociālās aktivitātēs un uzlabot savu veselības stāvokli. Projekta ietvaros pacienti tiek nodrošināti ar praktiskiem atbalsta un koordinācijas pasākumiem, lai uzlabotu viņu pašapziņu un pašpalīdzību, kas rezultējas samazinātos sociālās aprūpes izdevumos. Apkopojot 325 projektā iesaistīto pacientu rezultātus, konstatēts, ka par 27% samazināta nepieciešamība pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības, par 32% samazināts novēršamo hospitalizāciju skaits un par 8% samazinātas sociālās aprūpes izmaksas. Lai ieviestu līdzīga veida projektus, ir aplēsts, ka 800 pacientu atbalstam ir nepieciešami aptuveni 67 brīvprātīgie un 12 programmas koordinatori. Pēc tam, kad programma tika ieviesta, tā vidēji gadā izmaksāja 468 eiro (400 Lielbritānijas mārciņas) par katru pacientu, taču nepieciešams ņemt vērā, ka finansējums jāparedz arī, lai īstenotu brīvprātīgo un programmas koordinatoru piesaistes procesu⁵⁹



Nīderlandē pacienti ar demenci tiek uzskatīti par daļu no vārgiem vecāka gadagājuma pacientiem. Kopumā Nīderlandē ir ieviesti 62 demences aprūpes tīkli un katram no tiem ir piesaistīta starpdisciplināra komanda, kas sastāv no garīgās veselības speciālistiem, ģimenes ārsta un citiem ārstiem speciālistiem. Aprūpes tīklus pārvalda un finansē apdrošināšanas kompānijas. Nīderlandes stratēģija demences pacientu aprūpei ir balstīta trīs pilāros: profilakse; veselības aprūpes uzlabošana un demences pacientiem draudzīgas sabiedrības izveidošana. Tā galvenokārt centrējās uz to, kā sadzīvot ar demenci, nevis pašas slimības izpēti. Lai uzlabotu demences pacientu aprūpi, valstī ir izstrādāts Demences pacientu aprūpes kvalitātes standarts, kurā ir noteikts, kur un kā nepieciešams īstenot veselības aprūpi, kā arī ārstēšanas, aprūpes un atbalsta sniegšanas priekšnoteikumi. Aprūpes sniegšana saskaņā ar izstrādāto standartu Nīderlandē notiek atbilstoši individualizētam pacienta aprūpes plānam, kurā integrēts pacienta ikdienas aktivitāšu plānojums, kas izstrādāts, sadarbojoties ar pacientu. Šāda individualizēta aprūpes plāna īstenošanas priekšnoteikums ir centrālās koordinējošās lomas noteikšana, kas nodrošina pacienta ceļu cauri dažādiem ārstēšanas un aprūpes procesiem un posmiem, kā arī integrēts aprūpes plāns, kurā ietvertas pacientu vajadzības un sasniedzamie rezultāti.

⁵⁷ EAPC. 2009. *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care*

⁵⁸ Nemeth, C.; Rottenhofer, I. 2004. *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen*

⁵⁹ Care Institute for Excellence (SCIE). 2017. *Total transformation of care and support. Ielādēts no: [Total transformation of care and support \(scie.org.uk\)](https://www.scie.org.uk)*

Rekomendācijas:

1. **R44** Attīstīt slimnīcu sadarbību slimnīcu sadarbības teritoriju ietvaros, kā arī reģionālo slimnīcu sadarbību ar terciārā līmeņa slimnīcām (t.sk. universitāšu un specializētajām slimnīcām) ar mērķi novirzīt hroniski slimo pacientu plūsmu no augstāka līmeņa slimnīcu uz zemāku līmeni pēc akūtās epizodes;
2. **R45** Veikt ieguldījumus valsts apmaksātu paliatīvās aprūpes pakalpojumu skaita palielināšanā, attīstot šādus paliatīvās aprūpes pakalpojumus:
 - Paliatīvā aprūpe primārās aprūpes līmenī – nodrošinot pakalpojumus, kas iekļauj sāpju un simptomu mazināšanu, depresijas un trauksmes mazināšanu, konsultācijas par ārstēšanas prognozēm, mērķi, sagaidāmajiem simptomiem u.c. Pakalpojumus jānodrošina ģimenes ārstu praksēm, paredzot ģimenes ārsta un māsas lomu paliatīvās aprūpes pakalpojumu sniegšanā, t.sk. sniedzot paliatīvās aprūpes pakalpojumus:
 - klātienē ģimenes ārstu praksēs;
 - attālinātu konsultāciju veidā, izmantojot telemedicīnas risinājumus;
 - pacienta dzīves vietā (t.sk. ilgtermiņa sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā).
 - Specializētā paliatīvā aprūpe, nodrošinot pakalpojumus, kas iekļauj grūti paciešamu sāpju vai citu simptomu mazināšanu, sarežģītāku depresijas, trauksmes, skumju un eksistenciālo ciešanu mazināšanu, konsultācijas par ārstēšanas mērķiem, starpdisciplināru ārstēšanas pieeju u.c. Specializētās paliatīvās aprūpes pakalpojumi jāparedz:
 - Dienas stacionāros, kur pakalpojumus sniedz starpdisciplināra veselības un sociālās aprūpes komanda (t.sk. ārsti speciālisti (atkarībā no pacienta diagnozes), medicīnas māsas, māsu palīgi, sociālie darbinieki, psihoterapeiti un kapelāni u.c.)
 - Stacionāros – primāri koncentrējot paliatīvās aprūpes stacionāros pakalpojumus I un II līmeņa stacionārajās ārstniecības iestādēs, sarežģītu un smagu hroniskas slimības izpausmju gadījumos paredzot terciārā līmeņa paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamību V līmeņa stacionārajās ārstniecības iestādēs.

Papildus nepieciešams attīstīt arī mobilo paliatīvās aprūpes komandu pakalpojumus, kas sniedz starpdisciplinārus paliatīvās aprūpes pakalpojumus pacienta dzīves vietā. Saskaņā ar starptautisko praksi, lielākais paliatīvās aprūpes pakalpojumu īpatsvars nodrošināms primārās aprūpes līmenī, attiecīgi mazāko pakalpojumu īpatsvaru paredzot stacionārās aprūpes līmenī⁶⁰;

3. **R46** Attīstīt atelpas brīža pakalpojumus hroniski slimu pacientu (pieaugušo) tuviniekiem pacienta dzīvesvietā, nodrošinot ārstu speciālistu (atbilstoši pacienta diagnozei), medicīnas māsu, ergoterapeitu, dietologu, fizioterapeitu, sociālo aprūpētāju, kapelānu un brīvprātīgo darbinieku iesaisti pakalpojumu sniegšanā paliatīvajā aprūpē esošiem pacientiem;
4. **R47** Veikt ieguldījumus jauna valsts apmaksāta pakalpojuma – hospisa aprūpes – attīstībai Rīgā un reģionos, attīstot šādus hospisa aprūpes pakalpojumus:
 - Hospisa aprūpe mājās (t.sk. ilgtermiņa sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā) – nodrošinot pakalpojumus, kas iekļauj sāpju un simptomu mazināšanu, depresijas un trauksmes mazināšanu, psihosociālo un garīgo atbalstu. Pakalpojumus jānodrošina ģimenes ārstu praksēm, paredzot ģimenes ārsta un māsas lomu hospisa aprūpes pakalpojumu sniegšanā.
 - Specializētā hospisa aprūpe, nodrošinot pakalpojumus, kas iekļauj grūti paciešamu sāpju vai citu simptomu mazināšanu, sarežģītāku depresijas, trauksmes, skumju un eksistenciālo ciešanu mazināšanu, psihosociālo un garīgo atbalstu. Specializētās hospisa aprūpes pakalpojumi jāparedz:
 - Dienas stacionāros, kur pakalpojumus sniedz starpdisciplināra veselības un sociālās aprūpes komanda (t.sk. ārsti speciālisti (atkarībā no pacienta diagnozes), paliatīvās aprūpes speciālists, medicīnas māsas, māsu palīgi, sociālie darbinieki, psihoterapeiti un kapelāni u.c.)
 - Stacionāros – koncentrējot hospisa aprūpes pakalpojumus I un II līmeņa stacionārajās ārstniecības iestādēs.

Papildus nepieciešams attīstīt arī mobilo hospisa aprūpes komandu pakalpojumus, kas sniedz starpdisciplinārus hospisa aprūpes pakalpojumus pacienta dzīves vietā. Iesaistīt brīvprātīgos hospisa aprūpes nodrošināšanā nedziedināmi slimiem pacientiem (saskaņā ar starptautisko praksi 800 pacientu vajadzību nodrošināšanai nepieciešami 60 brīvprātīgie un 12 programmas koordinatori⁶¹). Saskaņā ar starptautisko praksi, lielākais hospisa aprūpes pakalpojumu īpatsvars nodrošināms pacientu dzīves vietā, attiecīgi mazāko pakalpojumu īpatsvaru paredzot stacionārās aprūpes līmenī;

⁶⁰ Gómez-Batiste X., Novellas J., Iasmarias C. 2019. *Development of Palliative Care: Past, Present, and Future*. Ielādēts no: https://www.researchgate.net/publication/332384493_Development_of_Palliative_Care_Past_Present_and_Future

⁶¹ Care Institute for Excellence (SCIE). 2017. *Total transformation of care and support*. Ielādēts no: [Total transformation of care and support \(scie.org.uk\)](https://www.scie.org.uk)

5. **R48** Palielināt valsts apmaksātu psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu skaitu personām ar smagām hronisku slimību izpausmēm un viņu tuviniekiem (pa dažādām hronisku slimību diagnozēm, pacientiem dažādos vecumos, ar tuvinieku iesaisti programmā vai bez), kuru ietvaros tiek nodrošinātas:

- Ārstu speciālistu lekcijas par ar konkrēto diagnozi saistītām tēmām, uzturu, pašaprūpi u.c.;
- Grupu un individuālās nodarbības psihologu, psihoterapeitu, mākslas terapeitu un sociālo darbinieku vadībā;
- Savstarpējais atbalsts – pacientu organizāciju iesaiste;
- Fiziskās aktivitātes (atkarībā no konkrētās programmas) – fizioterapija u.c. aktivitātes.

Šādu programmu īstenošanā nepieciešams iesaistīt psihoterapeitus, psihologus, mākslas terapeitus, fizioterapeitus, uztura speciālistus, sociālos darbiniekus, farmaceitus un dažādu specialitāšu ārstus (atkarībā no tā, kāda specializācija ir programmai).

10 Veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas izmaksu efektivitātes izvērtējums

Pētījumā īstenots pakalpojumu efektivitātes un izmaksu salīdzinošais izvērtējums, kura ietvaros izstrādāts veselības aprūpes efektivitātes rādītāju un to struktūras īss apraksts, kā arī īstenots:

- ▶ efektivitātes rādītāju pielietošanas vērtējums Latvijā un raksturīgāko rādītāju salīdzinājums ar ES vidējiem rādītājiem;
- ▶ hronisko slimību aprūpes hospitalizācijas, diagnostikas un ambulatoro pakalpojumu apjoma un izmaksu izvērtējums.

10.1 Veselības aprūpes efektivitātes rādītāju un to struktūras īss apraksts

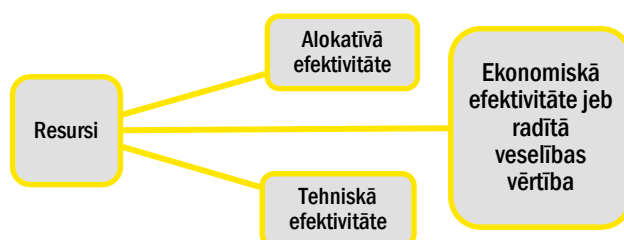
Efektivitāte raksturo saistību starp veselības aprūpes resursu izmantošanu - resursu ieguldījumiem (izmaksām darbaspēka, kapitāla vai aprīkojuma veidā) un vai nu starpposma rezultātiem (pakalpojumu apjoms, gaidīšanas laiks utt.), vai galīgajiem veselības rezultātiem (izglābtās dzīvības, iegūtie dzīves gadi, iegūti kvalitatīvi dzīves gadi (QALYs) u.t.t.).

Veselības sistēmas efektivitāti raksturo tās **tehniskā, alokatīvā un ekonomiskā efektivitāte**. Tehnisko efektivitāti raksturo pieejamo finanšu resursu ietvaros saražoto pakalpojumu daudzums. Veselības aprūpes kontekstā tehnisko efektivitāti raksturo kvantitatīvi rādītāji: hospitalizācijas ilgums, sniegto ārstu konsultāciju skaits, gultas dienu skaits u.c., bet tie uzskatāmi par starprezultātu un nav tieši saistīti ar veselības ieguvumu indivīda vai sabiedrības līmenī.

Lai saistītu sistēmas **tehnisko efektivitāti** ar ārstēšanas ieguvumu, pasaules praksē tiek piemēroti vairāki instrumenti, no kuriem galvenie ir pakalpojuma kvalitātes prasību noteikšana, vadlīnijas un citas standartizētas pieejas ārstniecības procesa kvalitātes līmeņa noteikšanai. Tehniskās efektivitātes rādītāji kļūst nozīmīgi tikai kvalitātes prasību kontekstā.

Veselības nozares kontekstā **alokatīvā efektivitāte** attiecas uz to, vai resursu sadalījums starp dažādiem aprūpes līmeņiem, pakalpojumu sniedzējiem un pakalpojumu veidiem atbilst sabiedrības interesēm un sniedz lielāko iespējamais ieguvumu. Alokātīvo efektivitāti sauc arī par **izmaksu-efektivitāti**, ko aprēķina, salīdzinot resursu ieguldījuma izdevīgāko veidu. Izmaksu neefektivitāte izpaužas kā nepareizi novirzīti ieguldījumi pakalpojumiem ar salīdzinoši mazvērtīgiem veselības rezultātiem. Alokātīvā efektivitāte atbild uz jautājumu – vai mēs darām pareizās lietas?

Ekonomisko efektivitāti raksturo veselības aprūpes sistēmas spēja pieejamo resursu un to sadalījuma rezultātā sasniegt maksimālo sistēmas ieguvumu tās mērķu (iedzīvotāju veselības, aprūpes taisnīguma un pieejamības, kā arī aizsardzības pret katastrofāliem izdevumiem) sasniegšanas kontekstā. Ekonomisko efektivitāti veido tehniskā un alokatīvā efektivitāte un to var izteikt arī kā veselības aprūpes radīto vērtību indivīda vai sabiedrības līmenī.



Alokātīvajai efektivitātei ir noteicošā loma kopējas ekonomiskās efektivitātes veidošanā, jo ar tās palīdzību var noteikt ieguldījumu efektīvāko veidu. Jebkurš efektivitātes novērtējums tiek attiecināts uz konkrētu objektu: pakalpojumu, veselības aprūpes programmu, veselības aprūpes iestādi vai veselības aprūpes sistēmu kopumā.

10.2 Efektivitātes rādītāju pielietošanas vērtējums Latvijā un raksturīgāko rādītāju salīdzinājums ar ES vidējiem rādītājiem

Efektivitātes novērtējuma iespējamību nosaka to raksturojošo indikatoru uzskaitē un pielietošana. Latvijā galvenokārt tiek uzskaitīti un analizēti **tehniskās efektivitātes jeb apjoma rādītāji**. To vērtējumam atbilstošākā pieeja ir salīdzinājums ar vidējiem starptautiskajiem rādītājiem, kas sniedz informāciju par resursu kvantitatīvā izlietojuma līmeni. Latvijā veselības tehniskās efektivitātes rādītāji tiek uzskaitīti veselības aprūpes statistikas uzskaites ietvaros. Bez attiecīgu aprūpes algoritmu vai pakalpojuma kvalitātes rādītāju pielietošanas tehniskās efektivitātes rādītāji neraksturo saņemtās aprūpes vērtību pacientam.

Veselības nozares **alokatīvās efektivitātes novērtēšana** ir vajākais posms Latvijā, jo praktiski tā tiek veikta fragmentāri un tai nav lielas ietekmes resursu ieguldījumu noteikšanā.

Piemēram, attiecībā uz medikamentu izmaksu efektivitātes novērtēšanu – pozitīva novērtējuma gadījumā netiek piemērots mehānisms, kā novirzīt finansējumu no vienas programmas uz otru, tādējādi radot finansējumu izmaksu efektīviem medikamentiem, kas potenciāli dotu finanšu

ietaupījumu citās programmās (piemēram, mazinātu nepieciešamību pēc pacientu hospitalizācijas). Izmaksu efektīvi medikamenti tiek iekļauti gaidīšanas rindā un tas ievērojami ierobežo sistēmas izmaksu efektivitāti un tās ekonomiskās efektivitātes rādītājus.

Attiecībā uz citām veselības tehnoloģijām vispārēja izmaksu efektivitātes vērtēšana netiek piemērota, izņemot specifiskus gadījumus.

Veselības nozares ekonomiskās efektivitātes jeb vērtības rādītāji liecina, ka tie ievērojami atpaliek no starptautiskajiem rādītājiem, kam kā galvenos iemeslus var minēt ievērojami mazāku valsts finansējumu veselības aprūpei (2 reizes mazāks nekā ES vidēji absolūtos skaitļos) un veselības aprūpes sistēmas ierobežoto tehnisko un alokatīvo efektivitāti.

Tabula 5 Tehniskās, alokatīvās un ekonomiskās efektivitātes rādītāju uzskaitījums un to pielietošanas vērtējums Latvijā

Efektivitātes veids	Raksturīgākie indikatori	Uzskaitē Latvijā	Rādītāju pielietošanas vērtējums Latvijā
Tehniskā efektivitāte (apjoma rādītāji)	Vidējais pakalpojumu skaits uz 1 iedzīvotāju	Jā	Tehniskās efektivitātes rādītāji liecina, ka pakalpojumu apjoms kopumā nav mazāks, bet atsevišķos pakalpojumu veidos – pat pārsniedz ES un OECD vidējos rādītājus. Izmaksas par rezultāta vienību nav salīdzinoši novērtējamas, jo Latvijā nav ieviesta vienota izmaksu uzskaites sistēma ārstniecības iestādēs, kas ļautu aprēķināt un salīdzināt reālās gadījuma izmaksas. Tās tiek vērtētas tikai NVD tarifu griezumā, kas nepilnīgi atspoguļo reālās pakalpojuma izmaksas.
	Vidējais gultas dienu skaits (uzturēšanās laiks) slimnīcā	Jā	
	Vidējais hospitalizācijas ilgums	Jā	
	CT, MRI un PET izmeklējumi uz 1000 iedz.	Jā	
Alokatīvā efektivitāte	VA pakalpojuma (tehnoloģiju) izmaksu efektivitāte	Tikai kompensējamiem medikamentiem	Alokatīvo izmaksu efektivitāti iespējams novērtēt konkrētu pakalpojumu, programmu vai pakalpojumu sniedzēju kontekstā. Izmaksas par ieguvumu (iegūtu dzīves gadu, novērstu hospitalizāciju u.t.t.) Latvijā tiek aprēķinātas tikai medikamentiem, kas tiek vērtēti iekļaušanai Kompensējamo zāļu sarakstā. Citām tehnoloģijām vai programmām izmaksu efektivitāte netiek vērtēta, jo Latvijā nav ieviesta vispārēja veselības tehnoloģiju ekonomiskā novērtēšana. Pakalpojumu groza veidošanā to izmaksu efektivitāte netiek ņemta vērā. Tiek realizēts daļēji: 1) atsevišķām programmām 2) stratēģiskā izvēle pamatojas uz pakalpojumu sniedzēju kvantitatīvajiem rādītājiem, bet stratēģiskā iepirkuma būtība ir balstīties uz pakalpojumu sniedzēju kvalitatīviem rādītājiem
	VA programmas izmaksu efektivitāte	Nē	
	VA pakalpojumu stratēģiskais iepirkums – finansējuma sadalījums starp pakalpojuma sniedzējiem	Daļēji	
Ekonomiskā efektivitāte jeb veselības aprūpes radītā vērtība (gala rādītājs)	Indivīda un sabiedrības veselību raksturojoši absolūtie un relatīvie rādītāji	Jā	Ekonomiskās efektivitātes rādītāji Latvijā kopumā ir ievērojami zemāki nekā vidēji ES un OECD valstīs. Tas lielā mērā saistīts ar to, ka: 3) Kopējais finansējums pakalpojumu grozam ir zem tā vērtības un pakalpojumu sniegšana tiek kvotēta, pamatojas uz izmaksām neatbilstošiem tarifiem; 4) Pakalpojumiem netiek izvirzīti mērķa (t.sk. kvalitātes) indikatori 5) Netiek vērtēta alokatīvā efektivitāte jeb pakalpojumu un programmu izmaksu efektivitāte, kas tiek iekļauti valsts apmaksāto pakalpojumu grozā. Tas neļauj kopumā spriest par ieguldījumu izmaksu efektivitāti.
	30 dienu mirstības rādītāji akūtos gadījumos	Jā	
	Ar ārstēšanu novēršamā mirstība	Jā	
	Pacientu ziņotās pieredzes mērījumi	Jā, projekta ietvaros	Attiecina arī uz pakalpojumu kvalitātes novērtējumu. Šobrīd uzskaitē realizēta projekta ietvaros
	5 gadu dzīvildze onkoloģisko slimību grupā	Jā	Onkoloģijā pastāv pozitīva saistība starp: 1) finansējumu un 5 gadu dzīvildzi, kas Latvijā ir par 12% zemāka nekā vidēji ES valstīs (Latvija – 43.6%; ES – 55%) 2) medikamentu pieejamību un mirstības rādītājiem
	Mājsaimniecību, kuru veselības izdevumi ir katastrofāli, īpatsvars %	Jā	Šim rādītājam pievēršama īpaša uzmanība, jo tas parāda iedzīvotāju neaizsargātību pret katastrofāliem izdevumiem veselības pasliktināšanās gadījumā

Tehniskās efektivitātes rādītāju salīdzinājums Latvijā ar ES vidējiem rādītājiem liecina, ka pamatā pakalpojumu apjoms neatpaliek no ES vidējiem, bet atsevišķos gadījumos - apjoms Latvijā pārsniedz ES vidējos rādītājus, piemēram, vidējais uzturēšanās laiks slimnīcā, hospitalizāciju skaits hronisko slimību grupās un diagnostikas izmeklējumu skaits.

Uzskaitītie hospitalizācijas un diagnostikas pakalpojumu apjoma rādītāji liecina par līdzekļu neefektīvu izlietojumu divu aspektu griezumā:

1. Skatot pakalpojumu apjomus kopsakarībā ar pieejamo finansējumu - VA kopējo budžetu no IKP (ES vidēji 9.87%, Latvijā - 6.21%) un finansējuma izlietojumu uz 1 valsts iedzīvotāju (ES vidēji - 1100.00 EUR, Latvija - 561 EUR, Eurostat dati, 202062), jāsecina, ka tieši hospitalizāciju un diagnostikas izmeklējumu skaita apjomi proporcionāli aizņem lielāku daļu finansējuma nekā ES vidēji;
2. Skatot pakalpojumu apjomus kopsakarībā ar ekonomiskās efektivitātes rādītājiem, kuri ir daudz sliktāki nekā ES vidēji, jāsecina, ka hospitalizāciju un diagnostikas pakalpojumu apjomi nerezultējas labākā iedzīvotāju veselībā.

Tabula 6 Atsevišķu tehniskās un ekonomiskās efektivitātes rādītāju salīdzinājums, Latvija un ES vidēji

Tehniskās efektivitātes rādītāji	Latvija	Es vidēji
Vidējais uzturēšanās laiks slimnīcā, dienas	8.3	7.5
Ārstu konsultāciju skaits uz vienu iedzīvotāju	6.0	6.7
CT, MRI un PET izmeklējumi uz 1000 iedz.	245.0	204.0
Astmas un HOPS pacientu hospitalizācija uz 100 000 iedz.	242.0	209.0
Ekonomiskās efektivitātes rādītāji	Latvija	Es vidēji
30 dienu mirstība pēc miokarda infarkta, %	13.4	6.5
30 dienu mirstība pēc išēmiskā insulta, %	20.4	9.5
5 gadu dzīvildze, % resnās zarnas vēzis	49	59
Ar ārstēšanu novēršamā mirstība, gadījumi uz 100 000 iedz.	198.0	108.0
Mājsaimniecību, kuru veselības izdevumi ir katastrofāli, īpatsvars %	15	6.6

No kopējo izmaksu viedokļa Latvijā sniegto pakalpojumu kopējais apjoms un izmaksas uz 1 iedzīvotāju ir zemākas nekā vairumā citu ES valstu, jo to ietekmē valsts pieejamais kopējais finansējums veselības aprūpei. Zemākas izmaksas iespējams nodrošināt ņemot vērā ievērojami zemākas personāla izmaksas un uz pakalpojuma kvalitātes rēķina, jo līdz šim nav ieviesta visaptveroša kvalitātes sistēma, kas ietver pakalpojuma kvalitātes indikatorus un to pastāvīgu uzskaiti un uzraudzību.

