**Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns**

**2018.–2020. gadam**

Saturs

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Izmantotie saīsinājumi………………………………………….. | 3. lpp. |
|  |  |  |
|  | I. Kopsavilkums………………………………………………… | 4.- 5.lpp. |
|  |  |  |
|  | II. Esošās situācijas raksturojums……………………………… |  |
|  |  |  |
| 1. | Veselības veicināšana un profilakse………………………...  | 5.-8.lpp. |
| 2. | Grūtnieces, dzemdētājas, nedēļnieces un jaundzimušo aprūpe………………………………………………………... | 9.-19.lpp. |
|  |  |  |
| 3. | Ambulatoro pakalpojumu pieejamības uzlabošana bērnu veselības aprūpē ……………………………………………….. | 19.-24.lpp. |
|  |  |  |
| 4. | Hronisko pediatrisko pacientu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un kvalitātes uzlabošana…………………... | 24.-27.lpp. |
|  |  |  |
|  | III. Plānā paredzētie pasākumi | 28.-43.lpp. |
|  |  |  |
|  | IV. Kopsavilkums par plānā iekļauto uzdevumu īstenošanai nepieciešamo valsts un pašvaldību budžeta finansējumu |  |

# Izmantotie saīsinājumi

|  |  |
| --- | --- |
| ANOBKUS | Apvienoto Nāciju OrganizācijaVSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” |
| ES | Eiropas Savienība  |
| ESF | Eiropas Sociālais fonds |
| LĀRA | Latvijas Ārstu rehabilitologu asociācija |
| LGDzSA | Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija |
| LĢĀA | Latvijas Ģimenes ārstu asociācija |
| LLĢĀA | Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija |
| LM | Labklājības ministrija |
| LNB | Latvijas Neonatologu biedrība |
| LPA | Latvijas Pediatru asociācija |
| LRPOA | Latvijas Rehabilitācijas profesionālo organizāciju apvienība |
| LVA | Latvijas Vecmāšu asociācija |
| MK | Ministru kabinets |
| NA | Normatīvais akts  |
| NMPD | Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests |
| Noteikumi Nr.1529 | Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumi Nr.1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” |
| Noteikumi Nr.611 | Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumi Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”  |
| NRC “Vaivari” | VSIA “Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”” |
| NVD | Nacionālais veselības dienests |
| NVO | Nevalstiskās organizācijas |
| PAC | Perinatālās aprūpes centrs |
| Pamatnostādnes  | Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam |
| PSKUS | VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” |
| PVO | Pasaules Veselības organizācija |
| RSU | Rīgas Stradiņa universitāte |
| SPKC | Slimību profilakses un kontroles centrs |
| SSK - 10 | Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija |
| VI | Veselības inspekcija |
| VM | Veselības ministrija |
| VSMC | Valsts Sporta medicīnas centrs |

1. **Kopsavilkums**

Reproduktīvās veselības rādītāji ir nozīmīgi indikatīvi rādītāji, kas raksturo visas sabiedrības veselības stāvokli. MK 2014.gada 14.oktobrī ar rīkojumu Nr.589 apstiprināja *Pamatnostādnes*, kuru mērķis ir pagarināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža ilgumu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību. Lai to sasniegtu, Pamatnostādnēs ir definēts apakšmērķis – uzlabot mātes, tēva un bērna veselību, samazināt zīdaiņu mirstību, kā arī apakšmērķis – nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un racionālu resursu izmantošanu, lai sekmētu veselības aprūpes veselības sistēmas darbības ilgtspējību un visiem Latvijas iedzīvotājiem vienlīdzīgu pieeju kvalitatīviem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem.

Pamatnostādnēs ir ietverta seksuālās un reproduktīvās veselības veicināšana, jaundzimušo veselības aprūpes uzlabošana, tai skaitā zīdīšanas veicināšana, kā arī veselības aprūpes uzlabošana savlaicīgi identificējot riskus grūtniecības periodā, dzemdībās un pēcdzemdību periodā, tai skaitā pamatojoties uz izstrādātajām veselības aprūpes tīklu vadlīnijām prioritārajās veselības aprūpes jomās, veselības aprūpes pieejamības un kvalitātes uzlabošanai, tai skaitā attiecībā uz bērnu veselību sākot no perinatālā un neonatālā perioda.

ANO Ilgtspējīgas attīstības mērķu 3.mērķis paredz n**odrošināt veselīgu dzīvi un sekmēt labklājību jebkura vecuma cilvēkiem,** 3.1.apakšmērķis paredz līdz 2030.gadam samazināt māšu mirstību visā pasaulē līdz mazāk nekā 70 gadījumiem uz 100 000 dzīvi dzimušiem. 3.2. apakšmērķis paredz līdz 2030.gadam panākt, ka vairs nenotiek novēršami jaundzimušo un bērnu vecumā līdz 5 gadiem nāves gadījumi, visām valstīm izvirzot mērķi samazināt jaundzimušo mirstību līdz vismaz 12 gadījumiem uz 1000 dzīvi dzimušiem, un bērnu vecumā līdz 5 gadiem mirstību līdz vismaz 25 gadījumiem uz 1000 dzīvi dzimušiem. 3.4. apakšmērķis paredz   līdz 2030. gadam par vienu trešdaļu samazināt nelipīgu slimību izraisītu priekšlaicīgu mirstību, veicot profilakses un ārstēšanas pasākumus un uzlabojot garīgo veselību un labklājību. 3.7. apakšmērķis paredz līdz 2030.gadam nodrošināt vispārēju piekļuvi seksuālās un reproduktīvās veselības aprūpes pakalpojumiem, tostarp ģimenes plānošanas, informēšanas un izglītošanas nolūkos, un iekļaut reproduktīvo veselību valstu stratēģijās un programmās.

ESF darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” ietvaros veselības jomā tiek plānots īstenot virkni pasākumu bērnu veselības jomā, kopumā paredzot ieguldījumus 287 milj. EUR apmērā 2014.-2020.gada plānošanas perioda ietvaros:

* 9.2.3. specifiskā atbalsta mērķa *”Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai”* ietvaros tiek izstrādātas veselības tīklu attīstības vadlīnijas, tai skaitā bērnu veselības aprūpes jomā. Tāpat šī mērķa ietvaros paredzēta kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izveide veselības jomā, tai skaitā sistēmas izveide un ieviešana bērnu veselības aprūpes (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) jomā.
* 9.2.4.specifiskā atbalsta mērķa “*Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem”* ietvaros uzsākta projektu īstenošana veselības veicināšanai un slimību profilaksei prioritārajās jomās, tai skaitā bērnu veselības aprūpes (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) jomā kā vienā no četrām prioritārajām jomām.
* 9.2.5.specifiskā atbalsta mērķa *“Uzlabot pieejamību ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kas sniedz pakalpojumus prioritārajās veselības jomās iedzīvotājiem, kas dzīvo ārpus Rīgas”* ietvaros tiks īstenots projekts ar mērķi piesaistīt ārstniecības personas darbam reģionos ārpus Rīgas prioritārajās jomās, tai skaitā bērnu veselības aprūpes (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) jomā.
* 9.2.6.specifiskā atbalsta mērķa *“Uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikāciju”* ietvaros tiks īstenots projekts ar mērķi uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikāciju prioritārajās jomās, tai skaitā bērnu veselības aprūpes (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) jomā.
* 9.3.2.specifiskā atbalsta mērķa “*Uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru”* ietvaros tiks īstenoti projekti veselības aprūpes infrastruktūras uzlabošanai primārajā, sekundārajā un terciārajā veselības aprūpē prioritārajās jomās, tai skaitā bērnu veselības aprūpes (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) jomā.

Atbilstoši Ārstniecības likuma 3.panta otrajai daļai grūtnieces, bērna un personas ar prognozējamu invaliditāti veselības aprūpe ir prioritāra. Šīs prioritātes organizēšanas, finansēšanas un cilvēkresursu nodrošināšanas kārtību nosaka MK. VM ir mērķtiecīgi veikusi pasākumus grūtnieču aprūpes, dzemdību palīdzības un jaundzimušā aprūpes uzlabošanai. Lai uzlabotu mātes un bērna veselību (tai skaitā samazinātu perinatālo mirstību un mātes mirstību), nodrošinot plānotu, saskaņotu un koordinētu pasākumu veikšanu, tika izstrādāts Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2012.-2014.g. Plāna ietvaros ieviestas papildus izmeklēšanas metodes grūtniecēm, lai mazinātu iedzimto anomāliju attīstību jaundzimušajiem, uzlabota pakalpojumu pieejamība grūtnieču aprūpē, noteiktas kvalitātes prasības ultraskaņas izmeklējumiem grūtniecēm, noteiktas obligātās prasības PAC, uzsākta valsts apmaksāta neauglības ārstēšana un mātes mirstības konfidenciālā analīze. Diemžēl, neskatoties uz paveikto mātes un bērna aprūpes uzlabošanā, Latvijā joprojām katru gadu tiek reģistrēti mātes nāves gadījumi. Īpaši satraucoši rādītāji bija 2015.gadā, kad mātes mirstības rādītājs bija 55,2 uz 100 000 dzīvi dzimušiem. Absolūtos skaitļos tie bija 12 mātes nāves gadījumi, no kuriem 8 gadījumi bija ar grūtniecību tieši saistīto cēloņu dēļ. Attiecībā uz bērnu veselību, perinatālajai mirstībai ir tendence samazināties, taču salīdzinot ar ES vidējo rādītāju, perinatālās mirstībasrādītājs Latvijā joprojām saglabājas relatīvi augsts.