Kā atsevišķs **tehniskās efektivitātes rādītājs** ir noteiktas izmaksas par noteiktas produkcijas vienības ražošanu, piemēram, 1 pacienta izmaksas salīdzinājumā starp slimnīcām ar diagnozi saistītās pakalpojumu grupas (DRG) apmaksas gadījumā.

Latvijā praktiski nav pieejama informācija par izmaksām attiecībā uz hroniski slima pacienta jeb gadījuma ārstēšanu, jo:

- ▶ nav ieviesta vienota izmaksu uzskaites sistēma slimnīcās, kas ļautu viena gadījuma ārstēšanas izmaksas apkopot vienādā veidā un sekojoši tās tieši salīdzināt;
- ▶ izmaksu uzskaites veids lielā mērā ir saistīts ar pakalpojuma apmaksas sistēmu – apmaksa par manipulāciju vai konsultāciju, bet izmaksu agregācija gadījuma ietvaros vai pacienta aprūpes epizožu griezumos nav standarta prakse un tiek veikta tikai atsevišķās ārstniecības iestādēs, kuru rezultāti arī nav savstarpēji salīdzināmi, jo nav veikti pēc vienas metodikas.

10.3 Hronisko slimību aprūpes hospitalizācijas, diagnostikas un ambulatoro pakalpojumu apjoma un izmaksu novērtējums

Latvijā ir augsts hospitalizācijas līmenis slimību grupās, kur ar attīstītāku ambulatoro palīdzību varētu samazināt vajadzību pēc stacionārajiem pakalpojumiem un uzlabot pacienta veselības stāvokli.

Tabula 7 Hospitalizācija hronisko slimību grupās, Latvija un salīdzināmās valstis, uz 100 000 iedzīvotājiem⁶³

Hospitalizācija uz 100 000 iedzīvotājiem/slimību grupa	2014	2015	2016	2017	2018
Sirds un asinsvadu slimības					
Igaunija	2935,9	2861,6	2772,3	2706,1	
Latvija	3068	3152,6	3193,2	3119,7	
Dānija	1629,3	1571,5	1528,2		

⁶² EUROSTAT. 2020. *Health care expenditure*. Ielādēts no: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HF_custom_946393/default/table?lang=en

⁶³ Ielādēts no: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC

Lielbritānija	1206,8	1206,2	1177,7	1150,9	
Hipertensija					
Igaunija					
Latvija	460,4	461,2	476,1	453,4	466,5
Dānija	58,8	50,6	47,7		
Lielbritānija	15,5	16,8	17,7		21,1
Onkoloģija					
Igaunija	2029,8	2014,4	2012,6	2035,5	2019,1
Latvija	1726,5	1741,4	1811,8	1832	1876,2
Dānija	1136,1	1068,6	964,3		
Lielbritānija	808,4	787,6	775,3	735	756
Psihiskie un uzvedības traucējumi					
Igaunija	1087,2	1014,7	956,2	956,8	969,2
Latvija	1221,6	1198,5	1424,2	1274,3	1236,3
Dānija	902,8	897,8	889		
Lielbritānija	275,5	269	258,3		285,7
Diabēts					
Igaunija	172,1	160,7	150,2	142,8	136,8
Latvija	120,9	122,9	136,9	137,9	143,3
Dānija	106,3	104,3	102,7		
Lielbritānija	73,8	77,2	79,9		83,2
Alcheimera slimība					
Igaunija					
Latvija	6,5	8	8,8	8	9,2
Dānija	0,7	1,1	1,1		
Lielbritānija	10,6	11,2	11,2		11,7
Astma					
Igaunija	77,1	72	69	51,5	46,9
Latvija	138,8	131,7	133,7	123,9	117,2
Dānija	65,4	64,4	69,1		
Lielbritānija	98,3	94,6	97,1		94,6

Aprēķinot starpību starp mazāko hospitalizācijas rādītāju salīdzināmo valstu grupā un Latvijas rādītājiem ir aprēķināts potenciāli novēršamo hospitalizāciju skaits uz 100 000 iedzīvotājiem un valsti kopumā.

Tabula 8 Potenciāli novēršamo hospitalizāciju skaits hronisko slimību grupās, Latvija, uz 100 000 iedzīvotājiem

Slimību grupa	2014	2015	2016	2017	2018
Sirds un asinsvadu slimības	1861,2	1946,4	2015,5	1968,8	445,4
Onkoloģija	918,1	953,8	1036,5	1097	1120,2
Psihiskie un uzvedības traucējumi	946,1	929,5	1165,9	317,5	950,6
Diabēts	47,1	45,7	57	-4,9	60,1
Alcheimera slimība	5,8	6,9	7,7	8	-2,5
Astma	73,4	67,3	64,7	72,4	70,3
Kopā	3851,7	3949,6	4347,3	3458,8	2644,1

Ņemot vērā potenciāli novēršamo un esošo hospitalizāciju skaitu var aprēķināt relatīvo hospitalizāciju skaita samazinājumu % no kopējā hospitalizāciju skaita. Tas sastāda vairāk nekā 51 tūkstoti hospitalizāciju analizēto slimību grupā, kas ir apmēram 14% no kopējo hospitalizāciju skaita Latvijā.

Tabula 9 Potenciāli novēršamo hospitalizāciju skaits kopā, Latvija

	2014	2015	2016	2017	2018
Novēršamo hospitalizāciju skaits kopā	77091	78443	85596	67451	51147
Hospitalizāciju skaits kopā ⁶⁴	369579	369617	374058	356714	359312
Novēršamo hospitalizāciju skaits % no kopējā hospitalizāciju skaita	21%	21%	23%	19%	14%

Salīdzinot ārstu konsultāciju skaitu uz vienu iedzīvotāju Latvijā un salīdzināmās valstīs, var novērot, ka Latvijā ir lielāks ārstu konsultāciju skaits uz vienu iedzīvotāju, nekā citās valstīs.

Tabula 10 Ambulatorās ārstu konsultācijas uz vienu iedzīvotāju, Latvija un salīdzināmās valstis

Ambulatorās ārstu konsultācijas uz vienu iedzīvotāju	2014	2015	2016	2017	2018
Latvija	5,8	5,9	5,9	6,1	6
Igaunija	6,3	6,4	6,3	5,9	5,7
Dānija	4,5	4,4	4,3	4,3	3,8
Aprēķinātais konsultāciju skaita samazinājums	1,3	1,5	1,6	1,8	2,2

Arī salīdzinot veikto diagnostisko izmeklējumu rādītājus var novērot, ka Latvijā ir relatīvi lielāks izmeklējumu rādītājs, un, līdz ar to ir iespējams aprēķināt potenciālo diagnostisko izmeklējumu apjoma samazinājumu.

Tabula 11 Diagnostisko izmeklējumu skaits uz 1000 iedzīvotājiem

Diagnostiskie izmeklējumi	2014	2015	2016	2017	2018
Datortomogrāfijas izmeklējumi	2015	2016	2017	2018	2019
Igaunija	..	127,2	138	138,1	133,5
Latvija	159,5	168,5	178,4	171,9	180,8
Dānija	150,5	161,8	160,7	172,8	184,6
Sarpība	9	41,3	40,4	33,8	47,3
Magnētiskās rezonanses izmeklējumi					
Dānija	75	82,1	82,2	87	89,1
Igaunija		46,8	49,9	48,5	50,3
Latvija	37,9	42,6	47,7	55,3	64,6
Sarpība	-37,1	-4,2	-2,2	6,8	14,3

Tabula 12 Ilgtermiņa aprūpes saņēmēju skaits (institūcijās, kas nav slimnīcas un aprūpe mājās) % no kopējā iedzīvotāju skaita

Ilgtermiņa aprūpes veids/valsts	2014	2015	2016	2017	2018
Ilgtermiņa aprūpes saņēmēju skaits institūcijās, kas nav slimnīcas					
Igaunija	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2
Latvija	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Dānija	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Sarpība	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5
Ilgtermiņa aprūpes saņēmēju skaits mājās					
Igaunija	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Latvija	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Dānija	2,6	2,6	2,6	2,5	2,5
Sarpība	-1,4	-1,4	-1,4	-1,4	-1,4

Izvērtējot datus par salīdzināmajām valstīm, var secināt, ka Latvijā ir ievērojams potenciāli novēršamo hospitalizāciju skaits (lai gan šis rādītājs ar katru gadu samazinās), vidējais konsultāciju skaits pie ārsta uz vienu iedzīvotāju ir lielāks, arī diagnostisko izmeklējumu relatīvais skaits ir lielāks nekā vairumā ES valstu.

⁶⁴ Ielādēts no: <https://www.spkc.gov.lv/lv/latvijas-veselibas-apruses-statistikas-gadagramata>

Savukārt, ilgtermiņa aprūpes rādītāji institūcijas, kas nav slimnīcas, un arī mājās aprūpes pakalpojumu apjoms ir mazāki.

Salīdzinot attiecīgo valstu veselības aprūpes kvalitātes rādītājus (piem. novēršama mirstība, kopējais dzīves ilgums), var secināt ka lielāks sniedzamo pakalpojumu apjoms nav ietekmējis veselības aprūpes rezultātus rādītājus un līdzekļu apjoms, kas ir saistīts ar salīdzinoši lielāku valsts apmaksāto pakalpojumu apjomu (novēršamo hospitalizāciju, lielāku ambulatoro ārstu konsultāciju un lielāko diagnostisko izmeklējumu apjomu) ir izlietots nelietderīgi, t.i. izmaksu efektivitāte nav sasniegta.

Pēc valsts veselības aprūpes budžeta izlietojuma stacionāro un ambulatoro pakalpojumu apmaksas datiem ir aprēķināts potenciālais finanšu apjoms, kuru iespējams novirzīt mērķtiecīgākiem pakalpojumiem samazinot hospitalizācijas par 14% un ambulatoros pakalpojumus (ieskaitot izmeklējumus) par 13% (pēc 2018. un 2019. gada NVD datiem).

Tabula 13 Novirzāmo finanšu līdzekļu apjoms gadā, Latvija

Valsts apmaksāto pakalpojumu programma	Summa, EUR
Stacionārā veselības aprūpes pakalpojumi	392 702 582
Iespējamais samazinājuma apjoms, %	14%
Aprēķināta summa, EUR	55 900 000
Ambulatorā veselības aprūpe	373 109 952
Iespējamais samazinājuma apjoms, %	13%
Aprēķināta summa, EUR	48 800 000
Kopā	104 700 000

Kopumā izmaksu efektīvākiem pakalpojumiem: savlaicīgai un mērķtiecīgai diagnostikai, ārstēšanas uzsākšanai, plānveida pakalpojumiem, mājās aprūpei, paliatīvajai aprūpei un medikamentu pieejamībai, potenciāli pārvirzāmie finanšu līdzekļi no augstāk vērtētajām programmām vērtējami 104,7 miljonu eiro apmērā. Vienlaikus jāņem vērā, ka summa ir aptuvena, jo virknei esošo pakalpojumu nepieciešams to satura un tarifu pārrēķins, kas liedz veikt precīzākus aprēķinus esošo pieejamo un aprēķinam izmantojamo datu kontekstā.

Secinājumi pakalpojumu izmaksu efektivitātes kontekstā:

1. Valsts izveidotā pakalpojumu nodrošināšanas sistēma neparedz to sasniegamo rezultātu jeb kvalitātes indikatorus un to uzraudzību;
2. Pakalpojumu apmaksas sistēma – apmaksa par manipulāciju, stimulē pakalpojumu apjomu, bet bez pakalpojuma kvalitātes indikatoriem pakalpojums nenodrošina rezultātu pacientam;
3. Pakalpojumu koordinācijas neesamība rada situāciju, kad pacientiem trūkst ārstniecības personu uzraudzības un savlaicīgi ieteikumi par nepieciešamajiem pakalpojumiem, to izvēli nereti atstājot pašu pacientu ziņā;
4. Pakalpojumu koordinācijas un diagnostikas algoritmu neesamība stimulē izmeklējumu un konsultāciju apjomu bez klīniskā pamatojuma;
5. Ambulatorā līmeņa pakalpojumu spektra, pēctecības un koordinācijas ierobežotība rada nevajadzīgu pieprasījumu pēc stacionāra pakalpojumiem;
6. Sniegto pakalpojumu neefektivitātes kontekstā pakalpojuma satura neatbilstība un koordinācija prevalē pār pakalpojumu apjomu;
7. Pakalpojumu grozs hronisko slimību gadījumos netiek proaktīvi veidots pamatojoties uz ārstēšanas vadlīnijām un algoritmiem. Gan speciālisti, gan pacienti aptaujās norāda, ka valsts apmaksāto pakalpojumu grozā trūkst noteiktas manipulācijas, izmeklējumi un medikamenti, lai nodrošinātu pilnvērtīgu hronisko pacientu aprūpi;
8. Netiek pielietoti pakalpojumu grozā ietvertu pakalpojumu ekonomiskā novērtēšana. Līdz ar to, nav sasaistes starp pakalpojuma cenu un tā potenciālo rezultātu, kas neļauj spriest par apmaksāto pakalpojumu izmaksu efektivitāti pēc būtības;
9. Pakalpojumu uzskaitē Latvijā nav izveidota sistēma, kas balstītos uz noteiktu klasifikācijas pieeju un terminoloģiju, piemēram, Classification of Health Care Functions (ICHA-HC), kas ļautu veikt uzskaiti pēc noteiktiem principiem un pa aprūpes līmeņiem, veicot manipulāciju agregāciju un attiecināšanu uz noteiktu “pakalpojumu” vai “gadījumu”;
10. Iztrūkst vienota pieeja “pakalpojuma” apmaksas pieejai, kas arī radīja problēmas šajā pētījumā. Kā pakalpojums MK 555.noteikumu izpratnē var būt: apskate, izmeklējums, metode, neatliekamā medicīniskā palīdzība, asins pārlišana, transplantācija, slimība, aprūpes epizode saistībā ar ārstu speciālistu, pakalpojums veids, manipulācija u.c. Viena pacienta aprūpes gadījums ietver virkni šos dažādos “pakalpojumus”, kas virknē gadījumu nav sasaistāmi savā starpā un kas liedz novērtēt attiecīgā gadījuma izmaksas.

Rekomendācijas:

1. **R49** Nepieciešama valsts apmaksāto pakalpojumu groza pārskatīšana saistībā ar hronisko slimību klīniskajām vadlīnijām un ar tām saistītiem ārstēšanas algoritmiem ārstniecības iestādēs;
2. **R50** Nepieciešama pakalpojumu groza pārskatīšana hronisko slimību visu veselības aprūpes posmu kontekstā ar mērķi mazināt pieprasījumu pēc stacionāra pakalpojumiem attiecīgi to vietā nodrošinot pilna spektra ambulatoros, t.sk. medikamentus un mājas aprūpes pakalpojumus;
3. **R51** Nepieciešams ieviest pakalpojumu klasifikāciju pēc Classification of Health Care Functions (ICHA-HC) principa un lemt par NordDRG tālāku ieviešanu, pakalpojumu sistemātiskas uzskaites pilnveidošanai;
4. **R52** Nepieciešams pārskatīt pakalpojumu apmaksas sistēmu saistībā ar pakalpojumu klasifikāciju un orientāciju uz “gadījuma” apmaksu;
5. **R53** Nepieciešams ieviest vienotu izmaksu uzskaites metodiku ārstniecības iestādēs ar mērķi vienotā veidā veikt gadījuma izmaksu uzskaiti, kā rezultātā būs iespējams noteikt ārstēšanas reālās izmaksas un veikt to salīdzināšanu starp iestādēm;
6. **R54** Nepieciešams izstrādāt metodiku un procesu aprakstu veselības tehnoloģiju ekonomiskajai novērtēšanai, kā arī tās ieviešanas kārtību;
7. **R55** Diagnostikas pakalpojumu apjoma racionalizēšanai un savlaicīgai mērķētai pieejamībai nepieciešams izstrādāt pacientu diagnostikas algoritmus pa diagnožu grupām;
8. **R56** Nepieciešams izveidot budžeta programmu pārdales mehānismu izmaksu efektīvu medikamentu iekļaušanai kompensējamo zāļu sarakstā;
9. **R57** Nepieciešams pārskatīt zāļu kompensācijas sistēmas mērķi un regulējumu, ņemot vērā, ka tās uzdevums ir nodrošināt hronisko slimību pacientu ambulatorās ārstēšanas iespējas un nevajadzīgu hospitalizāciju novēršanu;
10. **R58** Nepieciešama kompensējamo zāļu saraksta pilnīguma pārskatīšana, iespējams, veidojot racionālas farmakoetarpijas rekomendācijas galvenajās hronisko slimību grupās.

11 Nepieciešamo cilvēkresursu nodrošinājums, lai ieviestu jaunu uz pacientu orientētu integrētas aprūpes modeli Latvijā

Šajā sadaļā analizēti jauna uz pacientu orientēta integrētas aprūpes modeļa ieviešanai Latvijā nepieciešamie cilvēkresursi, to kompetenču, pienākumu un lomu griezumā pacientu aprūpes īstenošanā, ņemot vērā pacientu ar hroniskām slimībām vajadzības un iespējamo aprūpes speciālistu starpsektorālo sadarbību. Hroniski slimu pacientu aprūpē vienlīdz būtiska loma ir gan veselības, gan sociālajai aprūpei. Pētījuma gaitā identificēti vairāki speciālisti, kuriem ir būtiska loma, lai ieviestu jaunu uz pacientu orientētu integrētas aprūpes modeli Latvijā:

- ▶ Ģimenes ārsts;
- ▶ Ārsts speciālists;
- ▶ Māsa (vispārējās aprūpes māsa) un māsas palīgs;
- ▶ Sociālais darbinieks;
- ▶ Sociālais aprūpētājs, aprūpētājs;
- ▶ Aprūpes koordinators ārstniecības iestādēs;
- ▶ Aprūpes koordinators pašvaldībās.

Visi aprūpes speciālisti vienoti strādā hroniski slimu pacientu aprūpē, sadarbojoties starpdisciplināru komandu ietvaros, kur:

- ▶ ģimenes ārstam ir galvenā loma un atbildība par pacienta ārstēšanas un aprūpes plāna izstrādi, īstenošanu un uzraudzību, tostarp pacienta atbilstošu virzību cauri dažādiem aprūpes līmeņiem, tāpat nodrošinot pacienta veselības stāvokļa regulāru uzraudzību, profilakses pasākumu īstenošanu;
- ▶ ārsts speciālists atbild par pacienta veselības aprūpi starpdisciplināru komandu ietvaros, nodrošina pacienta veselības stāvokļa regulāru uzraudzību un novērtēšanu;
- ▶ māsa veic pacientu aprūpi, var uzņemties koordinējošo lomu ģimenes ārstu praksēs, atbild par pacientu informēšanu veselības jautājumos, māsas palīgs veic pacientu aprūpi atbilstoši māsas norādījumiem;
- ▶ Sociālie darbinieki veic sociālās vides novērtējumu un izstrādā sociālās rehabilitācijas plānu atbilstoši klienta vajadzībām, aprūpētājs veic klienta aprūpi gan pacienta dzīvesvietā, gan sociālos pakalpojumus nodrošinošās institūcijās;
- ▶ Aprūpes koordinators ārstniecības iestādēs atbild par pacienta aprūpes koordināciju starp aprūpes līmeņiem, īsteno pacienta aprūpes plānu un ir atbildīgs par starpdisciplināras komandas darba koordināciju;
- ▶ Aprūpes koordinators pašvaldībās atbild par pacienta aprūpes koordināciju sociālo pakalpojumu ietvaros, īsteno pacienta aprūpes plānu, sadarbojas ar speciālistu komandām arī veselības aprūpes ietvaros.

Optimāla cilvēkresursu skaita noteikšanai, kas saistīts ar integrētas aprūpes modeļa ieviešanu, izmantojama Pasaules Veselības organizācijas izstrādātā metode «Uz noslodzi balstīta personāla plānošana»^{65,66}, kas paredz:

 Pakalpojuma ietvaros veicamās aktivitātes	• Noteikt secīgi veicamās aktivitātes, kas notiek veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanas ietvaros
 Aktivitāšu laikietilpība	• Novērtēt katras aktivitātes laikietilpību (pa ārstniecības un aprūpes personāla veidiem, līmeņiem)
 Laika normas	• Izstrādāt uz pierādījumiem balstītas personāla noslodzes normas veselības pakalpojumu ietvaros
 Veselības aprūpes darbaspēka plānošana	• Noteikt nepieciešamo ārstniecības un aprūpes personāla skaitu, ņemot vērā paredzamo pakalpojumu skaitu

Attēls 4 Nepieciešamo cilvēkresursu skaita noteikšanas metode

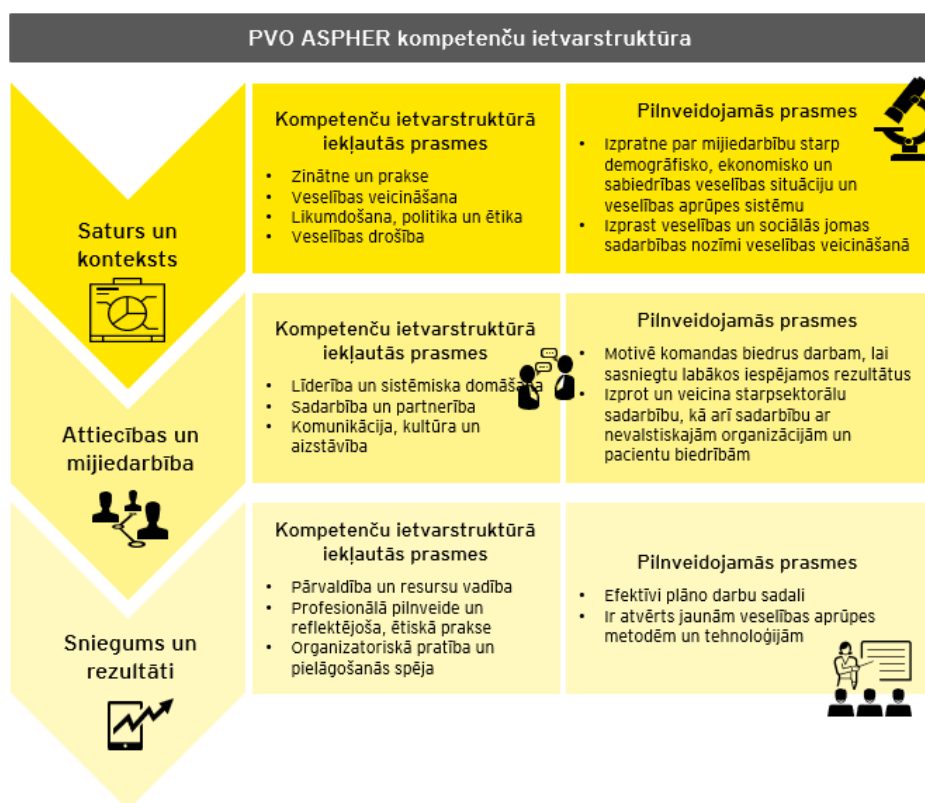
⁶⁵ World Health Organization (WHO). 2015. *Workload indicators of staffing need (WISN): a manual for implementation*. Ielādēts no: https://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/

⁶⁶ World Health Organization (WHO). 2010. *Models and tools for health workforce planning and projections*. Ielādēts no: <https://www.who.int/hrh/resources/observer3/en/>

Nepieciešamais cilvēkresursu skaits Pētījuma ietvaros nav nosakāms, ņemot vērā datu trūkumu par pakalpojumu pieprasījumu un to izvietojumu Latvijas reģionos⁶⁷. Pētījuma ietvaros izvērtēts, kādas kompetences nepieciešams pilnveidot, lai ieviestu jaunu uz pacientu orientētu integrētas aprūpes modeli Latvijā, kā arī nepieciešamās apmācības veselības un sociālās aprūpes pilnveidei un integrācijai.

Pētījumā analizētas galveno veselības un sociālās aprūpes procesā iesaistīto speciālistu (ģimenes ārsti, ārsti speciālisti, māsas, māsu palīgi, sociālie aprūpētāji un aprūpētāji) kompetences, izmantojot attiecīgajos profesiju standartos iekļautās horizontālās kompetences, kā arī izlases kārtībā tos pretstatot šo profesiju izglītības programmu saturam un mērķiem. Šī pētījuma ietvaros kompetences definētas kā zināšanu, prasmju, personīgo un profesionālo attieksmju kopums, kas speciālistam nepieciešams strādājot konkrētā profesijā. Lai noteiktu, kādas kompetences papildus pilnveidojamas, ieviešot Latvijā uz pacientu orientētu, integrētu aprūpes modeli, īstenota atšķirību analīze starp aprūpes speciālistiem šobrīd nepieciešamajām kompetencēm un PVO ASPHER kompetenču ietvarstruktūru.

PVO ASPHER kompetenču ietvarstruktūra izvēlēta, jo tā nav specifiska veselības aprūpes līmenim un ir piemērojama gan indivīda, gan veselības vai sociālās aprūpes iestādes līmenī, gan valstiskā līmenī. Tādējādi kompetenču ietvarstruktūru iespējams izmantot, lai gan pārskatītu vai, nepieciešamības gadījumā, izstrādātu jaunus profesiju standartus un izglītības programmas, gan arī lai izstrādātu mācību rezultātos balstītas tālākizglītības programmas aprūpes speciālistu zināšanu par integrētu aprūpi padziļināšanai. Ar tās palīdzību ir iespējams izvērtēt individuālu speciālistu pašreizējās zināšanas un atbilstoši mācību vajadzībām plānot modulāras apmācību programmas, nodrošināt, ka speciālisti apgūst sev specifiski nepieciešamās zināšanas. Vienlaikus ar kompetenču ietvarstruktūru ir iespējams apzināt un kartēt, kādas kompetences ir nepieciešamas konkrētu aprūpes procesu īstenošanai, piemēram, pacienta izmeklējumu veikšanai vai aprūpes koordinēšanai, atvieglojot šo procesu īstenošanai nepieciešamo cilvēkresursu plānošanu.



Attēls 5 PVO ASPHER kompetenču ietvarstruktūra

Atšķirību analīzes rezultātā konstatēts, ka Latvijas veselības un sociālās aprūpes speciālistu profesiju standartos un izglītības programmās jau šobrīd lielā mērā ir iekļauta labā starptautiskā prakse, kas ietver profesionālo pilnveidi, pētniecību un darba ētiku. PVO ASPHER kompetenču ietvarstruktūras un uz pacientu orientēta integrēta aprūpes pakalpojumu modeļa ieviešanas kontekstā identificētas vairākas horizontālas jomas, kurās speciālistiem ir iespējams pilnveidot savas kompetences. Šīs kompetences galvenokārt ir saistītas ar izpratni par veselības un sociālās aprūpes mijiedarbību un to ietekmi uz sabiedrības veselību kopumā, spēju pielāgoties dažādām jaunām tehnoloģijām un aprūpes metodēm, komunikāciju ar plašāku aprūpē iesaistīto pušu kopumu, kā arī līderību un iniciatīvas uzņemšanos un ir būtiskas arī, lai ieviestu aprūpes koordinātoru amatus.

Pētījuma rezultātā identificētās pilnveidojamās kompetences vērtētas, ņemot vērā, ka PVO ASPHER kompetenču ietvarstruktūras prioritārā mērķa grupa ir veselības aprūpes speciālisti, taču tajā uzrādītās horizontālās kompetences ir būtiskas arī sociālās aprūpes speciālistiem, lai nodrošinātu veiksmīgu veselības un sociālās jomas savstarpējo mijiedarbību un integrāciju. Viens no galvenajiem kompetenču ietvarstruktūras mērķiem ir motivēt aprūpes profesionāļus savstarpējai sadarbībai un izpratnes gūšanai par sabiedrības veselības vajadzību kopumu, lai tām pielāgotu savu profesionālo darbību.

⁶⁷ World Bank (WB). 2016. *Latvia Healthcare Facilities Master Plan 2016-2025*

Tabula 14 Uz pacientu orientēta integrēta aprūpes modeļa ieviešanai būtiskās un pilnveidojamās cilvēkresursu kompetences

Profesijas	Profesiju standarti	Studiju programmu mērķi	Pilnveidojamās kompetences
Ārsts	- Pacientu izmeklēšana savas profesionālās darbības ietvaros; - diagnostisko izmeklējumu noteikšana, to analīze un rezultātu identificēšana; - Ārstniecības līdzekļu izrakstīšana; - medicīnisku procedūru veikšana; - visaptverošas ārstēšanas nepārtrauktības un pēctecības nodrošināšana; - infekciju un neinfekciju slimību profilakses nodrošināšana; - Pacientu konsultēšana par veselības veicināšanas iespējām; - pacienta ārstniecības procesa dokumentēšana.	- Teorija (problēmsituācijas, teorētiskie semināri, klīnisko gadījumu apspriešana klīnikā); - Prakse; - Pētnieciskais darbs; - Dalība pedagoģiskajā darbā; - Dalība starptautiskās apmaiņas pasākumos.	- Zinātne un prakse (mijiedarbība starp demogrāfisko, ekonomisko un sabiedrības veselības situāciju un veselības aprūpes sistēmu); - Veselības veicināšana (izprot veselības un sociālās jomas sadarbības nozīmi veselības veicināšanā); - Līderība un sistēmiska domāšana; - Sadarbība un partnerība (izprot un veicina starpsektorālu sadarbību); - Organizatoriskā prasme un pielāgošanās spēja (ir atvērts jaunām veselības aprūpes metodēm un tehnoloģijām).
Māsa (vispārējās aprūpes māsa)	- Pacientu aprūpes veikšana; - Dalība ārstniecībā; - Pacientu aprūpes darba vadīšana; - Pacientu, viņu tuvinieku, aprūpes komandas locekļu un sabiedrības izglītošana; - Saziņa ar pacientiem un viņu tuviniekiem; - Klīnisko procedūru veikšana; - savas profesijas un aprūpes darba attīstības veicināšana; - Savu zināšanu un prasmju pilnveide; - Līdzdarbība veselības aprūpes pētījumos un projektos.	- Veselības uzlabošana, slimību profilakse un specifiskās aprūpes veikšana; - Palīdzēt sadzīvot ar hroniskām slimībām vai aiziet no dzīves fiziskā un garīgā mierā; - Dalība veselības aprūpes komandas darbā - Vadības, pētnieciskais un pedagoģiskais darbs nozarē.	- Zinātne un prakse (mijiedarbība starp demogrāfisko, ekonomisko un sabiedrības veselības situāciju un veselības aprūpes sistēmu); - Veselības veicināšana (izprot veselības un sociālās jomas sadarbības nozīmi veselības veicināšanā); - Sadarbība un partnerība (izprot un veicina starpsektorālu sadarbību); - Organizatoriskā prasme un pielāgošanās spēja (ir atvērts jaunām veselības aprūpes metodēm un tehnoloģijām).
Māsas palīgs	- Savas kompetences ietvaros veic vispārējo un speciālo pacientu aprūpi; - iesaistās visos pacienta aprūpes līmeņos; - uztur savu profesionālo kompetenci, pilnveidojot savas zināšanas un prasmes.	- Veikt māsas nozīmētās darbības vai asistēt mācai pacienta pamata vajadzību nodrošināšanai; - veikt māsas nozīmētās darbības saistībā ar pacienta iestāšanos un izrakstīšanos no stacionāra;	- Sadarbība un partnerība (izprot un veicina starpsektorālu sadarbību); - Organizatoriskā prasme un pielāgošanās spēja (ir atvērts jaunām veselības aprūpes metodēm un tehnoloģijām).

Profesijas	Profesiju standarti	Studiju programmu mērķi	Pilnveidojamās kompetences
		- veikt māsas nozīmētās aprūpes darbības visu vecuma grupu pacientiem; - veikt higiēnas procedūras pacientam, - sniegt pirmo palīdzību; - strādāt komandā ar citiem aprūpes komandas dalībniekiem, ievērojot kultūras, ētikas un profesionālos principus.	
Aprūpētājs	- Pacienta vajadzību nodrošināšana atbilstoši aprūpes plānam, pacienta vecumam, attīstības līmenim un fiziskajām spējām; - fiziska, psihoemocionāla, psihosociāla atbalsta sniegšana; - spēja sadarboties ar klienta atbalsta sistēmām; - spēja iesaistīties informācijas apmaiņā par klienta veselības stāvokli.	- Cilvēku pamatvajadzību nodrošināšana; - pacientu aprūpes (t.sk pašaprūpes) nodrošināšana; - verbālo un neverbālo saskarsmes metožu lietošana; - iesaiste komandas darbā; - sadarbība ar indivīdiem, ģimenēm; - Ikdienas darbu veikšana mājas apstākļos.	- Veselības veicināšana (izprot veselības un sociālās jomas sadarbības nozīmi veselības veicināšanā); - Sadarbība un partnerība (izprot un veicina starpsektorālu sadarbību); - Organizatoriskā prasība un pielāgošanās spēja (ir atvērts jaunām veselības aprūpes metodēm un tehnoloģijām).
Sociālais aprūpētājs	- Sociālās aprūpes pakalpojumu plānošana; - pamatvajadzību nodrošināšana; - sociālās aprūpes pakalpojumu nepieciešamības noteikšana; - sociālās aprūpes pakalpojumu sniegšana un organizēšana; - sociālās aprūpes pakalpojumu apjoma izmaiņu veikšana.	- Klienta pamatvajadzību novērtēšana – fiziskās un garīgās veselības stāvoklis; - klienta vēlmi un sociālo vajadzību apzināšana; - sociālo problēmu identificēšana; - klienta sociālās aprūpes pakalpojumu plānošana un organizēšana; - sniegto sociālo pakalpojumu novērtēšana; - profesionālo kvalifikāciju pilnveide.	- Veselības veicināšana (izprot veselības un sociālās jomas sadarbības nozīmi veselības veicināšanā); - Līderība un sistēmiska domāšana; - Sadarbība un partnerība (izprot un veicina starpsektorālu sadarbību); - Organizatoriskā prasība un pielāgošanās spēja (ir atvērts jaunām veselības aprūpes metodēm un tehnoloģijām).

Lai īstenotu jaunu uz pacientu orientētu integrētas aprūpes modeli, būtiska ir aprūpes koordinēšana veselības un sociālās aprūpes ietvaros, tādēļ nepieciešami aprūpes koordinatori gan ārstniecības iestādēs, gan pašvaldībās.



Aprūpes koordinators ārstniecības iestādēs

Pienākumi un atbildības

- Hroniski slimu pacientu aprūpes koordinēšana starp dažādiem aprūpes līmeņiem
- Bērnu aprūpes uzraudzība un koordinācija sadarbībā ar BKUS speciālistiem
- Sadarbība ar speciālistu komandām
- Slimnīcas veselības aprūpes speciālistu savstarpējās sadarbības koordinēšana
- Pacienta informēšana par aprūpes procesa gaitu
- Sniegt norādes par tālāko rīcības plānu atbilstoši pacienta vajadzībām
- Pacienta iesaiste lēmumu pieņemšanā
- Atbalsta sniegšana pacienta vizīšu starplaikos

Misija

Veikt aprūpes koordinatora pienākumus V, tostarp specializētajās, IV un III līmeņa stacionārajās ārstniecības iestādēs



Izglītība

Vēlama augstākā izglītība veselības vadībā un teorētiskas zināšanas par veselības aprūpes sistēmu

Nepieciešamības gadījumā var tikt apgūts profesionālās pilnveides kurss vai tālākizglītības programma

Provizoriski nepieciešami

20

aprūpes koordinatori*

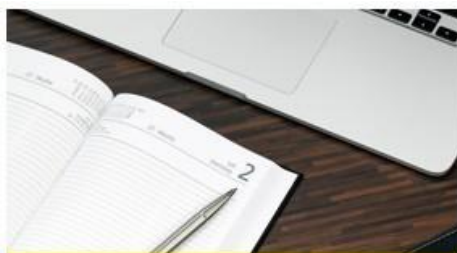
*1 aprūpes koordinators katrā V, tostarp specializēto, IV un III līmeņa stacionārajā ārstniecības iestādē

Prioritārās kompetences

- Spēja izprast pacienta aprūpes plāna komponentes
- Zināšanas par veselības un sociālo pakalpojumu klasifikatoriem
- Likumdošana, politika un ētika
- Sadarbība un partnerība
- Komunikācija, kultūra un aizstāvība
- Organizatoriskā prasme un pielāgošanās spēja



Attēls 6 Aprūpes koordinatora loma ārstniecības iestādēs



Aprūpes koordinators pašvaldībā

Misija

Veikt aprūpes koordinatora pienākumus pašvaldību sociālajos dienestos

Pienākumi un atbildības

- Hroniski slimu pacientu aprūpes koordinēšana sociālo pakalpojumu ietvaros
- Bēmu aprūpes uzraudzība un koordinācija sadarbībā ar BKUS speciālistiem
- Sadarbība ar speciālistu komandām
- Sadarbība starp veselības un sociālo jomu
- Pacienta informēšana par aprūpes procesa gaitu
- Sniegt norādes par tālāko rīcības plānu atbilstoši pacienta vajadzībām
- Pacienta iesaiste lēmumu pieņemšanā
- Atbalsta sniegšana tehnisko palīgīdzekļu nodrošināšanā
- Veic labās (t.sk. starptautiskās) prakses izpēti par jaunākajām sociālo pakalpojumu tendencēm un inovācijām
- Regulāri seko līdzi valstiskā līmenī pieejamajiem sociālās jomas atbalsta pasākumiem un projektiem

Izglītība

Otrā līmeņa profesionālā augstākā vai akadēmiskā izglītība sociālajā darbā vai karitatīvajā sociālajā darbā

Provizoriski nepieciešami

60

aprūpes koordinatori*

*1-2 aprūpes koordinatori pašvaldībā. Tā kā pakalpojums līdz šim nav nodrošināts, tam nepieciešamie cilvēkresursi aprēķināmi atbilstoši pieprasījuma apjomam pašvaldībā

Prioritārās kompetences

- Spēja izprast pacienta aprūpes plāna komponentes
- Zināšanas par veselības un sociālo pakalpojumu klasifikatoriem
- Likumdošana, politika un ētika
- Sadarbība un partnerība
- Komunikācija, kultūra un aizstāvība
- Organizatoriskā prasība un pielāgošanās spēja



Attēls 7 Aprūpes koordinators lomā pašvaldībā

11.1 Prioritāri īstenojamās apmācības, lai ieviestu uz pacientu orientētu integrētu aprūpes modeli

Tabula 15 Prioritāri īstenojamās apmācības, lai ieviestu uz pacientu orientētu integrētu aprūpes modeli, to mērķa grupa un apraksts

Apmācību nosaukums, mērķa grupa	Apraksts
Klīnisko vadlīniju izmantošana hroniski slimu pacientu ārstēšanā un aprūpē Apmācību mērķa grupas: • Ģimenes ārsti • Ārsti speciālisti • Māsas (vispārējās aprūpes māsas) • Aprūpes koordinatori ārstniecības iestādēs	▶ Ārsti – atbilstoši papildus izstrādātajām un spēkā esošajām hronisko slimību klīniskajām vadlīnijām īstenot apmācības hroniski slimu pacientu diagnostikā, ārstēšanā un aprūpē visās hronisko slimību grupās ▶ Māsa (vispārējās aprūpes māsa) – modulāra iesaiste apmācībās, lai gūtu zināšanas par vadlīniju ietekmi uz pacienta aprūpes plānu, ārstēšanas gaitu un vispārīgiem vadlīniju piemērošanas pamatprincipiem ▶ Aprūpes koordinators ārstniecības iestādēs - modulāra iesaiste apmācībās ar mērķi gūt vispārējas zināšanas par vadlīniju ietekmi uz pacientu aprūpes plānu un veselības aprūpes speciālistu sadarbību tā īstenošanā
Apmācības par hroniski slimu pacientu psihiskās veselības stāvokļa izvērtēšanu Apmācību mērķa grupas:	▶ Ģimenes ārsts un primārajā aprūpē nodarbinātās medicīnas māsas – iesaiste apmācībās ar mērķi stiprināt zināšanas par pacientu psihiskās veselības stāvokļa izvērtēšanu un tā potenciālo ietekmi uz pacienta līdzestību aprūpes plāna izpildē, pacienta ārstniecības rezultātiem un dzīves kvalitāti kopumā ▶ Aprūpes koordinators pašvaldībā – iesaiste apmācībās ar mērķi atbilstoši pacienta diagnozei identificēt efektīvākos atbalsta pasākumus psihiskās veselības stāvokļa uzlabošanā,

Apmācību nosaukums, mērķa grupa	Apraksts
• Ģimenes ārsts un primārajā aprūpē nodarbinātās medicīnas māsas • Aprūpes koordinatori pašvaldībās	nodrošināt pacienta vajadzībām atbilstošu atbalsta personālu un pakalpojumu kopumu, lai uzlabotu pacienta dzīves kvalitāti
<u>Apmācības par hroniski slimu pacientu aprūpes koordinēšanu</u> Apmācību mērķa grupas: • Aprūpes koordinatori ārstniecības iestādēs • Aprūpes koordinatori pašvaldībās	► <u>Aprūpes koordinators ārstniecības iestādēs –</u> ○ Koordinators ar teorētiskām zināšanām par veselības aprūpes sistēmu – iesaiste apmācībās ar mērķi gūt zināšanas par koordinācijas un komunikācijas procesu starp dažādiem aprūpes līmeņiem, SFK un WHODAS klasifikatoru izmantošanu, pacienta datu aizsardzību, informācijas sistēmu efektīvu izmantošanu un veselības un sociālās aprūpes integrāciju pacientu aprūpē. ○ Koordinators ar medicīnisko izglītību – modulāra iesaiste apmācībās ar mērķi pilnveidot zināšanas par koordinācijas un komunikācijas procesu starp dažādiem aprūpes līmeņiem, SFK un WHODAS klasifikatoru izmantošanu, pacienta datu aizsardzību, informācijas sistēmu efektīvu izmantošanu un veselības un sociālās aprūpes integrāciju pacientu aprūpē. ► <u>Aprūpes koordinators pašvaldībās</u> – iesaiste apmācībās ar mērķi pilnveidot zināšanas par koordinācijas un komunikācijas procesu sociālo pakalpojumu ietvaros, SSK-10 un WHODAS klasifikatoru izmantošanu, pacientu datu aizsardzību, informācijas sistēmu efektīvu izmantošanu un veselības un sociālās aprūpes integrāciju pacientu aprūpē
<u>Apmācības par integrētas aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu pacienta mājās (t.sk. integrēta veselības aprūpe mājās, paliatīvā un hospisa aprūpe)</u> Apmācību mērķa grupas: • Ģimenes ārsti • Ārsti speciālisti • Māsas (vispārējās aprūpes māsas) • Aprūpes koordinatori ārstniecības iestādēs • Aprūpes koordinatori pašvaldībās • Sociālie darbinieki • Sociālie aprūpētāji/Aprūpētāji	► <u>Ģimenes ārsts</u> – iesaiste apmācībās ar mērķi pilnveidot zināšanas psihosociāla atbalsta sniegšanā, pakalpojuma apjoma noteikšanā, aprūpes ietvaros sniegtajām manipulācijām, telemedicīnas risinājumu izmantošanā, paliatīvās aprūpes jomā, kā arī veselības un sociālās aprūpes integrācijā un savstarpējā sadarbībā starpdisciplinārās komandas ietvaros. ► <u>Ārsts speciālists</u> – iesaiste apmācībās ar mērķi pilnveidot zināšanas psihosociāla atbalsta sniegšanā, tehniskā aprīkojuma nodrošinājumu pacienta dzīvesvietā, pakalpojuma apjoma noteikšanā, aprūpes ietvaros sniegtajām manipulācijām, telemedicīnas risinājumu izmantošanā, kā arī veselības un sociālās aprūpes integrācijā un savstarpējā sadarbībā starpdisciplinārās komandas ietvaros. ► <u>Māsa (vispārējās aprūpes māsa)</u> – iesaiste apmācībās ar mērķi pilnveidot zināšanas psihosociāla atbalsta sniegšanā, veselības stāvokļa uzraudzībā un kontrolē, veselības aprūpes mājās pakalpojuma plānošanā un uzraudzībā, aprūpes ietvaros sniegtajām manipulācijām, paliatīvās aprūpes jomā (ģimenes ārstu praksēs nodarbinātajām māsām) telemedicīnas risinājumu izmantošanā, kā arī veselības un sociālās aprūpes integrācijā un savstarpējā sadarbībā starpdisciplinārās komandas ietvaros. ► <u>Aprūpes koordinators ārstniecības iestādēs</u> – iesaiste apmācībās ar mērķi gūt zināšanas par veselības un sociālās aprūpes integrāciju un savstarpēju sadarbību starpdisciplinārās komandas ietvaros. ► <u>Aprūpes koordinators pašvaldībās</u> – iesaiste apmācībās ar mērķi pilnveidot zināšanas psihosociāla atbalsta sniegšanā, tehniskā aprīkojuma nodrošinājumu pacienta dzīvesvietā, pakalpojuma apjoma noteikšanā, telemedicīnas risinājumu izmantošanā, kā arī veselības un sociālās aprūpes integrācijā un savstarpējā sadarbībā starpdisciplinārās komandas ietvaros. ► <u>Sociālais darbinieks/sociālais aprūpētājs/aprūpētājs</u> – iesaiste apmācībās ar mērķi pilnveidot zināšanas psihosociāla atbalsta sniegšanā, aprūpes ietvaros sniegtajiem pakalpojumiem, telemedicīnas risinājumu izmantošanu, veselības stāvokļa uzraudzībā un kontrolē, kā arī veselības un sociālās aprūpes integrācijā un savstarpējā sadarbībā starpdisciplinārās komandas ietvaros.

Rekomendācijas:

1. **R59** Papildināt Pētījuma ietvaros analizēto veselības un sociālās aprūpes speciālistu profesijas standartus ar PVO ASPHER modeļi ietvertajām horizontālajām kompetencēm, kuras identificētas kā būtiskas konkrētu profesiju savstarpējā mijiedarbībā un darbā ar pacientiem uz pacienta orientēta integrēta aprūpes modeļa ieviešanai:
 - Zinātne un prakse;
 - Veselības veicināšana;
 - Līderība un sistēmiska domāšana;
 - Sadarbība un partnerība;
 - Komunikācija, kultūra un aizstāvība;
 - Organizatoriskā prātība un pielāgošanās spēja.

2. **R60** Lai nodrošinātu uz pacientu orientēta integrēta aprūpes modeļa ieviešanai nepieciešamo savstarpējās koordinācijas un komunikācijas elementu, ieviest Pētījumā piedāvātos koordinatoru amatus:

- Aprūpes koordinators ārstniecības iestādēs ar mērķi veikt aprūpes koordinatora pienākumus V, IV un III līmeņa ārstniecības iestādēs iesaistoties aprūpes plāna izpildē veselības aprūpes pakalpojumu ietvaros un koordinējot ārstu speciālistu darbu stacionārajās ārstniecības iestādēs (provizoriski 17 aprūpes koordinatori);
- Aprūpes koordinators pašvaldībās ar mērķi veikt aprūpes koordinatora pienākumus pašvaldību sociālajos dienestos iesaistoties aprūpes plāna izpildē sociālo pakalpojumu ietvaros (provizoriski 42 koordinatori – viens koordinators katrā pašvaldībā atbilstoši pašvaldību reformai).

Aprūpes koordinatoru prioritārās kompetences ietver:

- Spēju izprast pacienta aprūpes plāna komponentes;
- Zināšanas par veselības un sociālajiem pakalpojumiem;
- Zināšanas par likumdošana, politika un ētika
- Spēju sadarboties;
- Spēju komunicēt ar citām aprūpē iesaistītajām pusēm;
- Organizatorisko prātību un pielāgošanās spējas.

3. **R61** Īstenot veselības un sociālās aprūpes darbinieku apmācības par:

- Klīnisko vadlīniju izmantošanu hroniski slimu pacientu ārstēšanā un aprūpē;
- Hroniski slimo pacientu psihiskās veselības stāvokļa izvērtēšanu;
- Hroniski slimo pacientu aprūpes koordinēšanu;
- Integrētas aprūpes pakalpojuma nodrošināšanu pacienta mājās (t.sk. veselības aprūpe mājās, paliatīvā un hospisa aprūpe mājās).

Papildus īstenot arī profesionālās pilnveides kursus personām, kuras nodarbinātas veselības un sociālajā aprūpē un izglītību ieguvušas atbilstoši šobrīd spēkā esošajiem profesiju standartiem.