Ņemot vērā minēto, VM ir sagatavojusi vidēja termiņa politikas plānošanas dokumentu „Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2018.–2020. gadam” (turpmāk – Plāns). Plāns izstrādāts sadarbībā ar iesaistītajām valsts pārvaldes institūcijām – SPKC, NVD, VI un nozares profesionāļiem (LGDzSA, LVA, LNB, LPA, LĢĀA, LLĢĀA, BKUS). Plāna mērķis ir  **uzlabot situāciju mātes un bērna veselības jomā, īstenojot veselības veicināšanu un slimību profilaksi, kā arī veicinot agrīnu diagnostiku, savlaicīgu ārstēšanu un medicīnisko rehabilitāciju.**

Plāna mērķis sasniedzams realizējot četrus rīcības virzienus:

1. Veselības veicināšana un profilakse
2. Grūtnieces, dzemdētājas, nedēļnieces un jaundzimušā aprūpe
3. Ambulatoro pakalpojumu pieejamības uzlabošana bērnu veselības aprūpē
4. Hronisko pediatrisko pacientu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un kvalitātes uzlabošana

Lai sekotu līdzi un nodrošinātu plāna izpildi, pēc dokumenta apstiprināšanas plāns regulāri (vismaz reizi gadā) tiks pārskatīts un aktualizēts atbilstoši aktuālajai situācijai. Nepieciešamais papildu finansējums Plāna pasākumu īstenošanai:

2018.g. – nepieciešamais papildu finansējums - 6 885 644 eiro;

2019.g. - nepieciešamais papildu finansējums – 10 203 229 eiro;

2020.g. - nepieciešamais papildu finansējums – 10 211 621 eiro;

Turpmāk ik gadu nepieciešamais papildu finansējums - 10 211 621 eiro.

# ****Esošās situācijas raksturojums****

**1. Veselības veicināšana un profilakse**

Bērna veselību un attīstību pirms un pēc dzimšanas galvenokārt nosaka mātes un tēva veselība, vecāku zināšanas par savu un gaidāmā bērna veselību un viņu rūpes par bērnu, kā arī dzīvesveida paradumi grūtniecības periodā. Līdz ar to ļoti būtiski seksuālās un reproduktīvās veselības izglītošanas jautājumiem pievērsties jau pusaudžu vecumā. Situācija seksuālās un reproduktīvās veselības jomā Latvijā liecina, ka ir nepieciešams turpināt pastāvīgi izglītot sabiedrību (īpaši jauniešus) par reproduktīvās veselības jautājumiem un seksuāli transmisīvo infekciju profilaksi, tai skaitā par kontracepcijas lietošanu, samazinot nevēlamu grūtniecību un seksuāli transmisīvo infekciju gadījumu skaitu, kā arī veicināt grūtnieču un jauno vecāku zināšanas par atkarību izraisošo vielu lietošanas negatīvo ietekmi uz grūtnieces, bērna veselību un augļa attīstību.

Latvijā nozīmīgākie nāves cēloņi ir neinfekciju slimības – sirds un asinsvadu slimības, ļaundabīgie audzēji un ārējie nāves cēloņi.[[1]](#footnote-1) Līdz ar to ir nepieciešams pievērst īpašu uzmanību neinfekciju slimību riska faktoru (tai skaitā neveselīgu uztura paradumu, nepietiekamas fiziskās aktivitātes, atkarību izraisošo vielu lietošanas u.c.) izplatības mazināšanai gan pirms, gan pēc grūtniecības iestāšanās. Grūtniecēm un sievietēm, kas plāno grūtniecību, jāmazina risks, ko rada liekā ķermeņa masa vai aptaukošanās, vai pārāk zema ķermeņa masa, jāveicina veselīga uztura paradumi, tādējādi nodrošinot vitamīnu un mikroelementu pietiekamu uzņemšanu, jāatmet smēķēšana un jāizvairās no pasīvās smēķēšanas riska, jāizvairās no alkoholisko dzērienu un citu atkarību izraisošo vielu lietošanas, kā arī jāveicina aktīvs dzīvesveids.

Jaundzimušo un zīdaiņu veselības veicināšanā un infekcijas slimību profilaksē viens no būtiskākajiem faktoriem ir mātes piens. Svarīgi ir izglītot un informēt sabiedrību par zīdīšanas veicināšanu un šajā jomā īstenotajiem pasākumiem, sniedzot atbalstu jaunajām māmiņām ar zīdīšanu saistītu problēmu risināšanā. Ļoti svarīgas ir arī jauno vecāku zināšanas un iemaņas bērna kopšanas jautājumos un dzemdību palīdzības iestāžu personāla sniegtā informācijas kvalitātejaunajiem vecākiem.

Viens no biežākajiem bērnu līdz 5 gadu vecumam nāves un saslimšanas iemesliem ir traumas. Atbilstoši SPKC datiem 2015.gadā no ārējiem nāves cēloņiem miruši 11 bērni vecumā līdz 11 gadiem. Traumas ir nāves cēlonis, ko var novērst, ievērojot drošības principus. Saskaņā ar SPKC datiem bērni līdz 5 gadu vecumam traumas visbiežāk gūst mājās un to iemesls ir tas, ka vecāki nav nodrošinājuši pietiekamu bērnu pieskatīšanu, tādēļ ir nepieciešams nodrošināt nepārtrauktu jauno vecāku izglītošanu par traumatisma profilaksi.

Slimības, kuras ir iespējams novērst ar vakcināciju ir vakcīnregulējamās infekcijas slimības. Vakcinācija noteikti ir viens no izmaksu efektīvākajiem sabiedrības veselības pasākumiem, kuru īsteno visā pasaulē, lai novērstu potenciāli nāvējošu slimību izplatīšanos, saslimstību un mirstību. Vienlaikus vakcinācija arī cieš no saviem panākumiem, jo vakcinācijas rezultātā samazinās saslimstība ar vakcīnregulējamām slimībām un līdz ar to mazinās sabiedrības motivācija vakcinēties un ārstiem veikt vakcināciju. Mūsdienās sabiedrībā pieaug viltus drošuma izjūta un skeptiska attieksme pret vakcināciju (“vilcināšanas ar imunizāciju”), kas ir būtisks imunizācijas politikas īstenošanas šķērslis ES dalībvalstīs un citur pasaulē.

Neraugoties uz to, ka vakcīnu efektivitāte un pozitīvā ietekme uz sabiedrības veselību ir pierādīta, ar katru gadu palielinās atteikumu no vakcinācijas skaits. Viens no iemesliem vakcinācijas aptveres sarukumam ir ģimenes ārstu nepietiekamās zināšanas, lai skaidrotu vakcinācijas pretinieku kustības pārstāvju izplatīto informāciju par vakcīnu negatīvo ietekmi. Piemēram, SPKC veiktā pētījuma *“Bērnu imunizācijas rādītāju pārraudzības un vakcinācijas kavējošo iemeslu apzināšanas pētījums 2015.gadā”* ietvaros konstatēts, ka 17,8 % primārās veselības aprūpes speciālistu uzskatīja, ka viņiem ir nepietiekamas vai novecojušas zināšanas vakcinācijas jautājumos. Jāatzīmē, ka primārās veselības aprūpes speciālistiem lielākas šaubas un bažas par vakcinācijas nepieciešamību radīja vakcinācija pret gripu un nesen uzsāktās vakcinācijas pret vējbakām, cilvēka papilomas vīrusu infekciju un pneimokoku infekciju. Tajā pašā laikā konstatēts, ka bērnu vecāku skatījumā ārstniecības personas (ģimenes ārsts vai pediatrs, māsa vai ārsta palīgs) bija galvenais informācijas avots par vakcinācijas jautājumiem, un lielākā daļa vecāku tiem arī visvairāk uzticējās. Ņemot vērā minēto, nepieciešams paaugstināt ģimenes ārstu kapacitāti vakcinācijas nozīmes skaidrošanai pacientiem.