12 Pacientu profili

Pētījuma ietvaros tika izstrādāti pacientu ar hroniskām slimībām profili, kas iekļauj pacientu vajadzības, nepieciešamos aprūpes pakalpojumus, to esošo nodrošinājumu, kā arī slimību izplatību, blakusslimības un komplikācijas. Pacientu profilu izveidē izmantoti Pētījuma pacientu aptaujas dati (slimību grupas līmenī), veikta dokumentu un pētījumu analīze, lai identificētu pacientu vajadzības (diagnožu līmenī), kā arī sekundāro datu analīze (diagnožu līmenī).

Pacientu profilu izstrādē izmantota Pētījuma ietvaros veiktā SPKC datu analīze, kā arī izmantoti šādi datu avoti:

- ▶ SPKC Veselības statistikas datubāze;
- ▶ “Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2018 I un II daļa”;
- ▶ Klīniskās vadlīnijas, algoritmi, pacientu ceļi un indikatori;
- ▶ Pētījumi, starptautiski dokumenti;
- ▶ Pacientu materiāli;
- ▶ Fokusa grupas un intervijas.

DIABĒTA PACIENTA PROFILS

IZPLATĪBA

- Uzskaitē esošo diabēta pacientu skaits: 473 uz 10 000 iedzīvotājiem
- Uzskaitē esošo diabēta pacientu īpatsvars vīriešu
 - 68,52% vīriešu
 - 83,99% sievietes

KOMPLIKĀCIJAS UN BLAKUS SLIMĪBAS

- Cukura diabēta pacientiem visbiežāk konstatētās komplikācijas ir:
- Kardiovaskulāras slimības (31,8%)
 - Perifēra neiropatija (14,6%)
 - Stenokardija (9,3%)

Šobrīd visā Latvijā kopumā darbojas 17 diabēta apmācību kabineti 15 ārstniecības iestādēs

36,3% nediagnosticēto diabēta gadījumu īpatsvars

PACIENTU APTAUJAS DATI

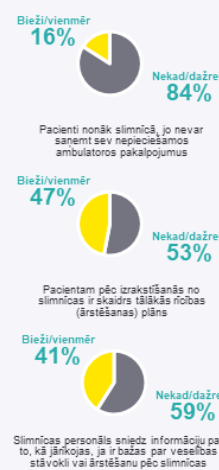
Ģimenes ārsts



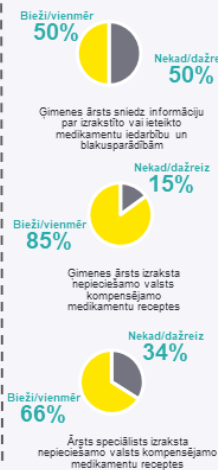
Ārsts speciālists



Stacionārā aprūpe



Medikamenti



Pašaprūpe



1

2

3

4

5

6

RISKA FAKTORU NOVĒRTĒŠANA UN DIAGNOSTIKA

43,8% iedzīvotāju 2018. g laikā noteikts cukura līmenis asinīs

12% nekad nav noteikts cukura līmenis

Vecumā grupā 55-74 gadi cukura līmenis asinīs mēris 54-66% vīriešu un 68-76% sieviešu



ĢIMENES ĀRSTA VIZĪTES

Reģistrētie esošie pacienti vidēji gadā apmeklē ģimenes ārstu:

1.19 reizes (sievietes)
1.22 reizes (vīrieši)

Vidēji netiek nodrošinātas ģimenes ārsta vizītes reizi 3 mēnešos uzskaitē esošajiem pacientiem

Ar pamatdiagnozi E11:

5.83 reizes (sievietes)
4.04 reizes (vīrieši)

4.94 - apmeklējumu skaits valstī pie ģimenes ārsta uz vienu unikālo pacientu 2019. gadā

ĀRSTA SPECIĀLISTA APMEKLĒJUMI

2.02 vidējais ambulatoro apmeklējumu skaits gadā (izņemot ģimenes ārstu) ar diagnozi E11

Unikālo ambulatoro epizožu skaits konkrētā gadā pie endokrinologa (P58), ar pamatdiagnozi E11:

Vīriešiem **1**
Sievietēm **1.6**

Pacienti fokusa grupās norāda uz grūtībām savlaicīgi saņemt valsts apmaksātas konsultācijas, tostarp saņemtos prioritārā kārtībā augsta riska pacientiem

IZMEKLĒJUMI UN ANALĪZES

Vidēji glikohemoglobīna mērījumi tiek veikti mazāk kā 2x gadā uzskaitē esošiem pacientiem

1/3 uzskaitē esošo pacientu glikohemoglobīna līmenis ir >7,5% un šis rādītājs pieaug

64,5% uzskaitē esošo pacientu ķermeņa masas indekss pārsniedz 30

STACIONĀRĀ APRŪPE

2019. gadā vidēji NMPD izsaukumi uz vienu unikālo personu ar pamatdiagnozi E11:

5.73

Stacionāro epizožu skaits ar pamatdiagnozi E11 uz 10000 iedzīvotājiem bija:

9.21 sievietēm
7.35 vīriešiem

2019. gadā stacionārā pavadīto dienu skaits uz 100 iedzīvotājiem vairāk nekā divas reizes augstāks vecuma grupai virs 60 gadiem (26,5), salīdzinot to ar vecuma grupu 45-59 (12,4)

MEDIKAMENTI UN TERAPIJA, MONITORINGA IERĪCES

Augstākais pacientu īpatsvars, kas saņem insulīnu un citus medikamentus pret paaugstinātu cukura līmeni ir vecuma grupā 65-74 gadi:

vīriešiem **15,1%**
sievietēm **17,4%**

2017. gadā valstī reģistrētie diabēta pacienti visbiežāk kā terapijas veidu saņēma orālos antidiabētiskos preparātus – **75,6%**

Pacienti norāda uz nepieciešamību pēc valsts apmaksātām ierīcēm:

- nepārtrauktas glikozes monitorings sistēmas
- insulīna sūkņiem

PACIENTU VAJADZĪBAS

RISKA FAKTORU NOVĒRTĒŠANA UN DIAGNOSTIKA

Analīzes uz II tipa diabētu un prediabētu asimptomātiskiem pacientiem jāveic:

- PleaugušaĶiem ar lieko svaru
- Sievietēm, kas plāno grūtniecību ar lieko svaru vai kam izpildās viens vai vairāki riska faktori
- Visiem pacientiem virs 45 gadu vecuma
- Pacientiem ar prediabētu

ĢIMENES ĀRSTA VIZĪTES

Aprūpes plāna izstrāde;
Uzraudzība:

- psiholoģisks atbalsts
- medikamentu panesamība
- glikēmiskais līmenis
- svara kontrole
- Asinsspiediens
- Kognitīvo funkciju novērtējums

Ieteikumi profilaktiskām aktivitātēm

ĀRSTA SPECIĀLISTA APMEKLĒJUMI

Nosūtījumi:

- Redzes pārbaude
- Ģimenes plānošana reproduktīvā vecuma sievietēm
- Medicīniskā uztura terapija
- Diabēta pedagogs
- Podologs
- Psīhiskās veselības speciālists u.c.

IZMEKLĒJUMI UN ANALĪZES

Kontroles izmeklējumi:

- Ķermeņa svars
- Hemoglobīna līmenis
- Asinsspiediens

Profilaktiskie izmeklējumi:

- Acis dibena izmeklējumi
- Nieru izmeklējumi
- Asinsrites pārbaude

STACIONĀRĀ APRŪPE

- Glikozes slodzes izmeklējumi pacientam ar cukura diabētu vai hiperglikēmiju
- Glikozes kontrole
- Insulīna terapija
- Medicīniskā uztura terapija
- Stacionārā cukura diabēta pacientu apmācība

MEDIKAMENTI UN TERAPIJA, MONITORINGA IERĪCES

Terapiju veidi:

- Metformīna
- Insulīna
- Glitazonu
- Cilmes šūnu
- Kombinēta terapija

Medikamentu saraksta harmonizācija ar citu bieži blakus slimību medikamentiem



Attēls 8 Pacienta profils - diabēts

PACIENTA AR ESENCIĀLO (PRIMĀRO) HIPERTENSIJU PROFILS

IZPLATĪBA

- Pacientu ar esenciālo hipertensiju skaits: 14.65 uz 100 iedzīvotājiem
- Pacientu ar esenciālo hipertensiju īpatsvars vīrs 60 gadiem:
 - Vīriešiem: 52%
 - Sievietēm: 62,8%

KOMPLIKĀCIJAS UN BLAKUS SLIMĪBAS

Blakus slimības: citas sirds un asinsvadu slimības, nieru slimības, cukura diabēts
 Komplikācijas: sirdslēkmes, insults, sirds mazspēja, nieru slimības, āķidruma uzkrāšanās plaušās, redzes zudums, erektilā disfunkcija, atmiņas zudums

Latvijā netiek uzturēts reģistrs par pacientiem ar hipertensiju

17.4%
 Diagnosticēto ar hipertensiju pacientu īpatsvars vīrs 15 gadiem

PACIENTU APTAUJAS DATI

Ģimenes ārsts



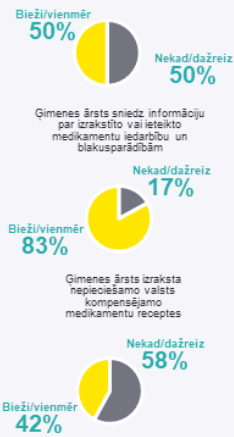
Ārsts speciālists



Stacionārā aprūpe



Medikamenti



Pašaprūpe



1

2

3

4

5

6

RISKA FAKTORU NOVERTĒŠANA UN DIAGNOSTIKA

Latvijā kopumavarētu būt nedzīvotāji, un līdz ar to nekontrolēta hipertensija vairāk ka **200 000** pacientiem

96.4% vīriešu un **83%** sieviešu pēdējā gada laikā mēris asinsspiedienu (2018. gada dati)

59.1% no mirušiem ar nāves pamatcēloni I10, I20-I25 nav bijusi ambulatorā vizīte ar «I» kodu pamatdiagnoze

ĢIMENES ĀRSTA VIZĪTES

Pacientu vidējais ģimenes ārsta apmeklējumu skaits (2019): **37.86** reizes uz 100 iedzīvotājiem

2.36 apmeklējumu skaits pie ģimenes ārsta uz vienu unikālo pacientu

56.8% no visiem ambulatorajiem apmeklējumiem

Pacienti vidēji vienu reizi piecos mēnešos apmeklē ģimenes ārstu

2016-2019 periodā apmeklējumu skaits pie ģimenes ārsta uz vienu unikālo pacientu samazinājās par 10% jeb 0,26 apmeklējumiem

ĀRSTA SPECIĀLISTA APMEKLĒJUMI

2.45 vidējais ambulatoro apmeklējumu skaits gadā (izņemot ģimenes ārstu) uz vienu unikālo pacientu ar primāro hipertensiju

43.2% no visiem ambulatorajiem apmeklējumiem ir ārsta speciālistu apmeklējumi. Apmeklējumu skaits pie kardiologa uz vienu unikālo pacientu: **1.23**

Apmeklējumu skaits pie internista uz vienu unikālo pacientu: **1.48**

IZMEKLĒJUMI UN ANALĪZES

Pacients vidēji reizi 8 mēnešos veic analīzes, reizi gadā veic EKG

Retāktiek veikta ehokardiogrāfija, fiziskās slodzes tests un padziļinātā elektrokardiogrāfija

STACIONĀRĀ APRŪPE

NMP izsaukumi personām, kuriem bija ambulatora epizode (I10): **3.8%** no kopējā personu skaita

NMP izsaukumi personām, kuriem nebija ambulatora epizode (I10): **9.2%**

38.7 pacienti stacionāri ar pamatdiagnozi I10 uz 10000 iedzīvotājiem vecumā vīrs 15 gadiem 2019. gadā

MEDIKAMENTI UN TERAPIJA, MONITORINGA IERĪCES

Iedzīvotāju īpatsvars, kuri ir lietojuši medikamentus pret augstu asinsspiedienu pēdējās nedēļas laikā (2018. gada dati) –

Vīrieši – **15%**

Sievietes – **25.9%**

PACIENTU VAJADZĪBAS

RISKA FAKTORU NOVERTĒŠANA UN DIAGNOSTIKA

Riska faktori - neveselīgs uzturs, fizisko aktivitāšu trūkums, smēķēšana, pārmērīga alkohola lietošana, liekais svars, ģimenes anamnēze, vecums vīrs 65 gadiem, citas hroniskas slimības (piem. cukura diabēts, nieru slimība).

Vīriešiem pieaugušajiem būtu jāmēra asinsspiediens vismaz reizi 5 gados līdz 80 gadu vecumam, un ikgadējā – vīrs 80 gadu vecuma.

ĢIMENES ĀRSTA VIZĪTES

- Regulāra smēķēšanas kontrole
- Hipertensijas dienasgrāmata
- Ieteikumi fiziskām aktivitātēm un veselīgam uzturam

ĀRSTA SPECIĀLISTA APMEKLĒJUMI

Pacients jānosūtīta pie speciālista, ja – pacients ir zem 40 gadu vecuma, stāvoklis, hipertensija pasliktinās vai ir rezistenta, netipiskas asinsspiediena izmaiņas, zema līdzestība, medikamentu nepanesamība vai kontrindikācijas, paaugstināts kreatinīna līmenis, proteinūrija vai hematūrija, zems K+, paaugstināts Na+

IZMEKLĒJUMI UN ANALĪZES

- Asinsspiediena mērījumi katrā vizītē
- Regulāri lipīdu un cukura rādītāji
- Reizi divos gados hipertensijas dzīvesveida faktoru izvērtējums un asimptomātisko orgānu bojājumu pārbaude
- Izmeklējumu veikšanai ir jābūt saistītai ar arteriālā spiediena līmeni (labi kompensēts – 2x gadā, slikti – vairākkārt).

STACIONĀRĀ APRŪPE

Stacionārā ar pamatdiagnozi hipertensija tiek uzskatīta par novērsamo hospitalizāciju

Neattieckama palīdzība nepieciešama, ja ir īpaši augsts asinsspiediens, ja ir aizdomas par feohromocitomu ar smagu hipertensiju vai iespējamās komplikācijas.

MEDIKAMENTI UN TERAPIJA, MONITORINGA IERĪCES

Medikamentozā ārstēšana – izmantojot renīna – angiotensīna sistēmas blokatoru kopā ar kalcija kanālu blokatoru vai diurētiku. Ja ar šo kombināciju hipertensija netiek kontrolēta, lietot trīs minētos komponentus kopā. Rezistenta hipertensijas gadījumā papildus pielietot spironolaktoru.

Spiediena mērīšana mājās apstākļos – vismaz vienreiz vai divreiz nedēļā.

Attēls 9 Pacienta profils – esenciālā (primārā) hipertensija

PALIATIVĀS UN HOSPISA APRŪPES PROFILS

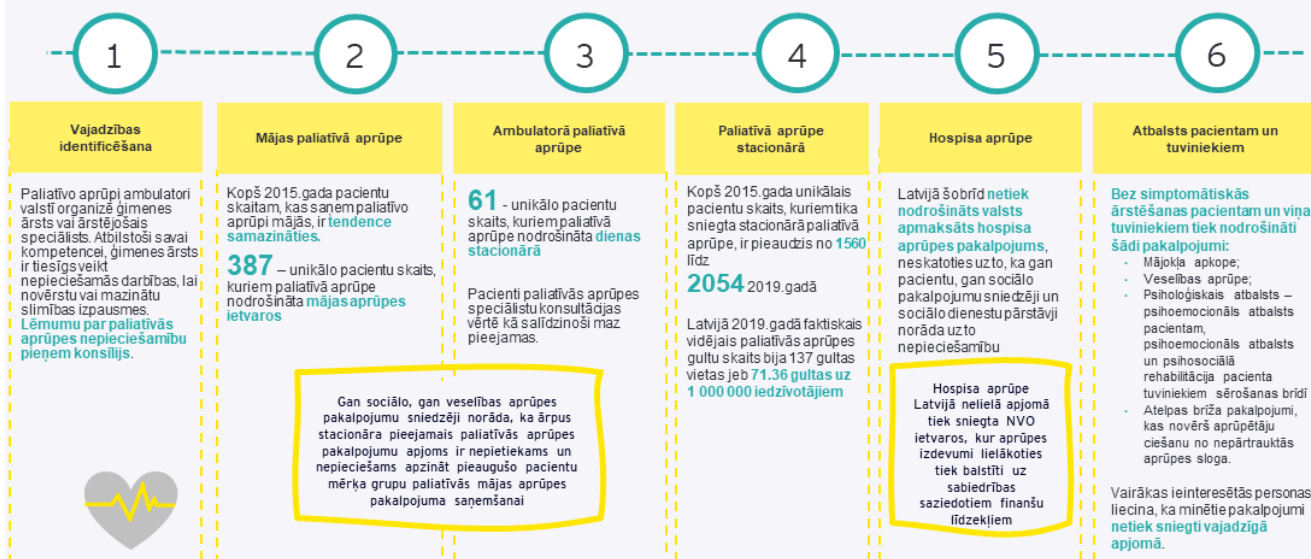
SLIMĪBAS, KURĀM NEPIECIEŠAMA PALIATIVĀ APRŪPE

- Pieaugušajiem - Alcheimera slimība un citas demences, vēzis, sirds un asinsvadu slimības, aknu ciroze, hroniskas obstruktīvas plaušu slimības, diabēts, HIV/AIDS, nieru mazspēja, multiplā skleroze, Parkinsona slimība, reimatoīdais artrīts, zāļu rezistentā tuberkuloze
- Bērniem - Vēzis, sirds un asinsvadu slimības, aknu ciroze, iedzimtas anomālijas (izņemot sirds patoloģijas), asins un imūnās sistēmas traucējumi, HIV/AIDS, meningīts, nieru slimības, neiroloģiski traucējumi un jaundzimušo slimības.

Paliatīvā aprūpe var būt nepieciešama arī pacientiem ar citām slimībām.

14% no pacientiem, kam nepieciešama paliatīvā aprūpe pasaulē, to saņem

Kopumā 377 pieaugušajiem virs 15 gadiem un 63 bērniem zem 15 gadiem uz 100 000 iedzīvotājiem nepieciešama paliatīvā aprūpe vidēji pasaulē



PACIENTU VAJADZĪBAS

Mājas paliatīvā aprūpe	Paliatīvā aprūpe stacionārā	Hospisa aprūpe	Atbalsts pacientam un tuviniekiem
Mājas paliatīvajai aprūpei ietilpams nodrošināt vismaz vienu paliatīvās aprūpes komandu uz 100 000 iedzīvotājiem, kas ir pieejama 24 stundas diennaktī un iekļauj 4-5 darbiniekus (ārstus un medmāsas ar specializētām kompetencēm, sociālos darbiniekus).	Saskaņā ar EAPC uz 1 000 000 iedzīvotāju ir nepieciešamas vismaz 50 paliatīvās aprūpes gultas, taču vēlams nodrošināt 80-100 paliatīvās aprūpes un hospisa gultas uz 1 000 000 iedzīvotājiem	Hospisa aprūpei būtu jānosedz šādas vajadzības: • Atvieglot pacienta fiziskās un psiholoģiskās ciešanas • Nodrošināts hospisa pakalpojums pacienta mūža beigās iekļaujot atšāpinošu terapiju, ērtus apstākļus, psiholoģisku atbalstu u.c. • Uzraudzība un pieejams atbalsts 24 h/diennaktī Starptautiskā prakse liecina, ka: • stacionārās hospisa aprūpes komandai jāietver medmāsas (vēlams vismaz 1.2 medmāsas uz gultavietu); • speciālisti, kas ir apmācīti paliatīvajā aprūpē; • psihosociālās un garīgās aprūpes speciālistus ar iespēju viegli piesaistīt citus speciālistus, - fizioterapeitus, dietologus, runas terapeitus, sociālos darbiniekus, brīvprātīgos u.c. Dienas hospisa aprūpē nepieciešama starpdisciplināra komanda, ko atbalsta brīvprātīgie darbinieki. Ieteicamais komandas sastāvs – • divas medmāsas (vismaz viena specializēta paliatīvās aprūpes medmāsa) uz 7 pakalpojuma saņēmējiem. • Nodrošināta brīva pieeja ārstiem un citiem speciālistiem, piemēram, fizioterapeitiem, sociālajiem darbiniekiem, kapelāniem. Rekomendētais veidot vismaz vienu dienas aprūpes centru uz 150 000 iedzīvotājiem	Paliatīvās aprūpes ietvaros pacientam un viņa tuviniekiem ir nepieciešami šādi pakalpojumi: • Atelpas brīža pakalpojumi • Atbalsta grupas • Sērošanas perioda pakalpojumi • Kapelānu pakalpojumi • Psiholoģiskā atbalsta pakalpojumi

Attēls 10 Pacienta profils – paliatīvā un hospisa aprūpe

KRŪTS VĒŽA PACIENTA PROFILS

IZPLATĪBA

- Uzskaitē esošo krūts vēža pacientu skaits: 5.88 uz 10 000 iedzīvotājiem
- No tiem sievietes vecumā virs 60 gadiem: 11.54 uz 10 000 iedzīvotājiem

KOMPLIKĀCIJAS UN BLAKUS SLIMĪBAS

- Lielākā daļa komplikāciju rodas no tā ārstēšanas vai/ un profilakses
 - No ķīmijterapijas: anēmija, neiropātija, osteoporoze, redzes problēmas, sirds slimības
 - No staru terapijas: ādas problēmas, sirds un plaušu slimības
 - No hormonālās terapijas: osteoporoze, karstuma viļņi

Latvija ir 9. vietā starp ES valstīm pēc mamogrāfijas iekārtu skaita: 2.6 iekārtas uz 100 000 iedzīvotāju

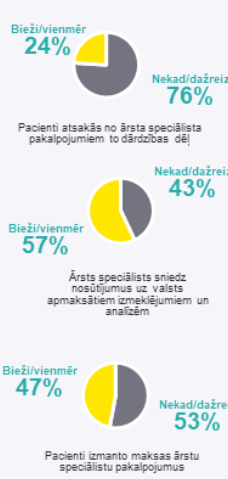
32,8% no Latvijas sievietēm nav veikušas mamogrāfiju pēdējo 2 gadu laikā

PACIENTU APTAUJAS DATI

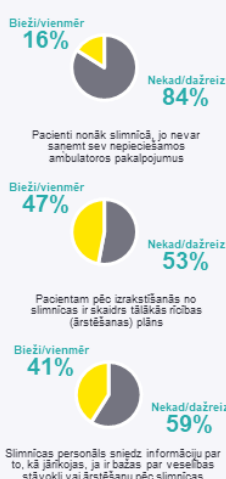
Ģimenes ārsts



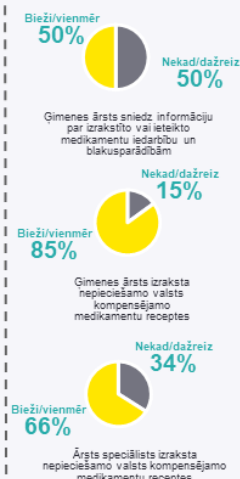
Ārsts speciālists



Stacionārā aprūpe



Medikamenti



Pašaprūpe



1

2

3

4

RISKA FAKTORU NOVĒRTĒŠANA UN DIAGNOSTIKA

Krūts vēža galvenie riska faktori ir vecums virs 50 gadiem un sievišķais dzimums

58.7% no sievietēm vecumā no 50 līdz 69 gadiem izgāja krūts vēža skrīningu 2015-2017 periodā, jo saņēma uzaicinājumu uz valsts apmaksāto skrīningu.

27.6% īpašsvars krūts vēža pacientiem ar 3. un 4. vēža stadiju no visiem jaunatklātiem gadījumiem

ĀRSTA SPECIĀLISTA APMEKLĒJUMI

11 913 Unikālie pacienti, kuri apmeklēja ārstu speciālistus ar C50 kā pamatdiagnozi

133 448 Kopējais apmeklējumu skaits pie speciālista ar C50 kā pamatdiagnozi

Ambulatoro apmeklējumu skaits uz vienu unikālo pacientu pacientiem ar diagnozi C50 palielinās no 8.9 2016. gadā līdz **11.2** 2019. gadā

STACIONĀRĀ APRŪPE

1 791 Unikālie pacienti, kuri tika hospitalizēti ar C50 kā pamatdiagnozi

8.2 dienas Vidējais ārstēšanas ilgums pieaugušiem ar ļaundabīgiem audzējiem

Unikālo NMPD izsaukumu skaits pacientiem ar pamatdiagnozi C50, laika posmā no 2016. līdz 2019. gadam ir nedaudz samazinājies.