Gripa ir viena no vakcīnregulējamām infekcijas slimībām, kas katru gadu gripas sezonas laikā ir par iemeslu mirstības pieaugumam. Grūtnieces un bērni līdz 2 gadu vecumam atbilstoši PVO rekomendācijām ir atzītas par riska grupām, kam pirmkārt jānodrošina vakcinācija pret gripu. Tomēr Latvijā bērnu vecumā no 6 mēnešiem līdz 23 mēnešiem vakcinācijas aptvere pret gripu ir ļoti zema: 2014./2015.gada gripas sezonā tā bija 0,27%, bet 2015./2016.sezonā samazinājās līdz 0,16%. Tam par iemeslu ir ne tikai ārstu (ģimenes ārstu un ginekologu) nepietiekamās iemaņas, lai veicinātu šo personu vakcināciju pret gripu, bet arī pašreizējā pretgripas vakcinācijas kompensācijas sistēma, kas paredz no valsts budžeta kompensējamo zāļu receptes izrakstīšanu, vakcīnas pasūtīšanu aptiekā, kas ir sarežģīta procedūra un ierobežo vakcinācijas procesu. Tādēļ, lai mazinātu šķēršļus grūtnieču un bērnu līdz 2 gadu vecumam vakcinācijai pret gripu, nepieciešams to iekļaut vakcinācijas kalendārā un nodrošināt 100% valsts kompensāciju pretgripas vakcinācijai.

Saistībā ar mutes veselību rutīnas statistikas dati liecina, ka pēdējos gados 12 gadīgo bērnu pastāvīgo zobu KPE indekss (kariozo, plombēto un izrauto zobu kopsumma dalīta ar pacientu skaitu) vidēji ir 2,9[[2]](#footnote-2). Mutes veselības pētījums skolēniem Latvijā (2015./2016. mācību gads)[[3]](#footnote-3), kura mērķis bija noskaidrot mutes saslimšanu izplatību un smaguma pakāpi 12 gadīgiem skolēniem Latvijā un novērtēt iespējamos saslimšanu riska faktorus, liecina, ka 12 gadīgajiem bērniem ir vidēji 6 zobi ar agrīnu emaljas kariesu. Ņemot vērā minēto, jāizvērtē tādas agrīnās kariesa ārstēšanas metožu lietošanas iespējas kā fluorīda lakas aplikācijas un okluzālie silanti, kas vienlaikus veic arī kariesa profilaksi.

Pieaugusi arī dažādu industriāli ražotu pārtikas produktu ar augstu pievienotā cukura daudzumu lietošana. Pēc pētījuma rezultātiem varam secināt, ka 12 gadīgi skolēni katru dienu ēd vismaz 3 dažādus cukura saturošus industriāli ražotus pārtikas produktus[[4]](#footnote-4). Šo produktu ierobežošana, pēc pasaules prakses, ir īpaši liels izaicinājums, tādēļ kaitīgo ietekmi jāmazina ar fluorīdu saturošos zobu pastu (vismaz 1000 ppm) lietošanu 2 reizes dienā. Šobrīd to dara tikai puse 12 gadus veci skolēni. Fluorīdi kopumā ir efektīvākā kariesa profilakses un agrīnās ārstēšanas metode. Papildus ikdienas zobu tīrīšanai ar fluorīdu saturošajām zobu pastām, jāveicina fluorīdu lakas aplikācijas 2 līdz 4 reizes gadā visiem bērniem Latvijā. Viena no efektīvākajām metodēm agrīnā kariesa ārstēšanā un profilaksē ir silanti, kas izmaksu dēļ šobrīd nav iekļauti valsts apmaksātajos veselības aprūpes pakalpojumos.

Vienlaikus aktuāls jautājums ir valsts apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu pieejamības nodrošināšanu bērniem. 2017.gadā līgumus par no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu sniegšanu bērniem ir noslēgušas par 15% mazāk ārstniecības iestādes nekā 2014.gadā. Šis noslēgto līgumu samazinājums ir saistāms ar normatīvajos aktos noteiktajiem zobārstniecības pakalpojumu tarifiem. Tādējādi, nepārskatot zobārstniecības tarifus, šī tendence turpinās pieaugt un ar katru gadu valsts apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu pieejamība bērniem samazināsies.

Tāpat zobārstniecības tarifus nepieciešamas pārskatīt saistībā ar Eiropas Parlamenta un Padomes 2017. gada 17. maija Regulu 2017/852 par dzīvsudrabu un ar ko atceļ Regulu (EK) Nr. 1102/2008 prasību piemērošanu, kas paredz no 2019.gada 1.janvāra neizmantot dzīvsudrabu zobārstniecībā, kā arī pakāpeniski samazināt zobārstniecības amalgamas izmantošanu, tai skaitā no 2018.gada 1. jūlija nodrošinot zobārstniecības amalgamu neizmantošanu piena zobu ārstēšanai, bērnu vecumā līdz 15 gadiem un grūtnieču vai sieviešu, kas baro ar krūti, ārstēšanai, izņemot gadījumus, kad zobārsts uzskata, ka tas noteikti nepieciešams sakarā ar pacienta īpašām medicīniskajām vajadzībām.

Lai identificētu agrīnā bērnu zobu kariesa (kariesa līdz 6 gadu vecumam) problēmu Latvijā, kas šobrīd ir prioritāte daudzās ES valstīs, jāplāno kariesa izplatības pētījums bērniem no 2 līdz 6 gadiem. Lai izvērtētu cik ātri attīstās 12 gadīgo konstatētie agrīnie kariozie bojājumi, SPKC plāno veikt atkārtotu pētījumu 2018./2019. mācību gadā 15 gadīgajiem jauniešiem.

**Identificētās problēmas:**

1. Latvijā ir augsta saslimstība un mirstība no neinfekciju slimībām, kuru attīstību lielā mērā ietekmē cilvēka, tai skaitā grūtnieču un jauno vecāku, dzīvesveids (uztura paradumi, fiziskās aktivitātes un atkarību izraisošo vielu lietošana u.c.).
2. Nepietiekamas iedzīvotāju zināšanas par grūtnieces veselības aprūpes savlaicīgas uzsākšanas nozīmi un atkarību izraisošo vielu lietošanas negatīvo ietekmi uz grūtnieces un augļa veselību.
3. Iedzīvotāju, jo īpaši vecāku zināšanas, par bērnu drošības jautājumiem un profilakses pasākumiem traumatisma mazināšanai bērniem nav pietiekamas.
4. Nepietiekama vakcinācijas aptvere pret nozīmīgākajām vakcīnregulējamām infekcijas slimībām.
5. Šobrīd tikai aptuveni puse no 12 gadus veciem skolēniem lieto fluorīdu saturošu zobu pastu (vismaz 1000 ppm) 2 reizes dienā.
6. Agrīnās kariesa ārstēšanas metodes kā fluorīda lakas aplikācijas un okluzālie silanti, kas vienlaikus veic arī kariesa profilaksi, nav iekļautas valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu klāstā.
7. Samazinās ārstniecības iestāžu skaits, kas slēdz līgumus ar NVD par valsts apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu sniegšanu bērniem.

**2. Grūtnieces, dzemdētājas, nedēļnieces un jaundzimušo aprūpe**

Pēc dzimstības līmeņa samazinājuma no 2008.gada līdz 2011.gadam, dzimstība pakāpeniski ir pieaugusi, sasniedzot 11,1 dzimušos uz 1000 iedzīvotājiem (skat.1.att). Prognozēts, ka 2025. gadā piedzims gandrīz 24 000 bērnu.

*1.att.* **Dzemdību skaits**

*Avots: SPKC*

Prasības grūtnieču, dzemdētāju, jaundzimušo aprūpei un aprūpei pēcdzemdību periodā, tai skaitā prasības veicamajiem izmeklējumiem un konsultācijām, aprīkojumam, ir noteiktas Noteikumos Nr.611, Noteikumos Nr.1529, u.c. normatīvajos aktos. Atbilstoši Noteikumiem Nr.611 dzemdību palīdzību grūtniecības periodā jeb grūtnieces aprūpi veic ginekologs (dzemdību speciālists), ģimenes ārsts vai vecmāte, ja grūtniecība norit fizioloģiski. Pēc statistikas datiem secināms, ka pārsvarā sievietes izvēlas grūtniecības aprūpi veikt pie ginekologa (dzemdību speciālista). Pēc NVD datiem 2016.gadā aprūpi pie ginekologa (dzemdību speciālista) veica 98.33% grūtnieču, pie ģimenes ārsta - 0.19%, pie vecmātes - 0.87%.

Lai mazinātu mātes un jaundzimušo saslimstības un mirstības risku, nepieciešams attīstīt labi funkcionējošu dzemdībpalīdzības sniegšanu, sniedzot to atbilstoša līmeņa ārstniecības iestādēs, ņemot vērā grūtniecības norises un dzemdību komplikāciju riskus[[5]](#footnote-5).Vienlaikus ir svarīgi savlaicīgi noteikt riskus, kas var radīt veselības problēmas grūtniecības laikā, dzemdībās vai pēcdzemdību periodā, kā mātei, tā arī bērnam, un atbilstoši rīkoties, nodrošinot adekvātu augsta riska pacientu aprūpes vadību. Nepieciešams uzlabot prenatālo iedzimto un pārmantoto anomāliju diagnostiku un mātes veselību, jo tieši tā ietekmē augļa bojā ejas risku.

Jāpilnveido izmeklējumi grūtniecības periodā. Piemēram, ņemot vērā, ka urīnceļu infekcija ir priekšlaicīgu dzemdību riska faktors, jāizvērtē iespējas papildināt I trimestra izmeklējumus ar urīna uzsējuma analīzi urīnceļu infekcijas diagnostikai, jo minētais izmeklējums ir jutīgāks un specifiskāks nekā nitrīta tests. Glikozes tolerances traucējumi grūtniecēm rada apstākļus neinfekciju slimību (piemēram, aptaukošanās) izplatībai nākamajām paaudzēm. Orālais glikozes tolerances tests ļauj diagnosticēt gestācijas diabētu un attiecīgi ar vienkāršām metodēm - diētu un fizisku aktivitāti ierobežot mātes un augļa svara pieaugumu. Vienlaikus svarīgi ir pilnveidot ambulatoro konsultāciju pieejamību grūtniecēm ar sistēmiskām slimībām, kā arī nodrošināt mātes un jaundzimušā veselības aprūpes pēctecību.

Ņemot vērā minēto, ir veikti grozījumi Noteikumos Nr.611[[6]](#footnote-6), paredzotrūpīgāk izvērtēt pacientes anamnēzi un grūtniecības riska faktorus, pievēršot uzmanību arī tādiem faktoriem, kā grūtnieces vai nedēļnieces psihoemocionālais stāvoklis, psihiskā veselība, vardarbība ģimenē, sociālais stāvoklis; informējot grūtnieci par mutes veselības nozīmi, nepieciešamību vakcinēties pret sezonālo gripu u.c. Ārstniecības personai, kas veic grūtnieces aprūpi, jāizveido grūtniecības vadīšanas plāns, izvērtējot grūtniecības riska faktorus, ja nepieciešams iesaistot grūtnieces aprūpē citus speciālistus, kā arī nodrošinot izmeklējumu un speciālistu atzinumu apkopošanu un izvērtēšanu.

Izmaiņas Noteikumos Nr.611, nosaka kvalitātes uzraudzības prasības dzemdību palīdzībai grūtniecības periodā, dzemdībās un pēcdzemdību periodā, tai skaitā ārstniecības iestādē atbilstoši tās darba profilam un apjomam jābūt izstrādātai kārtībai grūtniecības un dzemdību riska izvērtēšanai un rīcībai šādos gadījumos, noteiktai rīcībai sarežģījumu, neatliekamu situāciju un komplikāciju gadījumos dzemdniecībā. Kvalitātes prasības ietver grūtnieču un dzemdētāju aprūpē iesaistītā personāla regulāru apmācību (profesionālo pilnveidi) par grūtnieču, dzemdētāju un jaundzimušo aprūpi un neatliekamo palīdzību dzemdniecībā un neonatoloģijā.

Grūtniecības laikā ir svarīgi izvairīties no infekcijas slimībām, tai skaitā novērst infekciju mutes dobumā. Mātes mutes veselība jau grūtniecības laikā ietekmē bērna mutes veselību. Tā kā grūtniecība saistās ar dažādām hormonālām izmaiņām, attiecībā uz mutes veselību bieži sastopams ir iekaisums smaganās vai pat periodontā, kas var ietekmēt grūtniecības iznākumu (priekšlaicīgu dzemdību, samazināta dzimšanas svara risks). Grūtniecība ir kritiskais laiks bērna mutes veselības uzlabošanai un mazu bērnu kariesa profilakses nodrošināšanai, jo bērna zobi veidojas grūtniecības laikā un dzimšanas brīdī bērnam ir visu zobu aizmetņi. Kariess ir biežākā hroniskā infekcijas saslimšana bērnu vecumā, ko izraisa specifiski mikrobi ogļhidrātu ietekmē. Līdz ar to bērns šos mikrobus var iegūt kontakta ceļā no mammas vai citiem ģimenes locekļiem. Tādēļ ieteicams *„sakārtot”* mutes veselību jau pirms grūtniecības iestāšanās. Grūtniecības laikā ieteicams veikt primāro apskati pirmā trimestra laikā, profilaksi un ārstēšanu otrā trimestra laikā.

Valsts apmaksātos zobārstniecības pakalpojumus saņem bērni līdz 18 gadu vecumam; personas līdz 22 gadiem (iedzimtu sejas-žokļu šķeltņu gadījumos); Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likuma 14.pantā noteiktās personas[[7]](#footnote-7), taču grūtniecēm zobārstniecības pakalpojumi netiek apmaksāti. Ņemot vērā, ka zobārstniecības pakalpojumi bieži vien nav pieejami naudas trūkuma dēļ būtu jāizvērtē iespējas uzlabot grūtnieču pieejamību zobārstniecības pakalpojumiem.

Atbilstoši dzemdību norisei – fizioloģiskās dzemdības (arī ģimenes dzemdības stacionārā un neplānotas ārpus stacionāra dzemdības), dzemdības patoloģijas gadījumā un dzemdības ķeizargrieziena rezultātā tiek apmaksātas no valsts budžeta līdzekļiem (skat 1.tab.). Šos veselības aprūpes pakalpojumus pilnā apjomā nodrošina valsts ar to ārstniecības iestāžu (stacionāru) starpniecību, kurām ar NVD ir noslēgts līgums par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu, un grūtniecei ir tiesības brīvi izvēlēties dzemdību nodaļu, kurā plānot dzemdības. Plānotas ārpusstacionāra dzemdības jeb mājdzemdības netiek apmaksātas no valsts budžeta līdzekļiem, jo atbilstoši Noteikumiem Nr.1529 plānotu dzemdību palīdzība no valsts budžeta līdzekļiem šobrīd tiek apmaksāta tikai gadījumos, ja tā tiek saņemta stacionārā ārstniecības iestādē. Plānotu ārpusstacionāra dzemdību skaits ar katru gadu pieaug un pēdējos gados tas ir virs 200 dzemdībām gadā (2013.g.- 238; 2014.g. – 292; 2015.g. – 283).

*1.tab.* **Valsts apmaksāto dzemdību gadījumu skaits un īpatsvars pa ārstniecības iestādēm 2016.g.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ārstniecības iestāde** | **Dzemdības dzemdību patoloģijas gadījumā** | **Fizioloģiskās dzemdības** | **Ķeizargrieziens** | **Kopā** |
| Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca | 423 | 795 | 676 | 1 894 |
| 22% | 42% | 36% |  |
| Daugavpils reģionālā slimnīca | 114 | 619 | 188 | 921 |
| 12% | 67% | 20% |  |
| Jelgavas pilsētas slimnīca | 177 | 734 | 166 | 1 077 |
| 16% | 68% | 15% |  |
| Jēkabpils reģionālā slimnīca | 82 | 446 | 181 | 709 |
| 12% | 63% | 26% |  |
| Liepājas reģionālā slimnīca | 203 | 752 | 187 | 1 142 |
| 18% | 66% | 16% |  |
| Rēzeknes slimnīca | 58 | 387 | 88 | 533 |
| 11% | 73% | 17% |  |
| Vidzemes slimnīca | 212 | 596 | 312 | 1 120 |
|  | 19% | 53% | 28% |  |
| Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca | 120 | 375 | 132 | 627 |
| 19% | 60% | 21% |  |
| Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība | 31 | 208 | 58 | 297 |
| 10% | 70% | 20% |  |
| Cēsu klīnika | 69 | 240 | 130 | 439 |
| 16% | 55% | 30% |  |
| Dobeles un apkārtnes slimnīca | 76 | 439 | 78 | 593 |
| 13% | 74% | 13% |  |
| Jūrmalas slimnīca | 206 | 1 104 | 414 | 1 724 |
| 12% | 64% | 24% |  |
| Kuldīgas slimnīca | 55 | 397 | 126 | 578 |
| 10% | 69% | 22% |  |
| Madonas slimnīca | 29 | 171 | 64 | 264 |
| 11% | 65% | 24% |  |
| Ogres rajona slimnīca | 40 | 239 | 100 | 379 |
| 11% | 63% | 26% |  |
| Preiļu slimnīca | 107 | 271 | 91 | 469 |
| 23% | 58% | 19% |  |
| Tukuma slimnīca | 19 | 223 | 37 | 279 |
| 7% | 80% | 13% |  |
| Rīgas Dzemdību nams | 2091 | 3 469 | 1 445 | 7 005 |
| 30% | 50% | 21% |  |
| Siguldas slimnīca | 122 | 680 | 214 | 1 016 |
| 12% | 67% | 21% |  |
| Kopā | 4 234 | 12 145 | 4 687 | 21 066 |