NMPD izsaukumu skaits 2019. gadā pacientiem ar C50 diagnozi - **471**

MEDIKAMENTI UN TERAPIJA, MONITORINGA IERICES

Nav pieejami dati.



PACIENTU VAJADZĪBAS

RISKA FAKTORU NOVĒRTĒŠANA UN DIAGNOSTIKA

Profilakse –

- Regulāra krūšu pašizmeklēšana
- Krūts vēža skrīnings

Diagnosticiska krūšu izmeklēšana –

- Mamogrāfija
- Tomosintēze
- Kontrasta mamogrāfija jeb spektrālā mamogrāfija
- Mamogrāfija ar kompresiju un palielinājumu
- Ultrasonogrāfija
- Magnētiskās rezonanses izmeklējums
- Core vai vakuuma biopsijas

ĢIMENES ĀRSTA VIZĪTES

- Sniegts nosūtījums uz specializētu ārstniecības iestādi padziļinātai izmeklēšanai
- Kliniska krūšu izmeklēšana (veic ģimenes ārsts vai ginekologs)
- Sūdzību, simptomu novērtēšana
- Psihoemocionālā stāvokļa izvērtēšana
- Dinamiskā novērošana
- Audzējspecifiska vai vispārēja secīga novērošana un aprūpe
- Atbalsta sniegšana

ĀRSTA SPECIĀLISTA APMEKLĒJUMI

- Nepieciešama starpdisciplināra aprūpes komanda
- Regulāras vizītes pie onkologa-ķīmijterapeita
- Krūškurvja un vēdera dobuma CT, kaulu scintigrāfijas veikšana, lai izslēgtu metastāzes

STACIONĀRĀ APRŪPE

- Operāciju veidi –**
- Krūti saglabājoša operācija
 - Mastektomija, jeb visas krūts dziedzeru noņemšana
 - Profilaktiska mastektomija
 - Krūts dziedzeru rekonstrukcija
 - Sargmezglas biopsija
 - Paduses limfadenektomija

Krūts vēža ārstēšana var notikt izmantojot ķirurģisko metodes, kā arī hormonālo, ķīmijas un staru terapiju.

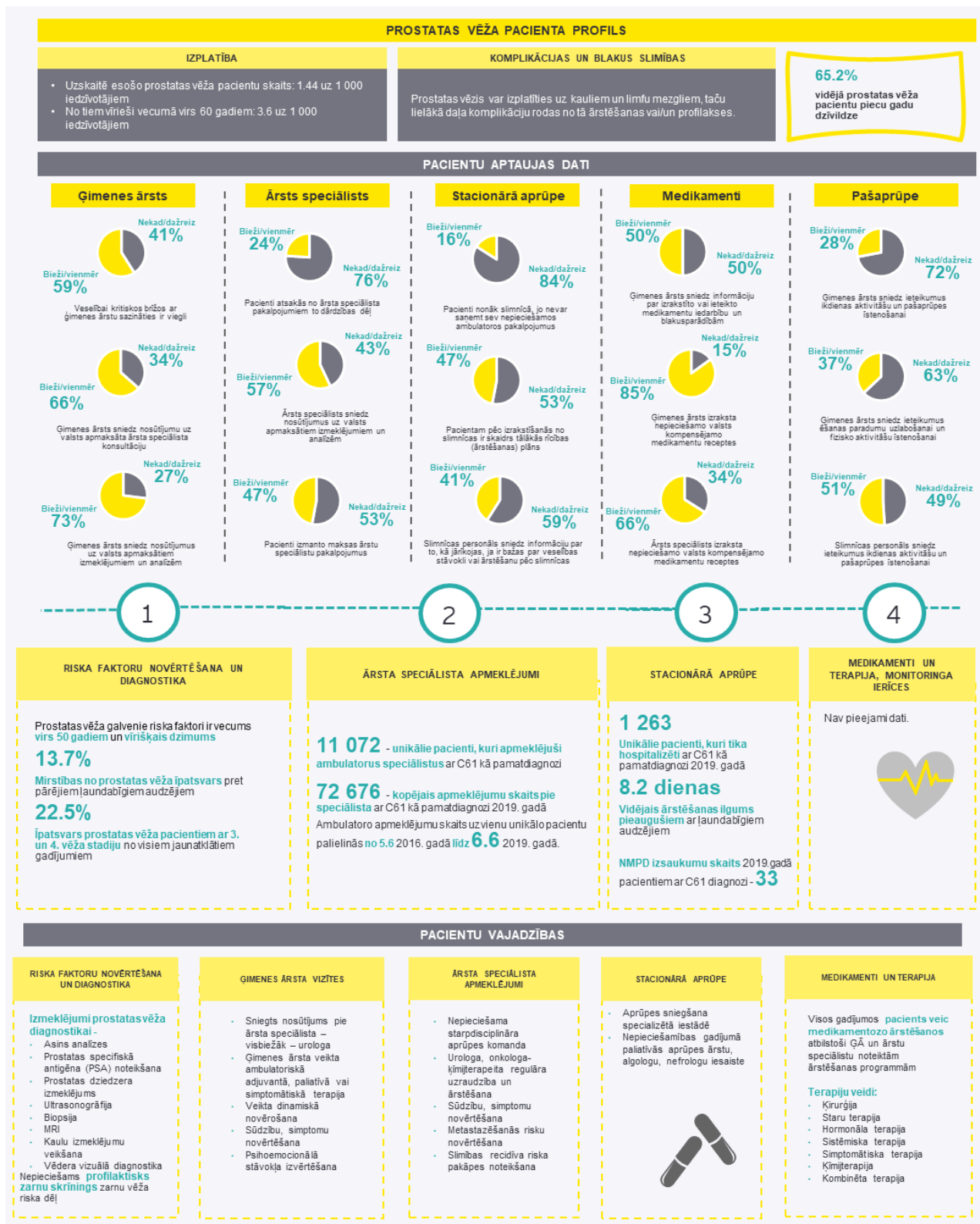
Visos gadījumos pacients veic medikamentozo ārstēšanu atbilstoši ģimenes ārsta un ārstu speciālistu noteiktām ārstēšanas programmām.

Medikamenti –

- Tamoksifēns – iekšķīgi lietojamas tabletes;
- Aromatāzes inhibitori



Attēls 11 Pacienta profils – krūts vēzis



Attēls 12 Pacienta profils – prostatas vēzis

ALCHEIMERA SLIMĪBAS PACIENTA PROFILS

IZPLATĪBA

- Uzskaitē esošo Alzheimeras slimības pacientu skaits: 8,11 uz 10 000 iedzīvotājiem

KOMPLIKĀCIJAS UN BLAKUS SLIMĪBAS

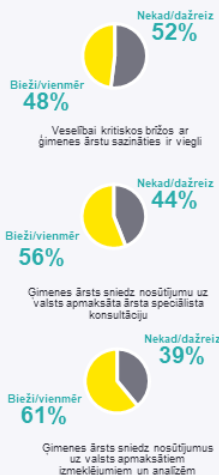
- Alzheimeras slimības visbiežākās sekas - demence.
- Citas komplikācijas iekļauj:
 - Agressīva uzvedība
 - Urīnpūšļa un zarnu neturēšana
 - Depresija, kļaidošana, citi mentāli traucējumi

2017. gadā
Latvijā demences
pacientu
kop skaits bija
5469

192 pacienti
neto demences
pacientu skaita
pieaugums periodā
2012-2017

PACIENTU APTAUJAS DATI

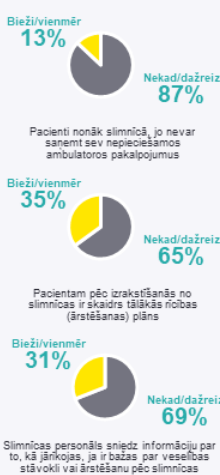
Ģimenes ārsts



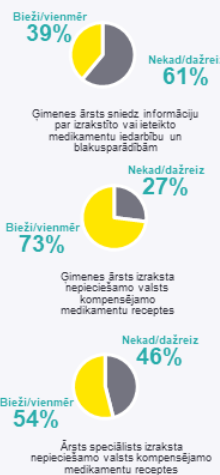
Ārsts speciālists



Stacionārā aprūpe



Medikamenti



Pašaprūpe



1

2

3

4

5

RISKA FAKTORU NOVĒRTĒŠANA UN DIAGNOSTIKA

Latvijā uzskaitē esošo cilvēku skaits ar šo slimību ir būtiski mazāks par faktiski pacientu skaitu.

6.09 - Unikālo pacientu skaits, kas izmantoja ambulatoros pakalpojumus uz 10000 reģionā iedzīvotājiem vecumā virs 65 gadiem ar norādīto diagnozi Alzheimeras slimība

ĢIMENES ĀRSTA VIZĪTES

Ģimenes ārsta apmeklējumi veido lielāko daļu no visiem ambulatoriem apmeklējumiem pacientiem

Sievietēm - **67%** no gadījumiem

Vīriešiem - **75%** no gadījumiem

ĀRSTA SPECIĀLISTA APMEKLĒJUMI

Unikālo pacientu skaits, kas izmantoja ambulatoros pakalpojumus uz 10000 reģionā iedzīvotājiem vecumā virs 65 gadiem ar norādīto diagnozi Alzheimeras slimība:

Sievietēm - **6.71**

Vīriešiem - **4.83**



STACIONĀRĀ APRŪPE

Kopējais NMP izsaukumu skaits ir ļoti neliels un nav iespējams veikt salīdzinošu analīzi starp reģioniem.

Stacionēšanas epizožu skaits uz vienu unikālo stacionāra pacientu:

Sievietēm - **1.2**

Vīriešiem - **1.66**

MEDIKAMENTI UN TERAPIJA, MONITORINGA IERĪCES

Izrakstīto kompensējamo receptu skaits uz vienu ambulatoro unikālo pacientu

Latvijā **4.09**

Novērojamas būtiskas reģionālas atšķirības: viszemākais rādītājs Zemgalē - **1,26** visaugstākais - Vidzemē **4,94**

PACIENTU VAJADZĪBAS

RISKA FAKTORU NOVĒRTĒŠANA UN DIAGNOSTIKA

- Pirmreizējā diagnostika notiek brīdī, kad pacients ar atmiņas un uzvedības traucējumiem ierodas pie ģimenes ārsta.
- Uzvedības traucējumu/psihiatrisku simptomu atpazīšanu veic ģimenes ārsts
- Svarīgi veikt izmeklējumus, kas ļaus atšķirt Alzheimeras izraisīto demenci no citiem traucējumiem
- Kritisku risku identificēšana, precizēšana

ĢIMENES ĀRSTA VIZĪTES

- Izstrādāts ārstēšanas un aprūpes plāns
- Ārstēšanas plāna pārskatīšana reizi 6 mēnešos
- Kardiovaskulāro slimību riska faktoru novērtēšana
- Pazemināta garastāvokļa, depresijas pazīmju novērtēšana
- Pacienta sāpju novērtēšana
- Cukura diabēta kontrole
- Inkontinences kontrole
- Paliatīvās aprūpes nepieciešamības novērtēšana
- Funkcionēšanas spēju novērtēšana

ĀRSTA SPECIĀLISTA APMEKLĒJUMI

- Neirologa sniegta informācija pacientam un viņa tuviniekiem
- specializētā neiroloģijas dienas stacionārā
- Veikta darba spēju izvērtēšana
- Kognitīva rehabilitācija dienas stacionārā
- Kardiovaskulārās sistēmas izmeklēšana;
- Uzvedības traucējumu konstatēšana

STACIONĀRĀ APRŪPE

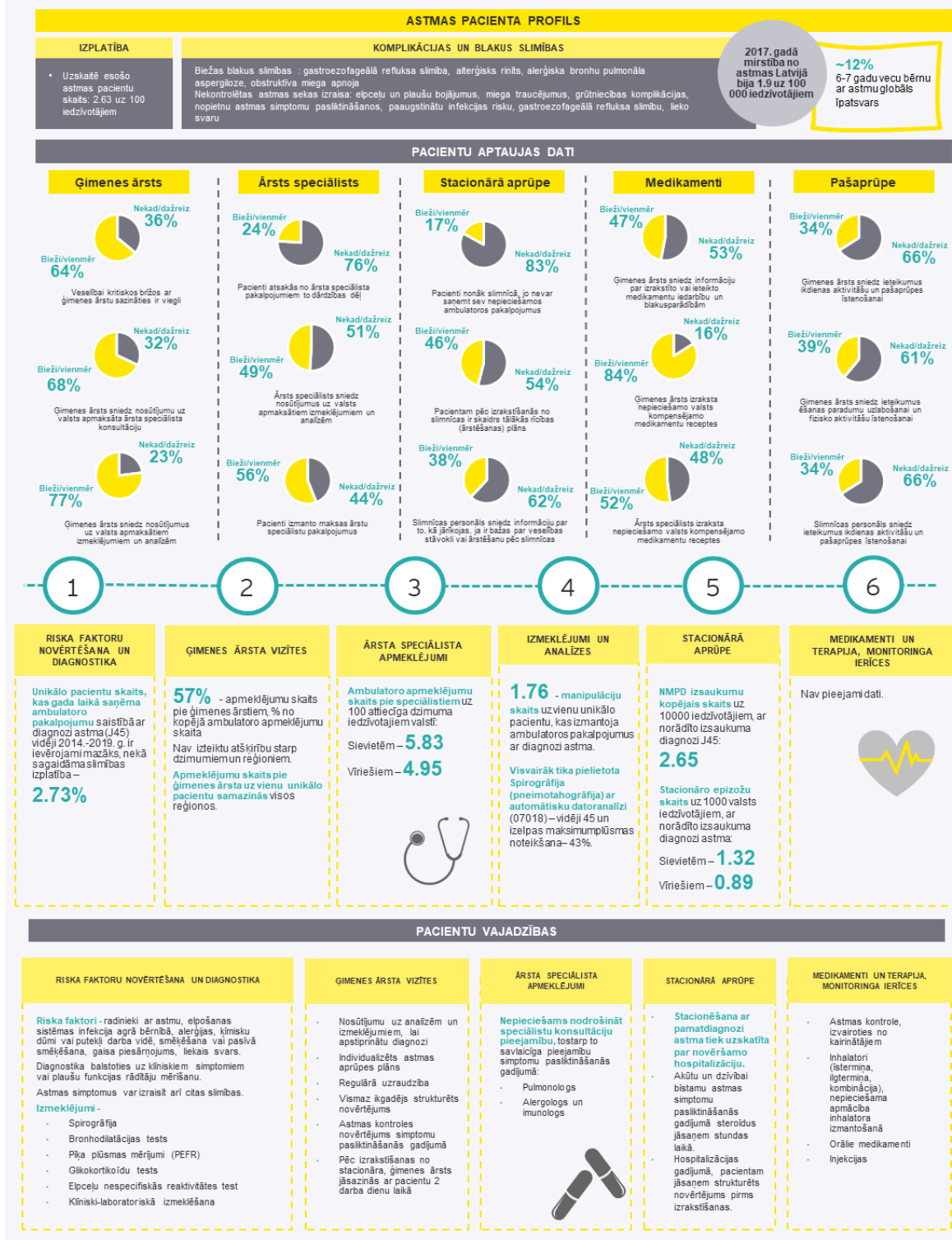
- Nepieciešama valsts apmaksāta aprūpe:**
 - specializētā neiroloģijas dienas stacionārā;
 - gerontopsihiatriskā klīnikā.
- Nepieciešama starpdisciplināras komandas aprūpe
- Kognitīva rehabilitācija



MEDIKAMENTI, TERAPIJA UN PAŠAPRŪPE

- Pašaprūpe** -
 - Sociālās palīdzības sniegšana
 - darbības, lai veicinātu pacienta kognitīvās funkcijas, neatkarību un labklājību;
 - kognitīvo spēju veicinošo aktivitāšu nodrošināšana
 - Mākslas terapija
 - Nepieciešama regulāra uzraudzība** - medikamentu lietošana, droša vide, apmaldīšanās riska mazināšana
- Farmakoloģiska ārstēšana** -
 - Acetilholinesterāzes inhibitori;
 - Monoterapija ar memantīnu;
 - Antipsihotisko medikamentu lietošana

Attēls 13 Pacienta profils – Alzheimeras slimība



Attēls 14 Pacienta profils – astma

ŠIZOFRĒNIJAS SLIMĪBAS PACIENTA PROFILS

IZPLATĪBA

- Uzskaitē esošo šizofrēnijas slimības pacientu skaits: **1.43** uz 1000 iedzīvotājiem

KOMPLIKĀCIJAS UN BLAKUS SLIMĪBAS

- Lielākie šizofrēnijas apgrūtinājumi rodas no slimības simptomiem – maldi, halucinācijas, domāšanas traucējumi. Citas komplikācijas iekļauj:
 - Psihozi
 - Akūtas šizofrēnijas epizodes

2017. gadā stacionārā tika pieņemti 5829 pacienti ar šizofrēniju

Par 50% samazinājās reģistrā uzņemto šizofrēnijas pacientu skaits 2009–2017 periodā

PACIENTU APTAUJAS DATI

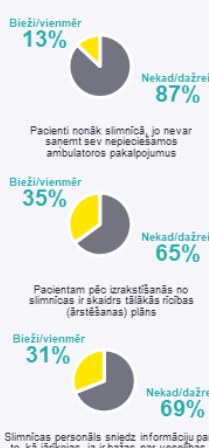
Ģimenes ārsts



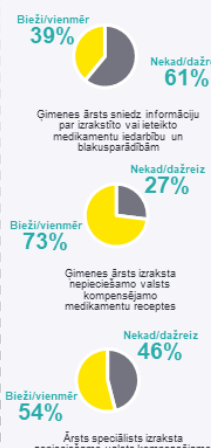
Ārsts speciālists



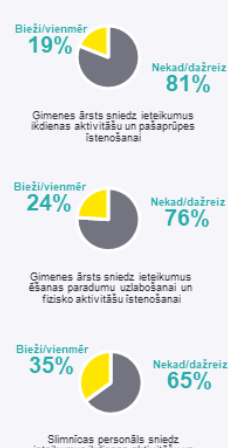
Stacionārā aprūpe



Medikamenti



Pašaprūpe



1

2

3

4

5

6

RISKA FAKTORU NOVĒRTĒŠANA UN DIAGNOSTIKA

~1% no iedzīvotājiem var saslimt ar šizofrēniju
18-25 gadi visbiežākais slimības sākuma vecums

ĢIMENES ĀRSTA VIZĪTES

- Pacienti ar šizofrēniju visbiežāk saņem psihiatra palīdzību, tādēļ uz ģimenes ārsta vizītēm netiek līdus uzvars
- Reģistrā uzskaitē esošo pacientu diagnozēs F20-F29 skaits 2017. gadā – **19746**
- Uzskaitē esošo pacientu ar diagnozi F20 skaits uz 100 000 iedzīvotāju 2017. gadā – **817.5**

ĀRSTA SPECIĀLISTA APMEKLĒJUMI

Visbiežāk apmeklētais ārsts speciālists ir psihiatrs.
1.13 - ambulatoro apmeklējumu skaits uz vienu uzskaitē esošo valsts pacientu ar diagnozi šizofrēniju
Ambulatoras konsultācijas pie psihiatra, % no kopējiem ambulatoriem pakalpojumiem pacientiem ar diagnozi šizofrēniju:
Sievietēm – **93%**
Vīriešiem – **85%**

IZMEKLĒJUMI UN ANALĪZES

Nav pieejami dati.

STACIONĀRĀ APRŪPE

NMPD izsaukumu skaits ar norādīto izsaukuma diagnozi F20, uz 100 reģiona iedzīvotājiem
2019. gadā – **5.32**
NMP izsaukumu skaits uz vienu uzskaitē esošo pacientu 2017. gadā – **7.17**
Stacionēšanas epizožu skaits uz vienu unikālo stacionāra pacientu
Sievietēm – **1.82**
Vīriešiem – **1.79**

MEDIKAMENTI UN TERAPIJA, MONITORINGA IERĪCES

Nav pieejami dati.

PACIENTU VAJADZĪBAS

RISKA FAKTORU NOVĒRTĒŠANA UN DIAGNOSTIKA

- Komorbido traucējumu izmeklēšana;
 - Diferenciāldiagnostika;
 - Klīniskie izmeklējumi;
 - Šizofrēnijas smaguma pakāpes novērtēšana
 - Pašnāvības riska novērtēšana;
 - Garastāvokļa traucējumu atpazīšana;
 - Psihotisko traucējumu konstatēšana
- Galvenās riska faktoru grupas:**
- Pārmantotība
 - Sarežģījumi grūtniecības un dzemdību laikā
 - Autoimūns iekaisums smadzenēs
 - Psihoaktīvu vielu lietošana
 - Sociālie faktori

ĢIMENES ĀRSTA VIZĪTES

- Regulāra ģimenes ārsta uzraudzība un konsultāciju sniegšana
- Somatiskā un psihiskā stāvokļa monitorēšana;
- Depresijas skrīnings;
- Nosūtīšana pie psihiatra vai narkologa
- Stacionēšanas organizēšana neatliekamajos gadījumos

ĀRSTA SPECIĀLISTA APMEKLĒJUMI PSIHIATRS | NARKOLOGS | NEIROLOGS

- Depresijas skrīnings;
- Komorbido traucējumu ārstēšana;
- APL devas novērtēšana;
- Ambulatoras psihiatra vizītes ne retāk kā **1 reizi 2 nedēļās**
- Starpdisciplināra komanda psihiatriskā dienas stacionārā;
- Psihiatra vērtēti komorbide traucējumi, psihosociālo intervenciju piemērotība un efektivitāte;
- Katru nedēļu pārrunāta psihiskā stāvokļa dinamika ar psihiatriskās rehabilitācijas komandu

IZMEKLĒJUMI UN ANALĪZES

- Rekomendējamie izmeklējumi uzsākot APL:**
- Svars;
 - Vidukļa apkārtmērs;
 - KMI;
 - Puls un asinsspiediens;
 - Klīniskā asins aina;
 - Asins bioķīmija (glikoze);
 - Kustību traucējumu novērtēšana un dokumentēšana
 - U.c.

STACIONĀRĀ APRŪPE

- Aprūpe:**
- Psihiatriskā;
 - Narkoloģiskā;
 - Multiprofilu stacionārā.
- Nodrošinātās:**
- Psiholoģiskas intervences stacionāram pacientam
 - Psihiatriskā rehabilitācija;
 - Ergoterapeitu konsultācijas;
 - Agrīnas intervences programma (AIP) 6 mēnešu garumā starpdisciplināras komandas uzraudzībā

MEDIKAMENTI, TERAPIJA UN PAŠAPRŪPE

- Terapiju veidi:**
- Psihoterapija (t.sk. atbalsta psihoterapija)
 - Kognitīvi biheiviorālā terapija;
 - Antipsihotisko līdzekļu terapija (APL);
 - Mākslas terapija;
 - Modificēto elektrokonvulsīvo terapiju, ja ir katatonu traucējumi vai augsts pašnāvības risks;
 - Balstterapija.
- Jāvērtē:**
- Simptomu izmaiņas, blakusparādības un līdzestība terapijas procesam;
 - Medikamentošanās ārstēšanas efektivitāte ne retāk kā **reizi nedēļā**;
 - APL efektivitāti, devu, blakusparādības
 - Somatiskā stāvokļa monitorings

Attēls 15 Pacienta profils – šizofrēnija

13 Priekšlikumi uz pacientu orientētas integrētas aprūpes organizēšanas un finansēšanas iespējām

Lai ieviestu jaunu uz pacientu orientētu integrētas aprūpes modeli Latvijā, nepieciešams veikt ne tikai ieguldījumus infrastruktūrā un cilvēkresursu attīstībā, bet arī veikt virkni organizatorisku izmaiņu esošajā veselības aprūpes un sociālās aprūpes nodrošināšanas kārtībā (skat. rekomendāciju apkopojumu attiecībā uz integrētas aprūpes organizēšanu, nepieciešamo infrastruktūru, cilvēkresursiem un starpsektorālo sadarbību tabulā Nr. Tabula 16.

Pētījuma ietvaros sagatavotas indikatīvas nepieciešamā finansējuma aplēses attiecībā uz rekomendācijām, kur iespējama uz pamatotiem pieņēmumiem balstītu aprēķinu izstrāde. Pārējām rekomendācijām, kas vai nu paredz organizatoriskas izmaiņas esošajā pakalpojumu organizācijā un nav saistītas ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem, vai kuru ieviešanai nepieciešamo finansējumu nav iespējams aplēst, pamatojoties uz ticamiem pieņēmumiem, atbilstošu datu ierobežotas pieejamības dēļ, nav norādīts indikatīvais nepieciešamais finansējums. Papildus tabulā Nr. Tabula 16 sniegti priekšlikumi rekomendāciju ieviešanas finansēšanas iespējām, norādot iespējamus finansējuma avotus.

Tabulā Nr. Tabula 16 atbilstoši TS 3.6.punktam norādīts, uz kuriem integrētas aprūpes modeļa ieviešanai nepieciešamajiem pamatelementiem attiecināma konkrētā rekomendācija. Pamatelementi grupēti šādu kategoriju ievaros:

1. Aprūpes organizēšana;
2. Cilvēkresursi;
3. Infrastruktūra;
4. Starpsektorālā sadarbība.

Tabula 16 Rekomendāciju apkopojums, atbildīgo iestāžu saraksts rekomendāciju ieviešanai

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
R1	Turpināt organizēt valsts un pašvaldību līmeņa (izglītības iestādēs, darba vietās un ģimenēs) veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumus.	VM, pašvaldības	4 milj. EUR ⁶⁸ /gadā	- VB finansējuma novirzīšana⁶⁹ profilaktiskajai veselības aprūpei - ES fondu finansējums	Aprūpes organizēšana
R2	Nodrošināt iestāžu (pašvaldību, NVO, izglītības iestāžu u.c.) proaktīvu iesaisti veselīga un aktīva dzīvesveida veicināšanā, kas orientētas uz dažādu vecumu mērķauditorijām, kā arī veicināt dažādu interaktīvu un inovatīvu risinājumu izmantošanu, lai sasniegtu prioritārās mērķa grupas.	VM, pašvaldības			Aprūpes organizēšana
R3	Veikt regulārus iedzīvotāju dzīvesveida paradumu pētījumus, lai novērtētu veselības veicināšanas un profilakses pasākumu ilgtermiņa ietekmi uz sabiedrības veselības rādītājiem.	VM	50-100 tūkst. EUR/gadā	ES fondu finansējums	Aprūpes organizēšana
R4	Veicināt telemedicīnas pakalpojumu attīstību pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanā un veselības stāvokļa uzraudzībā, pamatojoties uz Eiropas Komisijas Strukturālo reformu atbalsta ģenerāldirektorāta atbalstītā projekta Nr. SRSS/2018/01/FWC/002 "Slimnīcas pakalpojumu,	VM	Pētījuma izstrādes brīdī nav nosakāms, ņemot vērā, ka valstī nav noteikta	N/A	- Infrastruktūra - Starpsektorālā sadarbība

⁶⁸ Paredzot profilaktiskajai aprūpei novirzāmā finansējuma (2,4% no kopējām veselības aprūpes izmaksām) tuvināšanu ES27 vidējam rādītājam (2,77%).

⁶⁹ Skat. sadaļu "Veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas izmaksu efektivitātes izvērtējums"

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	telemedicīnas un integrētās aprūpes turpmāka attīstība” ietvaros gūtajiem secinājumiem un rekomendācijām attiecībā uz: - Veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniedzami, izmantojot telemedicīnas risinājumus; - Telemedicīnas pakalpojumu finansēšanas kārtību (valsts/privāti finansēti telemedicīnas pakalpojumi); - Aprūpes speciālistu un organizāciju iesaisti telemedicīnas pakalpojumu sniegšanā, pārvaldības struktūru, lomām un atbildībām; - Mērķa grupu telemedicīnas pakalpojumu saņemšanai; - IT nodrošinājumu telemedicīnas pakalpojumu sniegšanā; - Plānotajām normatīvo aktu izmaiņām; - Pacientu datu apstrādes procesu, datu aizsardzību u.c. Ieviešot telemedicīnas pakalpojumus, nepieciešams paredzēt: - Attālinātas ģimenes ārsta konsultācijas pacientiem; - Attālinātas ārstu-speciālistu konsultācijas pacientiem; - Attālinātas speciālistu-speciālistu konsultācijas; - Attālinātu hroniski slimu pacientu veselības parametru kontroli.		telemedicīnas pakalpojumu attīstības stratēģija		Aprūpes organizēšana
R5	Pilnveidot primārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas kārtību, palielinot maksājumu, kas balstīti uz kvalitātes rādītāju sasniegšanu, īpatsvaru kopējā pakalpojumu apmaksas struktūrā, ar mērķi motivēt ģimenes ārstu prakses proaktīvai iesaistei slimību profilaksē un uz iznākumu vērstas pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanas nodrošināšanai. Ieteicams apsvērt šādas iespējamās alternatīvās izmaiņas pakalpojumu apmaksas kārtībā: - Palielināt ģimenes ārstiem izmaksātās prēmijas par kvalitātes kritēriju izpildi īpatsvaru kopējā pakalpojumu apmaksas struktūrā, atbilstoši samazinot kapitācijas maksājumu īpatsvaru; - Noteikt samazinātus kapitācijas maksājumus par katru nākamā pacientu virs noteiktā optimālā pacientu skaita ģimenes ārsta praksē tām ģimenes ārstu praksēm, kurās reģistrēto pacientu skaits pārsniedz optimālo;	VM	N/A Izmaiņas esošajā pakalpojumu apmaksas kārtībā, kas nav saistītas ar papildu ieguldījumiem	N/A	Aprūpes organizēšana

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	Integrēt ģimenes ārstu darba kvalitātes kritēriju izpildi kapitācijas maksājumu aprēķinā, nosakot, ka atbilstoši kvalitātes kritēriju izpildei kapitācijas maksājumiem tiek piemērots koeficients.				
R6	Veicināt veselības parametru paškontroles ierīču (piem., pulsa oksimetru, asinsspiediena mērīšanas ierīču u.c.) izmantošanu primārajā aprūpē, kas ļautu pacientam īstenot pašaprūpi, vienlaikus nodrošinot pastāvīgu pacienta veselības stāvokļa uzraudzību un attālinātu monitoringu, tādējādi samazinot nepieciešamību pēc klātienē ģimenes ārstu vizītēm.	VM	Pētījuma izstrādes brīdī nav nosakāms, ņemot vērā, ka nav pieejami dati par pacientu skaitu, kam nodrošināmas paškontroles ierīces	N/A	- Infrastruktūra - Aprūpes organizēšana
R7	Palielināt māsu iesaisti primārās aprūpes īstenošanā, piemēram, izveidojot māsu konsultatīvos kabinetus ģimenes ārstu praksēs, kas paredz māsas aktīvu lomu profilaktisko pārbaūžu organizēšanā un pacientu konsultēšanā, pēc nepieciešamības novirzot pacientu tālāk uz ģimenes ārsta konsultāciju.	VM	N/A Organizatoriskas izmaiņas ģimenes ārstu prakšu darba organizācijā, kas nav saistītas ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem. Aprēķins neparedz papildu telpu nepieciešamību māsu konsultatīvo kabinetu izveidei.	N/A	- Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi
R8	Ieviest uz iznākumu vērstu pakalpojumu kvalitātes sistēmu – par konkrētu hronisko slimību metodisko vadību atbildīgajai struktūrai definēt mērķus un iznākuma rādītājus katras hroniskas slimības ārstēšanā (t.sk ņemot vērā slimības izpausmes veidus un smaguma pakāpi), tajos iekļaujot pacientam būtiskos iznākuma rādītājus (PROM – no angļu val. patient reported outcome measures), kā veselības stāvokļa pašvērtējums, slimības simptomu mazināšana, emocionālais stāvoklis, veselības ietekmētā dzīves kvalitāte, pacienta pieredze, veselību ietekmējoši paradumi. Sadarbojoties ar ģimenes ārstiem, māsām un ārstiem speciālistiem, noteikt katram aprūpes līmenim specifiskos rezultātīvos rādītājus, kas ietekmē iznākuma rādītāja sasniegšanu. Tāpat nepieciešams paredzēt mērķus un sasniedzamos rādītājus starpdisciplinārām komandām, piemēram, rādītāji ģimenes ārsta un ārstu speciālistu komandai. Uz iznākumu vērstas pakalpojumu kvalitātes sistēmas ieviešanā paredzēt sistemātisku un regulāru pacienta pieredzes novērtēšanu par saņemto	VM, ārstniecības iestādes	N/A Organizatoriskas izmaiņas esošajā pakalpojumu organizācijā, kas nav saistītas ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	- Aprūpes organizēšana - Starpsektorālā sadarbība

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	ārstēšanu un atbalstu (pirms un pēc pakalpojuma saņemšanas), kā arī šo datu uzskaiti kopā ar pacienta veselības datiem.				
R9	Izstrādāt pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanas un aprūpes plāna paraugu un tā ieviešanas kārtību: - definējot elementus, kas iekļaujami plānā, piemēram, ārstēšanas un aprūpes mērķi, noteiktā periodā sasniedzamie iznākuma rādītāji, riska faktori, ārstēšanas un aprūpes programma un iesaistītie pakalpojuma sniedzēji, lietojamie medikamenti, pacienta pašaprūpes aktivitātes, ārstēšanas un aprūpes plāna izpilde u.c; - nosakot ģimenes ārstu atbildību par ārstēšanas un aprūpes plāna izstrādi, sadarbojoties ar ārstiem speciālistiem un nepieciešamības gadījumā – arī ar reģionālo slimnīcu un universitāšu slimnīcu speciālistiem; - nosakot normatīvajos aktos kārtību, kādā izstrādājams integrēts ārstēšanas un aprūpes plāns, t.sk. nosakot pacienta datu apstrādes tiesības pašvaldību sociālajiem dienestiem, pamatojoties uz ģimenes ārsta iniciētu pieprasījumu pēc pacientam nepieciešamajiem sociālajiem pakalpojumiem, veicot atbilstošu atzīmi ārstēšanas un aprūpes plānā; - attīstot vienotajā veselības nozares elektroniskajā informācijas sistēmā (e-veselība) ārstēšanas un aprūpes plāna izveides, reģistrēšanas, saskaņošanas un aktualizēšanas funkcionalitāti, nodrošinot iespēju veikt datu apmaiņu ar pašvaldību sociālo dienestu izmantoto sociālās palīdzības un sociālo pakalpojumu administrēšanas lietojumprogramma SOPA tālākai pacienta datu apstrādei, kas nepieciešams pacienta vajadzību izvērtēšanai un sociālo pakalpojumu piešķiršanai.	VM, LM, pašvaldības	50-100 tūkst. EUR	ES fondu finansējums	- Aprūpes organizēšana - Starpsektorālā sadarbība
R10	Lai veicinātu hronisko slimību ārstēšanas plānveidīgu un mērķtiecīgu metodisko vadību, kā arī nodrošinātu uz pierādījumiem balstītu klīnisko lēmumu atbalstu pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanā un aprūpē iesaistītajām ārstniecības personām, nepieciešams noteikt atbildīgo par katras hroniskās slimības metodisko vadību valstī, piemēram, universitātes slimnīcas. To funkcijās tiktu ietverta: - hroniskas slimības ārstēšanas un aprūpes metodiskā vadība, veicinot starpdisciplināras pieejas attīstību; - klīnisko vadlīniju izstrāde un izstrādes organizēšana;	VM	N/A Organizatoriskas izmaiņas esošajā pakalpojumu organizācijā, kas nav saistītas ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	Aprūpes organizēšana

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	- hroniskas slimības ārstēšanas un aprūpes iznākuma rādītāju definēšana; - pakalpojumu kvalitātes vērtēšana un priekšlikumu sniegšana pakalpojumu attīstībai.				
R11	Turpinot NVD īstenotā Eiropas Sociālā Fonda līdzfinansētā projekta Nr.9.2.3.0./15/I/001 „Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros” iestrādes, kura ietvaros tika izstrādāti klīniskie algoritmi, klīniskie pacientu ceļi sirds un asinsvadu, garīgās (psihiskās) veselības, perinatālā perioda, bērnu un onkoloģijas jomās, nepieciešams turpināt darbu pie algoritmu un pacientu ceļu izstrādes, paredzot to izstrādi visām hroniskajām slimībām, kam raksturīgi augsti novērtējamās hospitalizācijas rādītāji.	VM	2-3 milj. EUR	ES fondu finansējums ⁷⁰	Aprūpes organizēšana
R12	Paredzēt integrāciju starp vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu (e-veselība) un sociālās palīdzības un sociālo pakalpojumu administrēšanas lietojumprogramma (SOPA) ar mērķi nodrošināt pacienta ārstēšanas un aprūpes plāna datu apmaiņu starp ģimenes ārstu un pašvaldības sociālo dienestu. E-veselībā ārstam jāparedz iespēja norādīt ne vien diagnozes kodu un informāciju par pacienta veselības stāvokli un viņa funkcionēšanas spējām, bet arī jāparedz iespēja norādīt, ka pacientam ir nepieciešami sociālie pakalpojumi, kā rezultātā tiek iniciēta automātiska datu apmaiņa ar SOPA. Sociālā dienesta pienākums ietver saziņu ar pacientu, sociālās vides izvērtējumu un sociālās rehabilitācijas plāna sastādīšanu atbilstoši klienta vajadzībām, kas ir pacienta ārstēšanas un aprūpes plāna sastāvdaļa. Sociālajam dienestam, saņemot ģimenes ārsta iniciētu pieteikumu par atbalsta nepieciešamību, jābūt pieejamai vismaz šādai informācijai, kas būtiska personas sociālās jomas atbalsta nodrošināšanai: - Pacienta diagnozes kods; - Detalizēts pacienta veselības stāvokļa novērtējums (t.sk. funkcionēšanas traucējumu veids(-i), akūtas infekcijas pazīmes (ja tādas ir), īsa anamnēze, diagnostiskie izmeklējumi, slimības gaita, ārstēšana, alerģijas; - Informācija par lietojamajiem medikamentiem; - Rekomendācijas aprūpei un profilaksei.	VM, LM, pašvaldības	30-50 tūkst. EUR	ES fondu finansējums	- Infrastruktūra - Aprūpes organizēšana

⁷⁰ Ņemot vērā ESF līdzfinansētā projekta Nr.9.2.3.0./15/I/001 kopējo finansējumu.

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	Pamatojoties uz iepriekš minēto, nepieciešams pārskatīt MK 2016.gada 4.aprīļa noteikumu Nr.265 "Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība", 12.pielikumā jeb formā 027/u un MK noteikumu Nr. 265 73.pielikumā noteikto veidlapu obligāti aizpildāmās sadaļas.				
R13	Lai nodrošinātu pacientu veselības datu pieejamību visām ārstēšanas un aprūpes procesā iesaistītajām iestādēm un speciālistiem, kā arī iespēju analizēt ārstēšanas rezultātus, nepieciešams ieviest elektronisko veselības ierakstu vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas ietvaros, kas paredz koplietošanas risinājumu ieviešanu datu apmaiņai par pacienta diagnozēm, ārstēšanas vēsturi (t.sk. saņemtie pakalpojumi, veiktie izmeklējumi) un ārstēšanas klīniskajiem iznākumiem (datu avots – ārstniecības iestāžu informācijas sistēmas).	VM	2-3 milj. EUR (saskaņā ar ārstniecības iestāžu IS un e-veselības infrastruktūras attīstībai)	ES fondu finansējums	• Infrastruktūra • Aprūpes organizēšana
R14	Izstrādāt un ieviest pacientu ar hroniskām slimībām pašaprūpes vajadzību novērtēšanas un dokumentēšanas kārtību gan ģimenes ārstu praksēs, gan ārstniecības iestādēs, iekļaujot nepieciešamo pašaprūpi kā individuālā ārstēšanas un aprūpes plāna sastāvdaļu (atbilstoši pacienta diagnozei).	VM	30-50 tūkst. EUR	• ES fondu finansējums • VB finansējums	• Aprūpes organizēšana
R15	Izstrādāt un ieviest pacientu ar hroniskām slimībām pašaprūpes atbalsta programmas ārstniecības iestādēs un pašvaldību sociālajos dienestos, paredzot grupu atbalstu, mentoringu un pacientu izglītošanu pašaprūpes atbalsta īstenošanai. Lai ieviestu pacientu pašaprūpes atbalsta programmas, nepieciešams:	VM, LM, pašvaldības	Mācību nodrošināšanai (t.sk. lektori, tehniskais aprīkojums, telpas) 200-300 tūkst. EUR	• ES fondu finansējums • VB finansējums	• Starpsektorālā sadarbība • Aprūpes organizēšana • Cilvēkresursi

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	- paredzēt finansējumu pašaprūpes mācību programmu izstrādei pa hronisko slimību grupām/ hroniskām slimībām (t.sk. valsts/ ES fondu /pašvaldību /ziedojumi); - izstrādāt pašaprūpes mācību programmas (t.sk. adaptējot starptautiski izstrādātās programmas vai paredzot jaunu programmu izstrādi, sadarbojoties medicīnas izglītības iestādēm, ārstniecības personām un pacientu organizācijām); - noteikt pašaprūpes mācību organizēšanas formātu (t.sk. klātienē ārstniecības iestādēs, pašvaldību sociālajos dienestos, kā arī virtuālu mācību formātu); - nedefinēt komunikācijas kanālus un atbildību par komunikācijas pasākumu īstenošanu informācijas par pašaprūpes programmām izplatīšanai mērķa grupām (piem., caur pacientu organizācijām, ārstniecības iestādēm, pašvaldību sociālajiem dienestiem, ģimenes ārstiem); - paredzēt mācības aprūpes personālam ārstniecības iestādēs, koordinatoriem pašvaldībās (par pieejamajiem atbalsta pasākumiem, par mērķa grupām, pacientu izglītošanas pasākumiem u.c.) un sociālo pakalpojumu sniedzējiem (par pacientu pašaprūpes atbalsta programmu īstenošanu).		40 – 60 tūkst. EUR par vienas mācību programmas izstrādi		
R16	le viet funkcionēšanas spēju novērtēšanu kā reģionālo slimnīcu funkciju, paredzot, ka pēc akūtās stacionēšanas epizodes pacientam tiek veikta funkcionēšanas spēju novērtēšana un rekomendāciju (atzinuma) sniegšana par tehnisko palīgīdzekļu nepieciešamību atbilstoši PVO rekomendētajai metodikai.	VM, LM, reģionālās slimnīcas	50-60 tūkst. EUR (pilotprojekta īstenošana)	VB finansējums	- Aprūpes organizēšana - Starpsektorālā sadarbība
R17	le viet integrētu pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanas un aprūpes pārvaldības modeli, kas paredz: Ģimenes ārsta prakses lomu pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanas un aprūpes koordinēšanā, t.sk.: - Plānveidīgu regulāro profilaktisko apskašu veikšanā praksē reģistrētajiem pacientiem; - Hronisko slimību diagnostikā;	VM, LM, pašvaldības, slimnīcas	60-80 tūkst. EUR/ mēnesī (indikativās pašvaldības sociālo dienestu aprūpes koordinatoru atalgojuma izmaksas mēnesī) Aprūpes koordinatora lomas ieviešanai III, IV un V līmeņa ārstniecības iestādēs tiek paredzēta ārstniecības	- VB finansējums - Pašvaldību budžeta finansējums	- Infrastruktūra - Starpsektorālā sadarbība - Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	3) Ārstēšanas un aprūpes plāna izstrādes iniciēšanā un organizēšanā; 4) Sociālās aprūpes pakalpojumu nepieciešamības iniciēšanā; 5) Ārstēšanas un aprūpes plāna īstenošanas uzraudzībā. Primāro lomu pacientu profilaktisko apskašu organizēšanā, ārstēšanas un aprūpes procesa koordinēšanā ieteicams noteikt ģimenes ārstu praksēs nodarbinātajām māsām. 2. Ģimenes ārsta prakses sadarbības komandu izveidi ar ārstiem speciālistiem (pēc reģionālā sadarbības principa) un stacionārajām ārstniecības iestādēm, lai proaktīvi plānotu un organizētu pacientu ar hroniskām slimībām nosūtījumus, sadarbotos ārstēšanas un aprūpes plānu izstrādē un ārstēšanas rezultātu sasniegšanā un novērtēšanā. 3. Aprūpes koordinators lomas ieviešanu III, IV un V (t.sk universitātes slimnīcas un specializētās slimnīcas) līmeņa stacionārajās ārstniecības iestādēs, kas paredz: 1) Aprūpes koordinators darba organizēšanu atbilstoši hronisko slimību pacientu klīniskajiem ceļiem nevis piederībai konkrētai slimnīcas struktūrvienībai; 2) Pacientam ar hronisku/-ām slimību/-ām nepieciešamo starpdisciplināro pakalpojumu koordinēšanu ārstniecības iestādē atbilstoši izstrādātajam pacienta ceļam un ārstēšanas plānam no pacienta stacionēšanas brīža līdz pacienta nokļūšanai nākamajā aprūpes posmā; 3) Aprūpes koordinators sadarbību ar ģimenes ārstiem, cita līmeņa stacionārajām ārstniecības iestādēm, medicīniskās rehabilitācijas institūcijām un pašvaldību sociālajiem dienestiem ārstēšanas un aprūpes koordinēšanai un pēctecības nodrošināšanai. 4. Hroniski slimu pacientu ārstniecības un aprūpes centru izveidi reģionālajās slimnīcās, kas paredz starpdisciplināru slimnīcas speciālistu komandu (kas organizētas pa hronisko slimību grupām) iesaisti:		personāla atbildību pārdale bez papildu izmaksām Pārējie ieteikumi pārvaldības modeļa ieviešanai paredz organizatoriskas izmaiņas esošajā pakalpojumu organizācijā, kas nav saistītas ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem		

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	1) Pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanas un aprūpes plāna īstenošanā, t.sk. terciārā un specializētā līmeņa ārstēšanas uzraudzībā; 2) Starpdisciplināru konsīliju organizēšanā; 3) Pacientu funkcionēšanas spēju novērtēšanā; 4) Sadarbības organizēšanā ar ģimenes ārstiem, pašvaldību sociālajiem dienestiem ārstēšanas un aprūpes pēctecības nodrošināšanā; 5) Sadarbības organizēšanā ar pediatriem un BKUS hroniski slimu bērnu ārstēšanā. 5. Hroniski slimu pacientu aprūpes centru izveidi pašvaldību sociālajos dienestos, kas paredz: 1) Tādu funkciju īstenošanu kā pacientu un viņu tuvinieku atbalsta grupu, pacientu pieredzes apmaiņas pasākumu un mācību (t.sk. pašaprūpes mācību) koordinēšanu un organizēšanu, transporta pakalpojumu koordinēšanu uz/no ārstniecības iestādēm, sadarbības organizēšanu ar ģimenes ārstiem un reģionālajām slimnīcām ārstēšanas un aprūpes plāna īstenošanā un uzraudzībā u.c. 2) Aprūpes koordinatora lomas ieviešanu centra funkciju īstenošanai.				
R18	ievieš «vienas pieturas aģentūras» principu ambulatoro un stacionāro pakalpojumu sniegšanā, t.sk.: • Nodrošinot pacienta ārstēšanas procesa pēctecību pēc atrašanās stacionārā, t.i. nodrošinot secīgu ambulatoro pakalpojumu pieejamību (t.sk. pierakstu pie speciālistiem, pacienta datu apmaiņu); • Nodrošinot iespēju saņemt vairāku ārstu-speciālistu konsultācijas vienā apmeklējuma reizē. Saskaņā ar rekomendāciju R23, kas paredz ambulatoro pakalpojumu centralizēšanu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes centros Rīgā un Latvijas reģionos, sekundārās ambulatorās veselības aprūpes centros nepieciešams nodrošināt atbilstošu infrastruktūru – telpas, kurās pakalpojumus sniedz vairāki speciālisti vienlaikus, kā arī atbilstošus IT risinājumus pacientu pieraksta veidošanai, speciālistu pieejamības	VM, slimnīcas	N/A Organizatoriskas izmaiņas esošajā pakalpojumu organizācijā, kas nav saistītas ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	• Aprūpes organizēšana • Infrastruktūra