*Avots: NVD*

Pasaules Bankas pētījumā[[8]](#footnote-8) norādīts, ka Latvijā ir salīdzinoši augsts nemedicīniski nozīmētu plānveida pirmstermiņa dzemdību skaits (plānveida dzemdības pirms 39.grūtniecības nedēļas attiecas uz nemedicīniski nozīmētām dzemdībām, kas saistītas ar medicīnisku iejaukšanos vai ķeizargriezienu no 37. līdz 39. grūtniecības nedēļai). Šādas dzemdības ir saistītas ar ievērojami lielāku risku jaundzimušajam un ir saistītas ar dažādām komplikācijām, piemēram, jaundzimušā pārejas tahipnoja, elpošanas traucējumu sindroms, plaušu ventilācijas nepieciešamība, aizdomas par sepsi vai sepse, jaundzimušā barošanas grūtības u.c. Pirmstermiņa plānotas dzemdības bija vienlīdz bieži sastopamas visos aprūpes līmeņos. Laikā no 2012. līdz 2014. gadam nemedicīniskas pirmstermiņa dzemdības svārstījās no 19% I līmeņa slimnīcās līdz 35% III līmeņa slimnīcā. I līmeņa slimnīcās, kur tika pieņemti 43% vienaugļa dzemdību, tās veidoja 35% gadījumu, salīdzinājumā ar 13% III līmeņa slimnīcā. Šīs proporcijas ir dažādas starp slimnīcām, sākot ar 6 % līdz 36%.

Vienlaikus Pasaules Bankas pētījumā[[9]](#footnote-9) vērsta uzmanība, ka kopumā ķeizargriezienu skaits Latvijā ir augsts, pat zema apjoma slimnīcās, un svārstās no 16 līdz 35%, vidēji 21 % periodā no 2012.līdz 2014.gadam. Vismaz divās zema apjoma slimnīcās (ap 400 dzemdību gadā) ķeizargriezienu rādītājs tuvojas 30% un abas šīs slimnīcas atrodas tuvu gan reģionālajām, gan terciārās aprūpes slimnīcām. Rīgas Dzemdību namā ķeizargriezienu rādītājs bija 22%, bet PSKUS šis rādītājs bija visaugstākais (35%). Latvijā no 2012. līdz 2014. gadam 17% zema riska sievietes dzemdēja savu pirmo bērnu ar ķeizargrieziena palīdzību. Daudzas slimnīcas pārsniedz PVO mērķi - 15% ķeizargriezienu zema riska sievietēm. Vismaz trīs slimnīcās ķeizargriezienu proporcija pārsniedz 20%.

Ķeizargriezieni zema riska sievietēm attiecas uz situāciju, kad iepriekš dzemdējušas sievietes vai pirmo reizi dzemdējušas sievietes vienaugļa pakauša priekšguļas laicīgās dzemdībās dzemdē ar ķeizargrieziena palīdzību.

Ķeizargriezienu skaita samazināšanai zema riska, pirmo grūtniecību gadījumā var būt vairākas priekšrocības, jo tas mazinātu atkārtota ķeizargrieziena nepieciešamību nākotnē, mazinātu risku mātei un bērnam un samazinātu dzemdību un pēcdzemdību aprūpes izmaksas.

Tāpat Pasaules Bankas pētījumā secināts, ka zema riska dzemdības tiek atbilstoši pieņemtas I un II līmeņa slimnīcās, taču dzemdību komplikācijas zema riska gadījumos bija biežākas zema apjoma slimnīcās. Savukārt augsta riska dzemdības tika pieņemtas visos slimnīcu līmeņos, kas liecina, ka nepieciešams pilnveidot hospitalizācijas kārtību, lai augsta riska dzemdības tiktu vadītas PAC. Augsta riska grūtniecība saistīta ar sarežģītām dzemdībām un tām būtu jānotiek specializētas aprūpes līmenī, lai novērstu negatīvus mātes un jaundzimušā veselības iznākumus.

Grūtnieču, dzemdētāju, nedēļnieču un jaundzimušo pārvešanas kārtība uz augstāka līmeņa ārstniecības iestādi jau šobrīd ir noteikta ar NVD un stacionārajām ārstniecības iestādēm noslēgtajos līgumos. Līgumā par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu ir iekļauti pielikumi “Grūtnieču un dzemdētāju hospitalizācijas un jaundzimušo pārvešanas kārtība. Nedēļnieču, kurām nepieciešama terciārā līmeņa specializēta palīdzība, pārvešanas kārtība” un “Slimnieku hospitalizācijas vietu plāns.”[[10]](#footnote-10) Šajos pielikumos ir atrunāta kārtība kā tiek veikta pacientu (grūtnieču, dzemdētāju, nedēļnieču un jaundzimušo) pārvešana uz augstāka līmeņa ārstniecības iestādi, lai maksimāli nodrošinātu savlaicīgu un kvalitatīvu veselības aprūpi atbilstoši medicīniskajām indikācijām.

 Vienlaikus jāatzīmē, ka 2017.gada 1.oktobrī stājas spēkā Noteikumu Nr.611 2.2 8. un 2.2 9.apakšpunkts, kas paredz nodrošināt informācijas apmaiņu starp ārstniecības iestādēm par grūtnieču un dzemdētāju, un jaundzimušo pārvešanu atbilstoši medicīniskajām indikācijām uz ārstniecības iestādi ar atbilstošu medicīnisko tehnoloģiju un speciālistu nodrošinājumu. Ārstniecības iestāde analizē grūtnieču un dzemdētāju, jaundzimušo pārvešanu atbilstoši medicīniskajām indikācijām, tai skaitā pārvešanas savlaicīgumu, indikācijas, sarežģījumus.

Latvijā joprojām katru gadu tiek reģistrēti mātes nāves gadījumi. ES pēdējos gados vidēji gadā ir 5 mātes nāves gadījumi uz 100 000 dzīvi dzimušajiem (samazinājies no 5,5/100 000 2011.gadā uz 4,7/100 000 2014.gadā), Eiropas reģionā kopumā rādītājs ir vidēji divas reizes augstāks – 11,5/100 000, pēdējos gados būtiskas izmaiņas nav vērojamas, 2014.gadā rādītājs bija 11,9/100 000[[11]](#footnote-11). Mātes mirstība irmirušo sieviešu skaits grūtniecības laikā vai 42 dienās pēc grūtniecības izbeigšanās, neatkarīgi no grūtniecības ilguma un lokalizācijas tādu cēloņu dēļ, kas saistīti ar grūtniecību vai ko grūtniecība vai tās vadīšana pasliktinājusi, bet ne no nelaimes gadījuma vai nejaušības. Īpaši satraucoši rādītāji bija 2015.gadā, kad Latvijā mātes mirstības rādītājs bija 55,2 uz 100 000 dzīvi dzimušiem (skat.2.att). Absolūtos skaitļos tie bija 12 mātes nāves gadījumi, no kuriem 8 gadījumi bija ar grūtniecību tieši saistīto cēloņu dēļ. Galvenie ar grūtniecību tieši saistītie nāves cēloņi ir: asiņošana, augļūdeņu embolija, plaušu embolija. Biežākie ar grūtniecību tieši nesaistīti nāves cēloņi ir: asinsrites sistēmas slimības, gripa un tās izraisītās komplikācijas.

Mātes mirstību ietekmē arī sievietes vispārējais veselības stāvoklis un sociāli nelabvēlīgie apstākļi.Atbilstoši Mātes mirstības konfidenciālās analīzes ekspertu komitejas sagatavotajam Ziņojumam par situāciju Latvijā 2013-2015.gadā (turpmāk – ziņojums) 3 gadu laikā 9 sievietes mirušas no netiešiem iemesliem, no kuriem 6 gadījumos ir bijušas dažāda rakstura sociālas un saziņas problēmas. Ziņojumā secināts, ka sociāli problemātiskām sievietēm ģimenes plānošanas pakalpojumu pieejamība ir ierobežota. Pieejamību varētu uzlabot, nodrošinot valsts kompensētu kontracepciju un reproduktīvās veselības pakalpojumu pieejamību primārās veselības aprūpes līmenī tuvu sievietes dzīves vietai. Sniedzot primārās veselības aprūpes pakalpojumus reproduktīvā vecuma sievietēm būtu īpaši jāapzinās grūtniecības iespējamība un ar sievieti un ģimeni jāpārrunā ģimenes plānošanas perspektīvas un vēlmes, jācenšas nodrošināt drošu kontracepciju, ja grūtniecība nav vēlama, kā arī optimālu sistēmisku slimību kontroli, ja tiek plānota grūtniecība.