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	plānošanai un attālinātu konsultāciju sniegšanai (skat. Rekomendāciju R4). Tāpat katrai ārstniecības iestādei nepieciešams veikt detalizētu izvērtējumu par pieejamo un nepieciešamo ārstu speciālistu skaitu, kas var nodrošināt sekundārās ambulatorās aprūpes pakalpojumus.				
R19	Lai nodrošinātu "vienas pieturas aģentūras" principa ieviešanu ārstu speciālistu pakalpojumu sniegšanā, izvērtēt iespēju: - mainīt pakalpojumu apmaksas kārtību, paredzot iespēju ārstniecības iestādēm pārdalīt finansējumu starp dažādām pakalpojumu programmām atkarībā no pieprasījuma; - ieviest DRG sistēmu starpdisciplināru ambulatoro pakalpojumu apmaksai.	VM, slimnīcas	N/A Izmaiņas esošajā pakalpojumu apmaksas kārtībā, kas nav saistītas ar papildu ieguldījumiem	N/A	Aprūpes organizēšana
R20	Palielināt valsts apmaksāto ārstu konsiliju pakalpojumu skaitu, lai īstenotu, piemēram: - pacienta individuālā aprūpes plāna izstrādi, uzraudzību un aktualizēšanu; - terciārā līmeņa ārstēšanas uzraudzību III un IV līmeņa slimnīcās; - pacienta funkcionēšanas spēju novērtēšanu un tehnisko palīgīdzekļu nodrošināšanu.	VM	Pētījuma izstrādes brīdī nav nosakāms, ņemot vērā, ka nav pieejami dati par nepieciešamo pakalpojumu skaitu	N/A	Aprūpes organizēšana
R21	Veicināt starpdisciplināru ārstniecības un aprūpes komandu izveidi stacionāros pa hronisko slimību grupām, kas sniedz starpdisciplinārus stacionāros pakalpojumus atbilstoši pacienta ārstēšanas un aprūpes plānam. Sākotnēji starpdisciplinārās komandas organizējot kā virtuālas sadarbības platformas (t.i. nosakot konkrētu struktūrvienību ārstu sadarbības modeli konkrētas diagnozes pacientu ārstēšanā, t.sk. atbilstošos ārstēšanas procesus, speciālistu iesaisti un atlīdzības principus), tās pēcāk (pēc sadarbības formu pilotēšanas) iespējams institucionalizēt kā pastāvīgas slimnīcas struktūrvienības. Komandas iespējams ieviest līdzīgi 2017.gadā uzsākta starptautiska projekta principiem ⁷¹ , kura ietvaros 12 dažādu specialitāšu ārsti izstrādāja nepieciešamos priekšnoteikumus starpdisciplināru komandu izveidei, kas	VM, slimnīcas	N/A Organizatoriskas izmaiņas esošajā pakalpojumu organizācijā, kas nav saistītas ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	- Starpsektorālā sadarbība - Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi

⁷¹ Auvin, S., Bissler, J.J., Cottin, V. et al. 2019. *A step-wise approach for establishing a multidisciplinary team for the management of tuberous sclerosis complex: a Delphi consensus report*. Ielādēts no: [A step-wise approach for establishing a multidisciplinary team for the management of tuberous sclerosis complex: a Delphi consensus report | Orphanet Journal of Rare Diseases | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	nodarbotos ar tuberozās sklerozes (TSC) pacientu aprūpi. Komandu izveide īstenojama trīs secīgos posmos: - identificējot pacientu, kuram nepieciešama starpdisciplināra veselības aprūpe; - izveidojot nelielu komandu, kurā iekļauti galvenie TSC aprūpē nepieciešamie speciālisti; - piesaistot papildu speciālistus sākotnējai aprūpes komandai un izveidojot starpdisciplināru aprūpes komandu. Nemot vērā TSC specifiku, aprūpes komandai jāiekļauj dažādu specialitāšu ārsti, piemēram: neirologs, neiroķirurgs, nefrologs, urologs, pulmonologs, oftalmologs, kardiologs, dermatologs, ģenētiķis un psihiatrs. Katram pacientam, konsultējoties ar viņu vai viņa tuviniekiem, jāizstrādā aprūpes plānu, kas balstīts pacientam specifiskajās aprūpes vajadzībās. Aprūpes plāna izpildi jānodrošina aprūpes koordinators, kas īsteno aprūpes organizēšanu, kā arī saziņu starp dažādiem veselības aprūpes speciālistiem un virsārstu, kas ir atbildīgs par pacienta ārstēšanas rezultātiem. Pēc tam, kad veiksmīgi ir izveidota starpdisciplināru speciālistu komanda, kas nodarbojas ar konkrētu slimību, slimību grupu vai hronisku pacientu aprūpi, to ir iespējams pārveidot par izcilības centru, kas nodrošina aprūpes koordināciju, veic atbilstošās jomas izpēti un nodrošina pierādījumus balstītas konsultācijas veselības aprūpē iesaistītajām organizācijām.				
R22	Stiprināt klīniskā farmaceita lomu veselības aprūpes sistēmā, to plašāk iesaistot ārstu konsīlijos stacionārās aprūpes ietvaros un medikamentozās terapijas noteikšanā sekundārās ambulatorās aprūpes līmenī, jo īpaši terapijas noteikšanā pacientiem ar vairākām hroniskām slimībām un vienlaicīgi vairāku medikamentu lietošanas nepieciešamību. Izvērtēt iespēju nākotnē attīstīt valsts līmeņa IT risinājumu recepšu medikamentu mijiedarbības pārbaudei, pamatojoties uz izstrādātiem mijiedarbības algoritmiem.	VM	200 – 300 tūkst. EUR (IT risinājuma recepšu medikamentu mijiedarbības pārbaudei indikatīvās ieviešanas izmaksas)	ES fondu finansējums	- Infrastruktūra - Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi
R23	Koncentrēt sekundāros ambulatoros pakalpojumus sekundārās ambulatorās veselības aprūpes centros Rīgā un reģionos ar mērķi nodrošināt «vienas pieturas aģentūras» principa ieviešanu pakalpojumu pieejamībā, t.sk. attīstot un palielinot ambulatoro pakalpojumu pieejamību reģionālajās un universitātes slimnīcās. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes centros nepieciešams nodrošināt atbilstošu infrastruktūru – telpas, kurās pakalpojumus sniedz vairāki speciālisti vienlaikus, kā arī atbilstošus IT risinājumus pacientu	VM, slimnīcas	8,5 milj. EUR	Atvēršanas un noturības mehānisma finansējums (Atbalsts sekundāro ambulatoro pakalpojumu sniedzēju veselības aprūpes infrastruktūras stiprināšanai)	- Infrastruktūra - Aprūpes organizēšana

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	pieraksta veidošanai, speciālistu pieejamības plānošanai un attālinātu konsultāciju sniegšanai (skat. Rekomendāciju R4). Tāpat katrai ārstniecības iestādei nepieciešams veikt detalizētu izvērtējumu par pieejamo un nepieciešamo ārstu speciālistu skaitu, kas var nodrošināt sekundārās ambulatorās aprūpes pakalpojumus.				
R24	Attīstīt veselības aprūpes pakalpojumu reģionālo pieejamību atbilstoši Pētījumā ietvertajā cilvēkresursu analīzē identificētajiem trūkumiem: • Psihiatri (īpaši Rīgā, Kurzemē); • Psihoterapeiti (īpaši Rīgas reģionā, Kurzemē); • Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti (īpaši Kurzemē, Latgalē un Zemgalē); • Kardiologi (īpaši Rīgā, Latgalē un Kurzemē); • Endokrinologi (īpaši Rīgā); • Pneimologi (īpaši Latgalē); • Onkologi ķīmijterapieti; • Neirologi (īpaši Rīgā, Vidzemē un Latgalē); • Nefrologi; • Neatliekamās medicīnas ārsti; • Geriatri (īpaši Rīgā un Pierīgā); • Dietologi (īpaši Rīgā); • Alergologi (īpaši Rīgā); • Hematologi (īpaši Rīgā); • Transfuziologi (īpaši Kurzemē, Zemgalē un Latgalē); • Pediatri (bērnu endokrinologi, nefrologi, alergologi, kardiologi, pneimologi un neirologi) (visos reģionos).	VM, IZM	Pētījuma izstrādes brīdī nav nosakāms, ņemot vērā, ka nav pieejami dati par nepieciešamo pakalpojumu skaitu un to reģionālo izvietojumu (t.i. pakalpojumu kartējums), kas ir priekšnoteikums speciālistu skaita aprēķinam.	N/A	• Aprūpes organizēšana • Cilvēkresursi
R25	Ieviest kārtību, kas paredz pacientiem ar hroniskām slimībām veikt ilgtermiņa pierakstus uz regulāri nepieciešamajām vizītēm pie ārstiem speciālistiem un izmeklējumiem vai saņemt sekundārā līmeņa pakalpojumus prioritārā kārtībā, lai pacientiem nodrošinātu nepieciešamo pakalpojumu pieejamību atbilstoši pacientu klīniskajiem ceļiem un aprūpes plāniem (t.i. ieviešot «zaļā koridora» principu augsta riska hronisko slimību pacientiem).	VM	N/A Organizatoriskas izmaiņas esošajā pakalpojumu organizācijā, kas nav saistītas	N/A	• Aprūpes organizēšana

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
			ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem		
R26	Attīstīt dienas stacionāra pakalpojumus hroniski slimiem pacientiem universitātes un reģionālajās slimnīcās, tādējādi samazinot gultas dienu skaitu stacionāros.	VM, reģionālās slimnīcas	Pētījuma izstrādes brīdī nav nosakāms, ņemot vērā, ka nav pieejami dati par nepieciešamo pakalpojumu skaitu un to reģionālo izvietojumu (t.i. pakalpojumu kartējums)	N/A	• Infrastruktūra • Aprūpes organizēšana
R27	Lai veicinātu ārstēšanas procesa, rezultātu un ar veselību saistītās dzīves kvalitātes uzlabošanu, kā arī tuvinātu veselības aprūpes pakalpojumus hroniski slimu bērnu dzīves vietai, atbalstīt BKUS iniciatīvu vienotas informatīvās ekosistēmas izveidē, vienlaikus veidojot integrētu starpdisciplināru pakalpojumu, kas īstenojams, veicot šādas aktivitātes: • Specializētu pacientu ar hroniskām slimībām aprūpes centru izveide BKUS; • Bērnu veselības centru izveide reģionālajās slimnīcās ar starpdisciplināru komandu iesaisti pediatra vadībā; • Specializēto BKUS aprūpes centru un reģionālo Bērnu veselības centru vienota sadarbības tīkla izveide; • Cilvēkresursu piesaiste un kompetenču pilnveide: • BKUS specializētos aprūpes centros aprūpes īstenošanai nepieciešami pediatri - speciālisti, vispārējie pediatri, specializētās māsas, psihologi, uztura speciālisti, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti un citi speciālisti, veidojot ciešu sadarbību ar Bērnu veselības centriem reģionālajās slimnīcās; • Bērnu veselības centros Latvijas reģionālajās slimnīcās aprūpes īstenošanai nepieciešami pediatri, medicīnas māsas, psihologi, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti un citi speciālisti, veidojot ciešu sadarbību ar BKUS aprūpes centriem un pacientu ģimenes ārstiem; • Pediatru, specializēto māsu un citu aprūpē iesaistīto speciālistu apmācību organizēšana.	VM, BKUS	Pētījuma izstrādes brīdī nav nosakāms, ņemot vērā, ka nav pieejami dati par nepieciešamo pakalpojumu skaitu un to reģionālo izvietojumu (t.i. pakalpojumu kartējums), kas ir priekšnoteikums speciālistu skaita aprēķinam.	N/A	• Infrastruktūra • Aprūpes organizēšana • Cilvēkresursi

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	IT atbalsts sadarbības tīkla uzturēšanā, lai nodrošinātu vienotu informācijas apriti par pacientiem, kā arī telemedicīnas risinājumi attālināto konsultāciju ieviešanai. Sadarbības tīkla uzdevums ir saskaņota, kvalitatīva ārstniecība un pacientu aprūpe, pētniecība, ārstniecības personu, studentu, rezidentu, vecāku, izglītības iestāžu darbinieku izglītošana.				
R28	Koncentrēt plānveida stacionāros pakalpojumus slimnīcu sadarbības teritoriju ietvaros, attīstot slimnīcu sadarbības tīklu. Vienota pakalpojumu sadalījuma plānošana reģiona/ sadarbības teritorijas līmenī tiek ietverta Eiropas Komisijas Strukturālo reformu atbalsta ģenerāldirektorāta atbalstītā projektā Nr. SRSS/2018/01/FWC/002 "Slimnīcas pakalpojumu, telemedicīnas un integrētās aprūpes turpmāka attīstība", kas iekļauj: - Esošās koordinētu pakalpojumu nodrošināšanas situācijas kartēšanu; - Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas un finansēšanas stratēģijas izstrādi - Reģionālās plānošanas un finansēšanas pilotprojektu.	VM, slimnīcas	N/A Organizatoriskas izmaiņas esošajā pakalpojumu organizācijā, kas nav saistītas ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	- Infrastruktūra - Aprūpes organizēšana
R29	Hronisku slimību algoritmos paredzēt hroniski slimu pacientu segmentēšanu pēc slimības smaguma pakāpes/ riska, t.sk. ņemot vērā slimības akūta saasinājuma riskus u.c., paredzot iespēju augsta riska pacientiem saņemt sekundārās ambulatorās aprūpes pakalpojumus prioritārā kārtībā atbilstoši klīniskajām vadlīnijām. Atbilstoši hronisku slimību algoritmos paredzētajam, noteikt starpdisciplinārās komandas sastāvā ietilpstošo speciālistu lomas un atbildības integrēta pakalpojuma nodrošināšanā.	VM	N/A Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	- Starpsektorālā sadarbība - Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi
R30	Pilnveidot kompensējamo zāļu saraksta noteikšanas kārtību, paredzot, ka kompensējamie medikamenti tiek noteikti, pamatojoties uz klīniskajām vadlīnijām.	VM	N/A Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	Aprūpes organizēšana

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
R31	Lai nodrošinātu iespēju veikt regulāru pacientu uzraudzību, t.sk. pēc izrakstīšanās no stacionāra, veicināt attālinātu ģimenes ārsta konsultāciju attīstību, balstoties uz Eiropas Komisijas Strukturālo reformu atbalsta ģenerāldirektorāta atbalstītā projekta Nr. SRSS/2018/01/FWC/002 "Slimnīcas pakalpojumu, telemedicīnas un integrētās aprūpes turpmāka attīstība" ietvaros gūtajiem secinājumiem un rekomendācijām. Šī projekta ietvaros tiek skatīti šādi ar telemedicīnu saistīti aspekti: - Veselības aprūpes pakalpojumi, kas sniedzami, izmantojot telemedicīnas risinājumus; - Finansēšanas kārtība (valsts/privāti finansēti telemedicīnas pakalpojumi); - Aprūpes speciālistu un organizāciju iesaiste telemedicīnas pakalpojumu sniegšanā, pārvaldības struktūra, lomas un atbildības; - Mērķa grupa telemedicīnas pakalpojumu saņemšanai – pacientu individuāli tipoloģiskās īpatnības un pacientu skaits; - IT nodrošinājums telemedicīnas pakalpojumu sniegšanā; - Plānotās tiesiskā regulējuma izmaiņas; - Pacientu datu apstrādes process, datu aizsardzība; - Telemedicīnas pakalpojumu ietekme uz veselības sistēmas darbību – aprūpes efektivitāte, pieejamība un pakalpojuma kvalitāte.	VM	Pētījuma izstrādes brīdī nav nosakāms, ņemot vērā, ka valstī nav noteikta telemedicīnas pakalpojumu attīstības stratēģija	N/A	- Infrastruktūra - Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi
R32	Ieviest valsts apmaksātu pakalpojumu integrētas aprūpes nodrošināšanai mājās (mobilās aprūpes komandas), kas iekļauj gan veselības, gan sociālo aprūpi un ko nodrošina starpdisciplināra speciālistu komanda, t.sk. māsa, aprūpētājs u.c. speciālisti pēc nepieciešamības (piemēram, fizioterapeits, ergoterapeits, neirologs u.c.), t.sk. izstrādājot šādu pakalpojumu apmaksas kārtību. Šādu pakalpojumu ieviešana paredz: Ģimenes ārsta praksē nodarbinātās māsas un pašvaldības sociālā dienesta sociālā darbinieka abpusēju sadarbību, iniciējot attiecīgi sociālās aprūpes mājās vai veselības aprūpes mājās pakalpojumus (attīstāma e-veselība un SOPA integrācija elektroniskai ārstēšanas un aprūpes plāna datu apmaiņai);	VM, LM, pašvaldības	Pētījuma izstrādes brīdī nav nosakāms, ņemot vērā, ka nav pieejami dati par nepieciešamo pakalpojumu skaitu un to reģionālo izvietojumu (t.i. pakalpojumu kartējums)	VB finansējuma novirzīšana ⁷² integrētas aprūpes nodrošināšanai mājās	- Infrastruktūra - Starpsektorālā sadarbība - Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi

⁷² Skat. sadaļu "Veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas izmaksu efektivitātes izvērtējums"

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	- Māsas atbildību veselības aprūpes mājās pakalpojuma plānošanā un uzraudzībā, sociālā darbinieka atbildību sociālās rehabilitācijas programmas izstrādē un uzraudzībā, kas veido vienotu pacienta ārstēšanas un aprūpes plānu; - Mājas aprūpi primāri veic māsa vai māsas palīgs un aprūpētājs, pēc nepieciešamības piesaistot funkcionālos speciālistus un ārstus speciālistus; - Māsas lomu nepieciešamo funkcionālo speciālistu, ārstu speciālistu piesaistē primārās un sekundārās aprūpes sadarbības komandu ietvaros, kā arī aprūpētāju piesaistē, sadarbojoties ar sociālo darbinieku.				
R33	Palielināt valsts budžeta finansējuma veselības aprūpei mājās un paliatīvajai aprūpei īpatsvaru no kopējā veselības aprūpes budžeta, kas mazinātu hroniski slimo pacientu un terapeitisko gultu nepieciešamību stacionāros.	VM	Pētījuma izstrādes brīdī nav nosakāms, ņemot vērā, ka nav pieejami dati par nepieciešamo pakalpojumu skaitu un to reģionālo izvietojumu (t.i. pakalpojumu kartējums)	VB finansējuma novirzīšana ⁷³ veselības aprūpei mājās un paliatīvajai aprūpei	Aprūpes organizēšana
R34	Attīstīt mājokļu pielāgošanas pakalpojumus ar mērķi radīt drošu vidi pacientiem, kas saņem integrētus pakalpojumus mājās, piemēram, nodrošinot ārkārtas situācijas pogas ar lokācijas noteikšanas iespējām, kritienu sensorus u.c. nepieciešamo aprīkojumu.	VM, LM, pašvaldības	Pētījuma izstrādes brīdī nav nosakāms, ņemot vērā, ka nav pieejami dati par nepieciešamo pakalpojumu skaitu un to reģionālo izvietojumu (t.i. pakalpojumu kartējums)	Pašvaldību budžeta finansējums	Aprūpes organizēšana
R35	Ieviest jaunus valsts apmaksātus veselības aprūpes mājās pakalpojumus, kā, piemēram, hemodialīze mājās, veselības parametru uzraudzība un kontrole.	VM	Pētījuma izstrādes brīdī nav nosakāms, ņemot vērā, ka nav pieejami dati par nepieciešamo pakalpojumu skaitu un to reģionālo izvietojumu (t.i. pakalpojumu kartējums)	VB finansējuma novirzīšana ⁷⁴ jaunu veselības aprūpes mājās pakalpojumu nodrošināšanai	Aprūpes organizēšana
R36	Pilnveidot SAC nodrošinātos veselības aprūpes pakalpojumus: Izstrādāt personālam viegli uztveramus vienkopus rīcības algoritmus augsta riska (t.sk. hroniski slimu) klientu aprūpei, piemēram,	VM, LM, pašvaldības	300-500 tūkst. EUR (paredzamais indikatīvais finansējums rīcības algoritmu	ES fondu finansējums	- Infrastruktūra - Starpsektorālā sadarbība

⁷³ Skat. sadaļu "Veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas izmaksu efektivitātes izvērtējums"

⁷⁴ Skat. sadaļu "Veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas izmaksu efektivitātes izvērtējums"

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	insulta pazīmju atpazīšanai, vitālo rādītāju mērījumu veikšanai, pirmās palīdzības sniegšanai dažādās situācijās, izgulējumu profilaksei; - Veikt grozījumus ģimenes ārsta darba apmaksas kārtībā paredzot, ka pieņemšanas SAC tiek apmaksātas no valsts budžeta finansējuma kā mājas vizītes; - Nodrošināt aprūpi SAC atbilstoši individuālajam aprūpes plānam tostarp īstenojot tajā paredzētos profilaktiskos pasākumus un nodrošinot pareizu medikamentu dozēšanu, lietošanu un novēršot potenciālos mijiedarbības riskus; - Mērķtiecīgi īstenot riskus mazinošus pasākumus augsta riska pacientiem, piemēram, regulārus asinsspiediena vai cukura līmeņa asinīs mērījumus; Īstenot SAC nodarbinātajām māsām un aprūpētājiem apmācības par specifiskiem augsta riska slimību simptomiem, kā arī cita personāla iesaisti klientu aprūpē.		izstrādei izplatītāko hronisko slimību grupām)		- Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi
R37	Ieviest valsts apmaksātu pakalpojumu, izstrādājot šāda pakalpojuma apmaksas kārtību, integrētas veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai klientiem, ko nodrošina starpdisciplināra speciālistu komanda, t.sk. māsa, aprūpētājs u.c. speciālisti pēc nepieciešamības (piemēram, fizioterapeits, ergoterapeits, neirologs u.c.). Integrēta veselības un sociālās aprūpes pakalpojuma ieviešana paredz: - Pašvaldības sociālā dienesta aprūpes koordinatora lomu un sadarbību ar ģimenes ārstu veselības un sociālās aprūpes pakalpojuma nodrošināšanā klientiem (attīstāma e-veselība un SOPA integrācija elektroniskai ārstēšanas un aprūpes plāna datu apmaiņai); - Ģimenes ārsta lomu nepieciešamo funkcionālo speciālistu, ārstu speciālistu piesaistē primārās un sekundārās aprūpes sadarbības komandu ietvaros, sadarbojoties ar pašvaldības sociālā dienesta aprūpes koordinatoru.	VM, LM, pašvaldības	Pētījuma izstrādes brīdī nav nosakāms, ņemot vērā, ka nav pieejami dati par nepieciešamo pakalpojumu skaitu un to reģionālo izvietojumu (t.i. pakalpojumu kartējums)	VB finansējuma novirzīšana ⁷⁵ integrētas veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai sociālo pakalpojumu klientiem	- Infrastruktūra - Starpsektorālā sadarbība - Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi
R38	Nodefinēt jaunu sociālo pakalpojumu saņēmēju mērķa grupu – personas ar hroniskām slimībām - un nodrošināt, ka sociālajā dienestā ir	VM, LM	N/A Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav	N/A	- Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi

⁷⁵ Skat. sadaļu "Veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas izmaksu efektivitātes izvērtējums"