*2.att.* **Mātes mirstība 2005. – 2015.g, absolūtos skaitļos un uz 100 000 dzīvi dzimušiem**

*Datu avots: SPKC*

Perinatālajai mirstībai[[12]](#footnote-12) ir tendence samazināties (3.att.) un 2014., 2015.gadā vērojams viens no zemākajiem zīdaiņu mirstības[[13]](#footnote-13) rādītājiem pēdējā desmitgadē (skat. 2.tab.), taču nav vērojama stabila samazinājuma tendence, jo absolūto gadījumu skaita pieaugums vai samazinājums viena gada ietvaros var radīt būtiskas izmaiņas relatīvajos rādītājos, ņemot vērā salīdzinoši nelielo kopējo dzimušo skaitu. Zīdaiņu mirstība ir rādītājs, kas ir saistīts ne tikai ar veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību, bet arī ar mātes veselību, dzīvesveida paradumiem, izglītotību un sociāli ekonomisko stāvokli, tādējādi tas raksturo sabiedrības veselību kopumā

Salīdzinot svara specifisko perinatālo mirstību (1000 g un vairāk) Latvijā ar ES vidējo rādītāju varam secināt, ka pēdējos gados ir vērojama pozitīva tendence un ir izdevies pietuvoties ES vidējam rādītājam, attiecīgi 2014. gadā 4,8/1000 pret 4,1/1000 vidēji ES[[14]](#footnote-14).

*3.att.* **Perinatālā mirstība no 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem 2001.-2015.gadā**

*Datu avots: SPKC*

*2.tab.* **Zīdaiņu mirstība uz 1 000 dzimušo Latvijā**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| 7,8 | 7,6 | 8,8 | 6,7 | 7,7 | 5,7 | 6,7 | 6,4 | 4,5 | 3,9 | 4,1 |

*Datu avots: SPKC*

Perinatālās mirstības struktūrā lielāko daļu (vairāk kā 50%) veido nedzīvi dzimušie, piem. laika periodā no 2001. līdz 2015. gadam tas ir 64,5%. Nedzīvi dzimušo nāves cēloņi ir daudzfaktoru, kā biežākie tiek minētas iedzimtās anomālijas; intrauterīna augļa augšanas aizture; dažādas placenta patoloģijas kā arī citas grūtniecības komplikācijas, kas saistītas arī ar mātes faktoriem, kā piem. infekcijas u.tml. [[15]](#footnote-15) Tā kā lielākā daļa augļa nāves gadījumu ir reģistrēti kā priekšlaicīgi dzimuši (66,8% (n=1290) (periodā 2001.-2015.)), līdz ar to tas ir arī kā viens no iemesliem dažādām patoloģijām un nedzīvi dzimušiem. Analizējot mirstības iemeslus pēc nāves pamatcēloņa, kas tiek norādīts medicīniskajā dokumentācijā “*Medicīnas apliecība par perinatālās nāves iestāšanos”*, kā visbiežākie norādīti noteikti perinatālā perioda stāvokļi (87,5%) un iedzimtas anomālijas (11,7%). No perinatālā perioda stāvokļiem kā pamatcēlonis visbiežāk saistīts ar specifiskiem perinatālā perioda elpošanas un asinsrites sistēmas bojājumiem (n=933 jeb 82,6%; P20-P29). Savukārt no iedzimtām anomālijām kā pamatcēlonis 20,4% (n=31) asinsrites sistēmas patoloģijas (Q20-Q28); 21,1% (n=32) multiplas anomālijas (Q89.7) un 10,5% (n=16) hromosomu anomālijas (Q90-Q99) no priekšlaicīgi dzimušajiem. Savukārt analizējot nāves blakuscēloņus, būtiska nozīme ir ar mātes patoloģijas un grūtniecības un dzemdību komplikāciju ietekmi uz augli un jaundzimušo saistītie cēloņi (P00-P04), ap 35% (n=451). Līdzīga situācija nāves cēloņu struktūrā vērojama arī nedzīvi dzimušajiem savlaicīgās dzemdībās (n=640) - perinatālā perioda stāvokļi (94,1%) un iedzimtas anomālijas (3,9%). Ar mātes patoloģiju (P00-P04) kā blakuscēloņi saistīti 36,2% (n=218) nāves gadījumu (no perinatālajiem stāvokļiem).

Arī agrīnajā neonatālajā periodā mirušie pārsvarā ir priekšlaicīgi dzimušie – 60,2%, līdz ar to arī nāves cēloņu struktūrā salīdzinājumā ar nedzīvi dzimušajiem būtiskas izmaiņas nav vērojamas. Mirstības struktūrā pieaug iedzimto anomāliju īpatsvars (23,2%), nedaudz samazinoties perinatālajiem stāvokļiem (69%). Arī citās Eiropas valstīs kā būtiskākās tiek minētas iedzimtās anomālijas un komplikācijas saistībā ar priekšlaicīgām dzemdībām. Vēlākajā zīdaiņa vecuma periodā (vēlīnajā neonatālajā un postneonatālajā) turpina pieaugt iedzimto anomāliju nozīme 31%, samazinoties perinatālā perioda stāvokļiem kā nāves pamatcēlonim 25%. Iedzimto anomāliju struktūrā nozīmīgākās ir asinsrites sistēmas (Q20-Q28) 46%, kā arī hromosomu patoloģijas 15%. Ārējas iedarbes sekas izraisītas nāves tikušas reģistrētas 6% gadījumu minētajā vecumā posmā, savukārt zīdaiņa pēkšņas nāves sindroms kā pamatcēlonis tiek reģistrēts ap 20% gadījumu vecumā no 7 dienām līdz 1 gada vecumam. Jāņem vērā, ka ne vienmēr nāves cēloņu analīze pēc kopējiem statistikas datiem sniedz pietiekamu ieskatu problēmā, nepieciešama detalizētāka klīnisko datu izpēte.

Priekšlaicīgi dzimušiem zīdaiņiem un zīdaiņiem ar zemu dzimšanas svaru vai citām nopietnām veselības problēmām, jākoncentrējas stacionāros ar medicīniskajām indikācijām atbilstošu medicīnisko tehnoloģiju un speciālistu nodrošinājumu. Līdz ar to ir būtiski nodrošināt atbilstošu dzemdību nodaļu un PAC un cilvēkresursus, kā arī nodrošināt jaundzimušā veselības stāvoklim atbilstošu transportēšanu, piemēram no dzemdību nodaļas uz PAC vai BKUS, nodrošinot nepieciešamo medicīnisko palīdzību transportēšanas laikā.

Pašlaik Latvijā jaundzimušo skrīnings tiek veikts divām retām slimībām - fenilketonūrijai (kopš 1987.gada) un iedzimtai hipotireozei (kopš 1996.gada). Šāds skrīnings dod iespēju diagnosticēt iedzimto hipotireozi un fenilketonūriju visiem jaundzimušajiem, kuriem ir šāda iedzimtā patoloģija. Minēto slimību savlaicīga diagnostika un ārstēšana nodrošina normālu šo bērnu garīgo un fizisko attīstību. Latvijā ik gadu tādā veidā tiek agrīni atklāti vidēji 4 jaundzimušie ar iedzimtu hipotireozi un 3 jaundzimušie ar fenilketonūriju. Pēc SPKC datiem jaundzimušo skrīnings dzemdību nodaļās 2015.gadā veikts 93% jaundzimušo. Līdz ar to ir bērni, kuriem jaundzimušo skrīnings nav veikts vai izmeklējuma paraugs nav noņemts kvalitatīvi un savlaicīgi, ņemot vērā, ka dzemdētāja ar jaundzimušo dažkārt tiek izrakstīta no dzemdību nodaļas agrīni, piemēram, nākamajā dienā pēc dzemdībām, kā arī gadījumos, kad netiek nodrošināta pilnvērtīga aprūpes pēctecība pēc izrakstīšanās no dzemdību nodaļas. Kā arī saskaņā ar BKUS sniegto informāciju ne vienmēr izmeklējuma paraugi tiek paņemti kvalitatīvi. Izvērtējot BKUS laboratorijā 2017.gada janvārī no dzemdību nodaļām saņemto jaundzimušo asins paraugus, no visām saņemtajām kartiņām 217 (jeb 27%) gadījumu asinis bija paņemtas nepietiekamā daudzumā, nepilnīgi piesūcinātas filtrpapīra lapiņas vai nesalasāmi/ nepilnīgi aizpildīta prasītā informācija. Ņemot vērā minēto, ir ļoti svarīgi nodrošināt, lai skrīnings tiktu veikts kvalitatīvi un visiem jaundzimušajiem.