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	speciālisti, kas strādā tieši ar šo mērķa grupu un kam ir zināšanas par hronisku slimību ārstēšanu un to profilaksi.		saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem		
R39	Izstrādāt vadlīnijas veselības aprūpes un sociālās palīdzības sniegšanas modeļiem par darbu ar personām ar hroniskām slimībām, kuras iekļauj nosacījumus, kas katrai institūcijai jānodrošina, lai īstenotu integrētu pieeju atbalsta nodrošināšanā personām ar hroniskām slimībām. Ģimenes ārstiem skaidrot sociālā dienesta funkcijas un sociālās aprūpes un rehabilitācijas būtību.	VM, LM	150-200 tūkst. vadlīniju izstrādei	- VB finansējums - ES fondu finansējums	- Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi
R40	Atbilstoši Eiropas valstu pieredzei, izveidot vienotu sistēmu valstī atbalsta sniegšanā bērniem ar funkcionēšanas traucējumiem, lai starp visām procesā iesaistītajām pusēm veidotos starpinstitucionālā sadarbība informācijas identificēšanā un tās nodošanā iesaistītajām institūcijām. Piemēram, ģimenes ārsts informē bērna vecāku par iespējām saņemt atbalstu sociālajā dienestā un informē sociālo dienestu par šīs ģimenes vajadzībām.	VM, LM	N/A Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	- Starpsektorālā sadarbība - Aprūpes organizēšana
R41	Saņemot sociālos pakalpojumus, nodrošināt prioritāri pieejamus medicīniskos pakalpojumus. Hroniski slimu pacientu aprūpē būtisks ne tikai noteiktais minimālais sociālo pakalpojumu apjoms, bet gan tāds pakalpojumu apjoms, kāds personai nepieciešams atbilstoši viņa vajadzībām.	VM, LM	N/A Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	Aprūpes organizēšana
R38	Ieviest vienotus klasifikatorus hroniskas slimības un pacienta funkcionēšanas spēju uzskaitēi. WHODAS klasifikācija var tikt izmantota, nosakot personas invaliditāti, tādēļ tās ieviešana ir secīgs nākamais solis, lai personai, kurai ar SSK-10 un SFK konstatētas funkcionēšanas problēmas, varētu noteikt atbilstošu invaliditātes grupu.	VM, LM	100-200 tūkst. EUR	ES fondu finansējums	- Starpsektorālā sadarbība - Aprūpes organizēšana
R39	Katrā pašvaldības sociālajā dienestā ieviest hroniski slimu pacientu aprūpes centru, t.sk. paredzot: centra funkcijas – veselības un sociālās aprūpes koordinēšana (t.sk. transporta pakalpojumu organizēšana uz/no ārstniecības iestādēm), pacientu pieredzes apmaiņa, pacientu tuvinieku atbalsta grupu un apmācību pasākumu organizēšana u.c.	VM, LM, pašvaldības	60-80 tūkst. EUR/ mēnesī (indikatīvās pašvaldības sociālo dienestu aprūpes koordinatoru atalgojuma izmaksas mēnesī) Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav	- VB finansējums - Pašvaldību budžeta finansējums	- Infrastruktūra - Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	- aprūpes koordinatora lomas ieviešanu pašvaldībās (informācijas aprites starp pacientu, ģimenes ārsta praksi, un sociālo pakalpojumu sniedzējiem un veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu koordinēšana) - atbilstošas telpas centra darbībai.		saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem (paredzot telpu pieejamību)		
R40	Attīstīt slimnīcu sadarbību slimnīcu sadarbības teritoriju ietvaros, kā arī reģionālo slimnīcu sadarbību ar terciārā līmeņa slimnīcām (t.sk. universitāšu un specializētajām slimnīcām) ar mērķi novirzīt hroniski slimo pacientu plūsmu no augstāka līmeņa slimnīcu uz zemāku līmeni pēc akūtās epizodes.	VM, slimnīcas	N/A Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	- Starpsektorālā sadarbība - Aprūpes organizēšana
R41	Veikt ieguldījumus valsts apmaksātu paliatīvās aprūpes pakalpojumu skaita palielināšanā, attīstot šādus paliatīvās aprūpes pakalpojumus: - Paliatīvā aprūpe primārās aprūpes līmenī – nodrošinot pakalpojumus, kas iekļauj sāpju un simptomu mazināšanu, depresijas un trauksmes mazināšanu, konsultācijas par ārstēšanas prognozēm, mērķi, sagaidāmajiem simptomiem u.c. Pakalpojumus jānodrošina ģimenes ārstu praksēs, paredzot ģimenes ārsta un māsas lomu paliatīvās aprūpes pakalpojumu sniegšanā, t.sk. sniedzot paliatīvās aprūpes pakalpojumus: - klātienē ģimenes ārstu praksēs; - attālinātu konsultāciju veidā, izmantojot telemedicīnas risinājumus; - pacienta dzīves vietā (t.sk. ilgtermiņa sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā). - Specializētā paliatīvā aprūpe, nodrošinot pakalpojumus, kas iekļauj grūti paciešamu sāpju vai citu simptomu mazināšanu, sarežģītāku depresijas, trauksmes, skumju un eksistenciālo ciešanu mazināšanu, konsultācijas par ārstēšanas mērķiem, starpdisciplināru ārstēšanas pieeju u.c. Specializētās paliatīvās aprūpes pakalpojumi jāparedz: - Dienas stacionāros, kur pakalpojumus sniedz starpdisciplināra veselības un sociālās aprūpes komanda (t.sk. ārsti speciālisti (atkarībā no pacienta	VM, LM	100 tūkst. EUR (pakalpojuma apraksta izstrāde, paliatīvās aprūpes speciālistu sadarbības modeļa izstrāde, kā arī jaunu pakalpojumu pilotēšana un uzsākšana)	VB finansējuma novirzīšana ⁷⁷ paliatīvās aprūpes pakalpojumu skaita palielināšanai	- Infrastruktūra - Starpsektorālā sadarbība - Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi

⁷⁷ Skat. sadaļu "Veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas izmaksu efektivitātes izvērtējums"

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	diagnozes), medicīnas māsas, māsu palīgi, sociālie darbinieki, psihoterapeiti un kapelāni u.c.) Stacionāros – primāri koncentrējot paliatīvās aprūpes stacionāros pakalpojumus I un II līmeņa stacionārajās ārstniecības iestādēs, sarežģītu un smagu hroniskas slimības izpausmju gadījumos paredzot terciārā līmeņa paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamību V līmeņa stacionārajās ārstniecības iestādēs. Papildus nepieciešams attīstīt arī mobilo paliatīvās aprūpes komandu pakalpojumus, kas sniedz starpdisciplinārus paliatīvās aprūpes pakalpojumus pacienta dzīves vietā. Saskaņā ar starptautisko praksi, lielākais paliatīvās aprūpes pakalpojumu īpatsvars nodrošināms primārās aprūpes līmenī, attiecīgi mazāko pakalpojumu īpatsvaru paredzot stacionārās aprūpes līmenī⁷⁶.				
R42	Attīstīt atelpas brīža pakalpojumus hroniski slimu pacientu (pieaugušo) tuviniekiem pacienta dzīvesvietā, nodrošinot ārstu speciālistu (atbilstoši pacienta diagnozei), medicīnas māsu, ergoterapeitu, dietologu, fizioterapeitu, sociālo aprūpētāju, kapelānu un brīvprātīgo darbinieku iesaisti pakalpojumu sniegšanā paliatīvajā aprūpē esošiem pacientiem.	VM, LM	Pētījuma izstrādes brīdī nav nosakāms, ņemot vērā, ka nav pieejami dati par nepieciešamo pakalpojumu skaitu un to reģionālo izvietojumu (t.i. pakalpojumu kartējums)	VB finansējuma novirzīšana ⁷⁸ atelpas brīža pakalpojumu nodrošināšanai	- Starpsektorālā sadarbība - Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi
R43	Veikt ieguldījumus jauna valsts apmaksāta pakalpojuma – hospisa aprūpes – attīstībai Rīgā un reģionos, attīstot šādus hospisa aprūpes pakalpojumus: - Hospisa aprūpe mājās (t.sk. ilgtermiņa sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā) – nodrošinot pakalpojumus, kas iekļauj sāpju un simptomu mazināšanu, depresijas un trauksmes mazināšanu, psihosociālo un garīgo atbalstu. Pakalpojumus jānodrošina ģimenes ārstu praksēm, paredzot ģimenes ārsta un māsas lomu hospisa aprūpes pakalpojumu sniegšanā. - Specializētā hospisa aprūpe, nodrošinot pakalpojumus, kas iekļauj grūti paciešamu sāpju vai citu simptomu mazināšanu, sarežģītāku depresijas, trauksmes, skumju un eksistenciālo	VM, LM, pašvaldības	Pētījuma izstrādes brīdī nav nosakāms, ņemot vērā, ka nav pieejami dati par nepieciešamo pakalpojumu skaitu un to reģionālo izvietojumu (t.i. pakalpojumu kartējums)	VB finansējuma novirzīšana ⁷⁹ hospisa aprūpes pakalpojumu ieviešanai	- Infrastruktūra - Starpsektorālā sadarbība - Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi

⁷⁶ Gómez-Batiste X., Novellas J., Iasmarias C. 2019. *Development of Palliative Care: Past, Present, and Future*. Ielādēts no: https://www.researchgate.net/publication/332384493_Development_of_Palliative_Care_Past_Present_and_Future

⁷⁸ Skat. sadaļu "Veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas izmaksu efektivitātes izvērtējums"

⁷⁹ Skat. sadaļu "Veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas izmaksu efektivitātes izvērtējums"

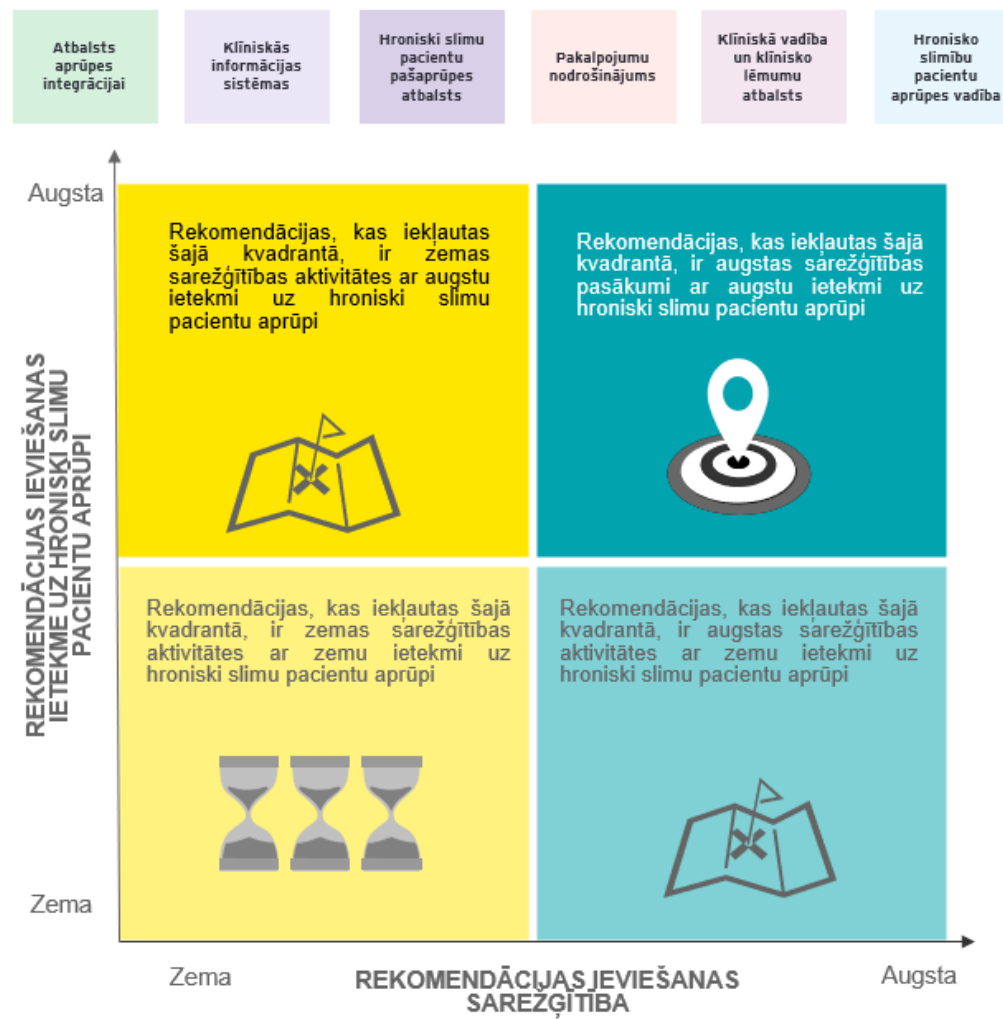
Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	ciešanu mazināšanu, psihosociālo un garīgo atbalstu. Specializētās hospisa aprūpes pakalpojumi jāparedz: - Dienas stacionāros, kur pakalpojumus sniedz starpdisciplināra veselības un sociālās aprūpes komanda (t.sk. ārsti speciālisti (atkarībā no pacienta diagnozes), paliatīvās aprūpes speciālists, medicīnas māsas, māsu palīgi, sociālie darbinieki, psihoterapeiti un kapelāni u.c.) - Stacionāros – koncentrējot hospisa aprūpes pakalpojumus I un II līmeņa stacionārajās ārstniecības iestādēs. Papildus nepieciešams attīstīt arī mobilo hospisa aprūpes komandu pakalpojumus, kas sniedz starpdisciplinārus hospisa aprūpes pakalpojumus pacienta dzīves vietā. Iesaistīt brīvprātīgos hospisa aprūpes nodrošināšanā nedziedināmi slimiem pacientiem (saskaņā ar starptautisko praksi 800 pacientu vajadzību nodrošināšanai nepieciešami 60 brīvprātīgie un 12 programmas koordinatori). Saskaņā ar starptautisko praksi, lielākais hospisa aprūpes pakalpojumu īpatsvars nodrošināms pacientu dzīves vietā, attiecīgi mazāko pakalpojumu īpatsvaru paredzot stacionārās aprūpes līmenī.				
R44	Palielināt valsts apmaksātu psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu skaitu personām ar smagām hronisku slimību izpausmēm un viņu tuviniekiem (pa dažādām hronisku slimību diagnozēm, pacientiem dažādos vecumos, ar tuvinieku iesaisti programmā vai bez), kuru ietvaros tiek nodrošinātas: - Ārstu speciālistu lekcijas par ar konkrēto diagnozi saistītām tēmām, uzturu, pašaprūpi u.c.; - Grupu un individuālās nodarbības psihologu, psihoterapeitu, mākslas terapeitu un sociālo darbinieku vadībā; - Savstarpējais atbalsts – pacientu organizāciju iesaiste; - Fiziskās aktivitātes (atkarībā no konkrētās programmas) – fizioterapija u.c. aktivitātes. Šādu programmu īstenošanā nepieciešams iesaistīt psihoterapeitus, psihologus, mākslas terapeitus, fizioterapeitus, uztura speciālistus, sociālos	VM, LM, pašvaldības	30-50 tūkst. EUR (rehabilitācijas programmu izveide)	VB finansējuma novirzīšana ⁸⁰ psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu skaita palielināšanai	- Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi

⁸⁰ Skat. sadaļu "Veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas izmaksu efektivitātes izvērtējums"

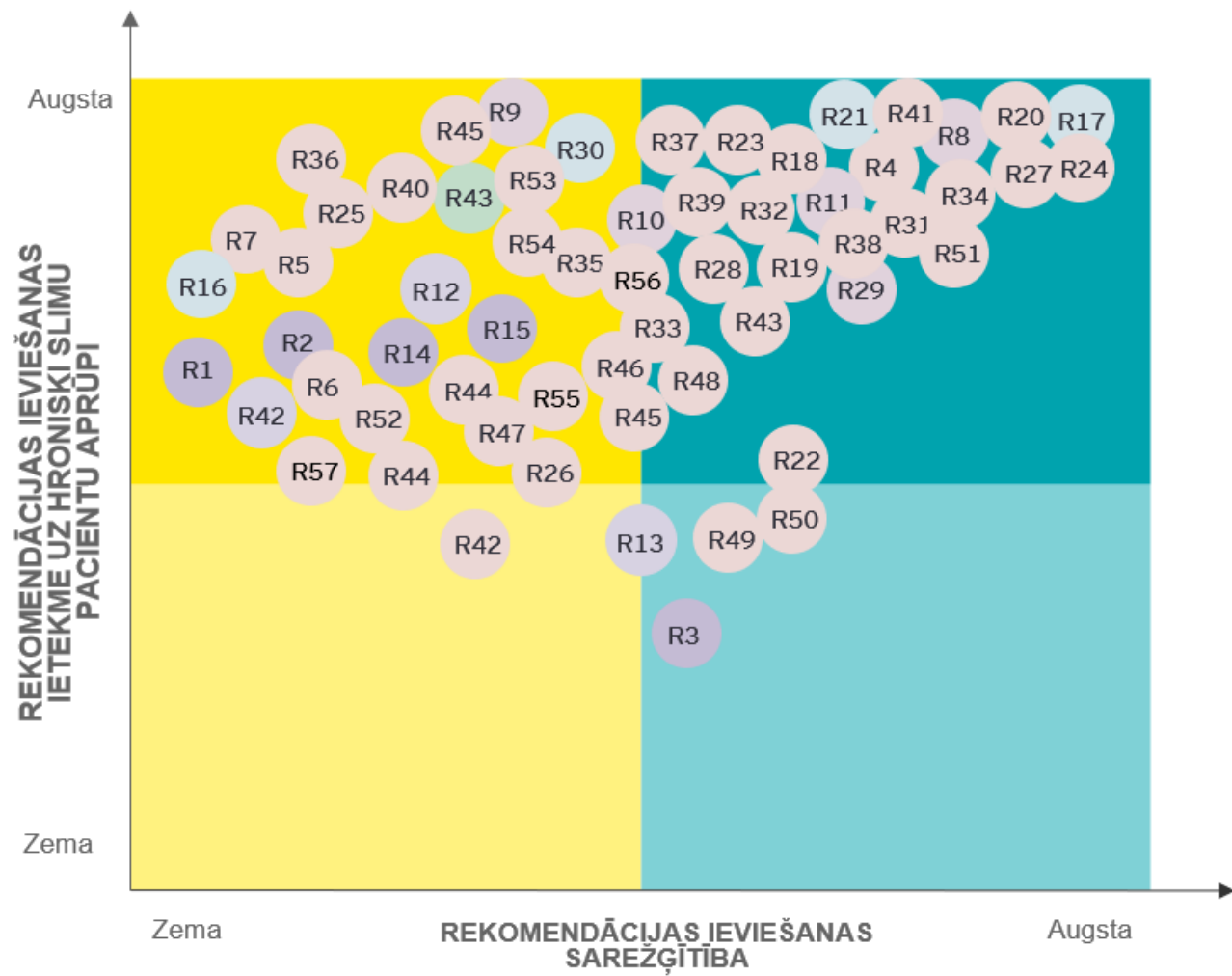
Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	darbiniekus, farmaceitus un dažādu specialitāšu ārstus (atkarībā no tā, kāda specializācija ir programmai).				
R45	Nepieciešama valsts apmaksāto pakalpojumu groza pārskatīšana saistībā ar hronisko slimību klīniskajām vadlīnijām un ar tām saistītiem ārstēšanas algoritmiem ārstniecības iestādēs	VM	N/A Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	Aprūpes organizēšana
R46	Nepieciešama pakalpojumu groza pārskatīšana hronisko slimību visu veselības aprūpes posmu kontekstā ar mērķi mazināt pieprasījumu pēc stacionāra pakalpojumiem attiecīgi to vietā nodrošinot pilna spektra ambulatoros, t.sk. medikamentus un mājas aprūpes pakalpojumus	VM	N/A Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	Aprūpes organizēšana
R47	Nepieciešams ieviest pakalpojumu klasifikāciju pēc Classification of Health Care Functions (ICHA-HC) principa un lemt par NordDRG tālāku ieviešanu, pakalpojumu sistemātiskas uzskaites pilnveidošanai	VM	N/A Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	Aprūpes organizēšana
R48	Nepieciešams pārskatīt pakalpojumu apmaksas sistēmu saistībā ar pakalpojumu klasifikāciju un orientāciju uz "gadījuma" apmaksu	VM	N/A Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	Aprūpes organizēšana
R49	Nepieciešams ieviest vienotu izmaksu uzskaites metodiku ārstniecības iestādēs ar mērķi vienotā veidā veikt gadījuma izmaksu uzskaiti, kā rezultātā būs iespējams noteikt ārstēšanas reālās izmaksas un veikt to salīdzināšanu starp iestādēm	VM, ārstniecības iestādes	N/A Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	Aprūpes organizēšana
R50	Nepieciešams izstrādāt metodiku un procesu aprakstu veselības tehnoloģiju ekonomiskajai novērtēšanai, kā arī tās ieviešanas kārtību	VM	N/A Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	- Aprūpes organizēšana

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
R51	Diagnostikas pakalpojumu apjoma racionalizēšanai un savlaicīgai mērķētai pieejamībai nepieciešams izstrādāt pacientu diagnostikas algoritmus pa diagnožu grupām	VM	350-500 tūkst. EUR	N/A	Aprūpes organizēšana
R52	Nepieciešams izveidot budžeta programmu pārdales mehānismu izmaksu efektīvu medikamentu iekļaušanai kompensējamo zāļu sarakstā	VM	N/A Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	- Aprūpes organizēšana
R53	Nepieciešams pārskatīt zāļu kompensācijas sistēmas mērķi un regulējumu, ņemot vērā, ka tās uzdevums ir nodrošināt hronisko slimību pacientu ambulatorās ārstēšanas iespējas un nevajadzīgu hospitalizāciju novēršanu	VM	N/A Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	Aprūpes organizēšana
R54	Nepieciešama kompensējamo zāļu saraksta pilnīguma pārskatīšana, iespējams, veidojot racionālas farmakoetapijas rekomendācijas galvenajās hronisko slimību grupās.	VM	N/A Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	Aprūpes organizēšana
R55	Papildināt Pētījuma ietvaros analizēto veselības un sociālās aprūpes speciālistu profesijas standartus ar PVO ASPHER modelī ietvertajām horizontālajām kompetencēm, kuras identificētas kā būtiskas konkrētu profesiju savstarpējā mijiedarbībā un darbā ar pacientiem uz pacienta orientēta integrēta aprūpes modeļa ieviešanai: - Zinātne un prakse; - Veselības veicināšana; - Līderība un sistēmiska domāšana; - Sadarbība un partnerība; - Komunikācija, kultūra un aizstāvība; - Organizatoriskā pratība un pielāgošanās spēja.	VM, IZM	N/A Organizatoriska rakstura rekomendācija, kas nav saistīta ar būtiskiem finanšu resursu ieguldījumiem	N/A	Cilvēkresursi
R56	Lai nodrošinātu uz pacientu orientēta integrēta aprūpes modeļa ieviešanai nepieciešamo savstarpējās koordinācijas un komunikācijas elementu, ieviest Pētījumā piedāvātos koordinatoru amatus:	VM, LM, pašvaldības	60-80 tūkst. EUR/ mēnesī (indikativās pašvaldības sociālo dienestu aprūpes	- VB finansējums - Pašvaldību budžeta finansējums	Starpsektorālā sadarbība

Rekomendācijas Nr.	Rekomendācija	Atbildīgā iestāde	Indikatīvais papildu nepieciešamais finansējums (EUR)	Iespējamais finansējuma avots	Kategorija
	- Aprūpes koordinators ārstniecības iestādēs ar mērķi veikt aprūpes koordinators pienākumus V, IV un III līmeņa ārstniecības iestādēs iesaistoties aprūpes plāna izpildē veselības aprūpes pakalpojumu ietvaros un koordinējot ārstu speciālistu darbu stacionārajās ārstniecības iestādēs (provizoriski 17 aprūpes koordinatori); - Aprūpes koordinators pašvaldībās ar mērķi veikt aprūpes koordinators pienākumus pašvaldību sociālajos dienestos iesaistoties aprūpes plāna izpildē sociālo pakalpojumu ietvaros (provizoriski 42 koordinatori – viens koordinators katrā pašvaldībā atbilstoši pašvaldību reformai). Aprūpes koordinators prioritārās kompetences ietver: - Spēju izprast pacienta aprūpes plāna komponentes; - Zināšanas par veselības un sociālajiem pakalpojumiem; - Zināšanas par likumdošana, politika un ētika - Spēju sadarboties; - Spēju komunicēt ar citām aprūpē iesaistītajām pusēm; - Organizatorisko prātība un pielāgošanās spējas.		koordinators atalgojuma izmaksas mēnesī) Aprūpes koordinators lomas ieviešanai III, IV un V līmeņa ārstniecības iestādēs tiek paredzēta ārstniecības personāla atbildību pārdale bez papildu izmaksām		- Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi
R57	Istenot veselības un sociālās aprūpes darbinieku apmācības par: - Klīnisko vadlīniju izmantošanu hroniski slimo pacientu ārstēšanā un aprūpē; - Hroniski slimo pacientu psihiskās veselības stāvokļa izvērtēšanu; - Hroniski slimo pacientu aprūpes koordinēšanu; - Integrētas aprūpes pakalpojuma nodrošināšanu pacienta mājās (t.sk. veselības aprūpe mājās, paliatīvā un hospisa aprūpe mājās). Papildus īstenot arī profesionālās pilnveides kursus personām, kuras nodarbinātas veselības un sociālajā aprūpē un izglītību ieguvušas atbilstoši šobrīd spēkā esošajiem profesiju standartiem.	VM	Ģimenes ārsti (273- 684 tūkst. EUR/ par kursu) Ārsti speciālisti (313 – 784 tūkst. EUR/ par kursu) Aprūpes koordinatori ārstniecības iestādēs (4 – 10 tūkst. EUR/ par kursu) Aprūpes koordinatori pašvaldībās (12 – 30 tūkst. EUR/ par kursu) Māsas (1,68 – 4.2 milj. EUR/ par kursu)	- ES fondu finansējums - Atveseļošanās un noturības mehānisma finansējums	- Starpsektorālā sadarbība - Aprūpes organizēšana - Cilvēkresursi



Attēls 16 Rekomendāciju novērtēšanas metode



Attēls 17 Rekomendāciju novērtējums atbilstoši to ietekmei uz hroniski slimu pacientu aprūpi un to ieviešanas sarežģītību