Lielākā daļa no iedzimtajām augļa attīstības anomālijām un pārmantotām vielmaiņas slimībām ir atsevišķas patoloģijas, ko diagnosticē veicot ģenētiskus izmeklējumus. Bieži vien bērns tiek agrīni izrakstīts no dzemdību nodaļas uz mājām, un diagnoze noskaidrojas tikai tad, kad organismā ir jau notikušas neatgriezeniskas izmaiņas un kad adekvāta ārstēšana vairs nespēj dot vēlamo rezultātu. Agrīnai diagnostikai un ārstēšanas uzsākšanai ir noteicošā loma jautājumā par bērna izdzīvošanu vai turpmāko attīstību. Latvijā aptuveni 40 bērni ik gadus piedzimst ar kādu no iedzimtām vielmaiņas slimībām.

Ģenētikas nozares speciālisti iesaka papildus esošajiem diviem jaundzimušo skrīningiem uzsākt četru pārmantotu slimību skrīningu (virsnieru hiperplāzija, galaktozēmija, cistiskā fibroze un biotinidāze ). Paplašināta jaundzimušo skrīninga mērķis ir:

* identificēt pacientus ar virsnieru hiperplāziju presimptomātiski, lai novērstu mirstību un samazinātu ilgtermiņa veselības problēmas, uzsākot agrīnu ārstēšanu ar steroīdu aizvietošanas terapiju. Klasiskās virsnieru hiperplāzijas incidence variē starp 1: 10 000 līdz 1 : 20 000 dzīvi dzimušo bērnu. Pilnīgs enzīma trūkums ir apmēram 75% gadījumos, kad attīstās iedzimtas virsnieru hiperplāzijas sālszaudes forma, kam raksturīga hipovolēmija, hiponātriēmija, hiperkaliēmija, metabola acidoze un hipoglikēmija. Meitenēm virsnieru garozas hiperplāzija biežāk tiek diagnosticēta pirms virsnieru krīzes, neskaidro ārējo dzimumorgānu dēļ, kuri dzimšanas brīdī ir tumšāki un virilizēti. Īpaši bīstama šī patoloģija ir zēniem, kuriem patoloģija nav vizualizējama pirms virsnieru krīzes, kas norāda cik svarīgi ir diagnosticēt iedzimtu virsnieru hiperplāziju presimptomātiski. Latvijā 60% gadījumos diagnoze uzstādīta vēlīni, dekompensācijas stadijā, kad jau ir attīstījusies virsnieru krīze[[16]](#footnote-16).
* identificēt pacientus ar galaktozēmiju presimptomātiski, lai novērstu mirstību un samazinātu ilgtermiņa veselības problēmas, uzsākot agrīnu ārstēšanu izslēdzot no uztura galaktozi saturošus produktus. Klīniskie simptomi parādās pirmajās dzīves nedēļās. Neārstētos gadījumos jaundzimušajam parādās simptomi, sākot ar svara zudumu, vemšanu, diareju, letarģiju un hipotoniju, vēlāk pievienojas arī katarakta, hepatomegālija, dzelte, koagulācijas traucējumi un septicēmija, kas noved pie jaundzimušā nāves. Pēc literatūras datiem, pacientiem, kuriem veikts skrīnings, 93% gadījumos ārstēšana tiek uzsākta pirmo 15 dienu laikā, savukārt pacientu grupā, kurā nav veikts skrīnings, tikai 71% no diagnosticētajiem pacientiem ārstēšana tiek uzsākta 15 dienu laikā, bet tieši agrīna diagnostika un ārstēšana pirmās nedēļas līdz pirmo divu dzīves nedēļu laikā ar laktozi un galaktozi nesaturošu uzturu samazina aknu mazspējas un nāves risku. Latvijā galaktozēmija netiek diagnosticēta un viens no galvenajiem iemesliem ir jaundzimušo skrīninga neesamība. Par to liecina arī epidemioloģiskie dati, piemēram, Igaunijā kopš 1996.gada tiek veikts selektīvs jaundzimušo skrīnings un laika posmā līdz 2008.gadam, veicot apmēram 4 000 selektīvā skrīninga analīzes, diagnosticēti deviņi pacienti ar klasisko galaktozēmiju. Aprēķinātais galaktozēmijas biežums Igaunijā ir 1 : 19 700, kas ir augstāks nekā vidēji Eiropā. Pēc literatūrā sastopamiem epidemioloģiskiem datiem galaktozēmijas biežums Nīderlandē ir 1: 30 000, Īrijā (atskaitot īru-ceļotājus, kur biežums ir 1: 430) 1: 33 917, Lielbritānijā 1 : 45 000 , 1: 50 000 Amerikas Savienotajās valstīs. Pēc Centrālās statistikas pārvaldes datu bāzē atrodamās informācijas 2014.gadā Latvijā ir dzīvi dzimuši 21 746 jaundzimušie, tātad vidēji Latvijā trīs gadu laikā vajadzētu būt diviem līdz trim pacientiem ar galaktozēmiju[[17]](#footnote-17).
* identificēt pacientus ar cistisko fibrozi presimptomātiski, lai novērstu mirstību un samazinātu ilgtermiņa veselības problēmas, uzsākot agrīnu adekvātu ārstēšanu. Eiropā cistiskās fibrozes incidence ir aptuveni 1:3000 jaundzimušo un katru gadu piedzimst 6 – 7 bērni ar cistisko fibrozi. Slimības gaitas vieglas pakāpes gadījumos klīniski uzstādīt diagnozi nav iespējams. Novēlotas diagnostikas gadījumā no 6 – 7 cistiskās fibrozes pacientiem izdzīvo tikai 1 – 2 pacienti. Nopietnas slimības gaitas gadījumā ārstēšana ir dārga un mazefektīva, tai ir augsta letalitāte līdz 1 gada vecumam[[18]](#footnote-18). Ieviešot cistiskās fibrozes jaundzimušo skrīningu sagaidāms, ka 2020.gadā Latvijā būs divas reizes vairāk izdzīvojušu cistiskās fibrozes pacientu (ap 80), bet daļa no tiem būs ar vieglām slimības izpausmēm, jo agrīni tiks uzsākta slimības profilakse un mērķtiecīga ārstēšana, nesagaidot slimības komplikācijas, tādējādi samazinot kopējās izmaksas no valsts budžeta.
* identificēt pacientus ar biotinidāzi presimptomātiski, lai novērstu mirstību un samazinātu ilgtermiņa veselības problēmas, uzsākot agrīnu ārstēšanu ar biotīnu. Pēc epidemioloģiskiem datiem, daļēja un pilnīga biotinidāze deficīta kopējā incidence ir 1: 60000 - 61000. Neārstētos gadījumos, bērniem ar pilnīgu biotinidāzes deficītu, parādās viens vai vairāki no minētajiem simptomiem - hipotonija, letarģija, krampji, elpošanas traucējumi (stridors, hiperventilācija), ataksija, optiska atrofija, dzirdes zudums, kognitīvi traucējumi, ekzēmas tipa izsitumi, kandidoze, konjunktivīts vai alopēcija. Pilnīga enzīma deficīta gadījumā klīnisko simptomu parādīšanās vecums variē no vienas nedēļas līdz pat desmit gadu vecumam (vidēji 3,5 mēneši). Neārstētos gadījumos biotinidāzes deficīts var novest pie komas un nāves. Terapija ar biotīnu uzlabo vispārējo stāvokli, taču optiskā atrofija, dzirdes zudums un kognitīvais deficīts parasti ir neatgriezeniski. Jaundzimušo skrīningā identificētajiem pacientiem, uzsākot terapiju presimptomātiski, novērojama normāla fiziskā un garīgā attīstība, pacienti ir klīniski veseli. Latvijā šobrīd nav atklāts pacients ar biotinidāzes pilnīgu vai daļēju deficītu. Ņemot vērā biotinidāzes deficīta incidenci Eiropā, arī Latvijā ir šādi pacienti dažādās vecuma grupās, kuriem nav precīzi uzstādīta diagnoze un kuriem joprojām nepieciešami lieli finansiāli ieguldījumi no valsts budžeta diagnostikai un simptomātiskai terapijai.17

Jaundzimušo skrīningu virsnieru hiperplāzijai veic 17 ES valstis; galaktozēmijai veic 11 ES valstis; cistiskajai fibrozei veic 14 ES valstis, biotinidāzei veic 12 ES valstis. Par labu šai pieejai ir arī tas, ka Latvijā ir pieredze šo slimību ārstēšanā un terapija ir pieejama jau šobrīd. Pēc BKUS sniegtās informācijas slimnīca ir gatava uzsākt šo slimību skrīningu pie atbilstoša finansējuma.

Jaundzimušajiem, kuriem novēro apātiju, krampjus, progresējošus centrālās nervu sistēmas traucējumus, letarģiju un komu nepieciešams noteikt amonjaka līmeni asinīs. Nenosakot amonjaka līmeni šai riska grupai, kas varētu būt aptuveni 150 pacienti gadā, netiek savlaicīgi atklāti pacienti ar urīnvielas cikla traucējumiem, kuriem iespējama ārstēšana. Savukārt novēlota terapija var izraisīt neatgriezeniskas centrālās nervu sistēmas izmaiņas vai nāvi. Šādai diagnostikai jābūt pieejamai visos PAC un BKUS visu diennakti. Hiperamonēmijas gadījumā amonjaka līmenis smadzenēs ir pusotru līdz trīs reizes augstāks nekā asinīs, tāpēc nenobriedušai nervu sistēmai hiperamonēmija var izraisīt neatgriezeniskus smadzeņu bojājumus, piemēram, smadzeņu garozas atrofija, vēderiņu paplašināšanos un demielenizāciju, kas noved pie tādiem klīniskiem simptomiem kā intelekta deficīta un krampjiem. Laicīgi nediagnosticēta hiperamonēmija izraisa encefalopātiju, kam seko koma un nāve.[[19]](#footnote-19) Nodrošinot amonjaka līmeņa diagnostiku un kontroli pacientiem ar jau noteiktām diagnozēm, kas saistītas ar primāru vai sekundāru hiperamonēmiju ambulatoros apstākļos, samazināsies hospitalizācijas biežums, kā arī hospitalizācijas ilgums, uzlabosies slimības gaitas norises kontrole un nepieciešamās adekvātās terapijas nozīmēšana, kas attiecīgi nozīmē zemākas ārstēšanas un uzraudzības izmaksas kopumā.

Augsta riska dzemdībās un jaundzimušajiem ar prenatālām un postnatālām patoloģijām ir augstāks tālākās invaliditātes attīstības risks, kā tiem jaundzimušajiem, kam šādas patoloģijas nav. Latvijā prasība izvērtēt invaliditātes risku nav ietverta normatīvajos aktos, kas regulē bērnu ar iespējamu perinatālu patoloģiju aprūpes standartus to pirmajos dzīves gados. Funkcionēšanas ierobežojumi, kurus ir radījuši perinatālu problēmu izraisīti attīstības traucējumi, visa mūža garumā prasa papildus resursus gan ārstēšanai un rehabilitācijai, gan kopšanai un dažādiem sociāliem pakalpojumiem un pabalstiem.

**Identificētās problēmas:**

Mātes mirstības rādītāji Latvijā ir būtiski augstāki nekā ES vidēji.

1. Galvenie ar grūtniecību tieši saistītie nāves cēloņi ir asiņošana, dziļo vēnu tromboze un plaušu artēriju trombembolija, hipertensīvi sarežģījumi. Biežākie ar grūtniecību tieši nesaistīti nāves cēloņi ir asinsrites sistēmas slimības, gripa un tās izraisītās komplikācijas, hroniskas neārstētas sistēmslimības. Mātes mirstību ietekmē arī sievietes vispārējais veselības stāvoklis un sociāli nelabvēlīgie apstākļi.
2. Zema riska dzemdības tiek atbilstoši pieņemtas I un II līmeņa slimnīcās, taču dzemdību komplikācijas zema riska gadījumos biežākas ir zema apjoma slimnīcās.
3. Augsta riska dzemdības tika pieņemtas visos slimnīcu līmeņos, kas liecina, ka nepieciešams ieviest labākas nosūtījumu prakses I līmeņa slimnīcās.
4. Salīdzinoši augsts medicīniski nepamatots plānveida grūtniecības atrisināšanas skaits, t.sk., ķeizargriezienu skaits pirms pilnām 39 nedēļām zema riska sievietēm.
5. Grūtniecēm nav pieejami valsts apmaksāti zobārstniecības pakalpojumi.
6. Ir gadījumi, ka jaundzimušo skrīnings nav veikts vai izmeklējuma paraugs nav noņemts kvalitatīvi un savlaicīgi, jo dzemdētāja ar jaundzimušo dažkārt tiek izrakstīta no dzemdību nodaļas ļoti ātri, piemēram, nākamajā dienā pēc dzemdībām, netiek nodrošināta pilnvērtīga aprūpes pēctecība pēc izrakstīšanās no dzemdību nodaļas, kā arī saskaņā ar BKUS sniegto informāciju ne vienmēr izmeklējuma paraugi tiek paņemti kvalitatīvi, kā rezultātā daļai bērnu skrīninga izmeklējums netiek veikts savlaicīgi vai tas ir jāatkārto.
7. Pašlaik Latvijā jaundzimušo skrīnings tiek veikts divām retām slimībām (fenilketonūrijai un iedzimtai hipotireozei), lai gan jaundzimušo skrīningu ir iespējams paplašināt ar vēl četru pārmantotu slimību skrīningu (virsnieru hiperplāzija, galaktozēmija, cistiskā fibroze, biotinidāzes deficīts).
8. Jaundzimušajiem ar prenatālu, intranatālu un postnatālu patoloģiju netiek vērtēts invaliditātes attīstības risks un veikti pasākumi savlaicīgai un pietiekošas intensitātes mērķtiecīgas rehabilitācijas uzsākšanai.

**3. Ambulatoro pakalpojumu pieejamības uzlabošana bērnu veselības aprūpē**

Ģimenes ārstam ir būtiska loma savlaicīgā simptomu novērtēšanā. Profilaktisko pasākumu efektivitāte, tai skaitā profilaktiskās veselības pārbaudes ir veicinošs faktors agrīnai saslimšanu, tai skaitā hronisku saslimšanu, diagnostikai jau primārās veselības aprūpes līmenī. Noteikumu Nr.1529 1.pielikumā ir noteiktas profilaktiskās apskates un izmeklējumi bērniem:

1. bērna pirmajā dzīves gadā: pirmajā dzīves mēnesī - ģimenes ārsta un vecmātes vai ģimenes ārsta praksē strādājošas māsas vai ārsta palīga (feldšera) apskate mājās – vienu reizi pirmajās trijās dienās pēc izrakstīšanas no stacionāras ārstniecības iestādes vai vienu reizi pirmajās sešās dienās pēc bērna dzimšanas, ja bērns dzimis plānotās ārpus stacionāra dzemdībās, un ģimenes ārsta apskate vienu reizi trešajā dzīves nedēļā, vecmātes vai ģimenes ārsta praksē strādājošas māsas vai ārsta palīga (feldšera) apskate mājās – vienu reizi 10 dienās;
2. bērnam vecumā no 1 - 6 mēnešu vecumam – vienu reizi mēnesī ģimenes ārsta apskate ārsta prakses vietā, bērnam no 7 - 11 mēnešu vecumam ģimenes ārsta apskate – divas reizes minētajā laikposmā un ģimenes ārsta apskate bērnam 12 mēnešu vecumā;
3. bērniem 13 – 24 mēnešu vecumā ģimenes ārsta profilaktiskā apskate 2 reizes gadā, okulista apskate;
4. bērniem 2 – 18 gadu vecumā ģimenes ārsta profilaktiskā apskate – reizi gadā. Zobu higiēnista apmeklējums – reizi gadā (7, 11 un 12 gadu vecumā – divas reizes gadā). Okulista apskate trīs gadu un pirms skolas 6-7 gadu vecumā;
5. bērniem tiek veikta imūnprofilakse atbilstoši vakcinācijas kalendāram.

Vienlaikus speciālisti ir norādījuši, ka nepieciešams papildināt profilaktiskās pārbaudes ar vairākiem izmeklējumiem, kas ļautu agrīni identificēt sirds un asinsvadu un vielmaiņas slimību risku. Koronāro artēriju slimība ir biežākais nāves iemesls pieaugušo vecumā pasaulē un Latvijā. Slimības inkubācijas un preklīniskais periods norit jau bērnībā, pat intrauterīni[[20]](#footnote-20). Riska grupas atpazīšana bērnībā un pusaudžu vecumā ir pirmais solis koronārās sirds slimības profilaksei. Agrīna riska faktoru atpazīšana un to kontrole varētu samazināt koronārās slimības attīstību vēlākā vecumā, kā arī savlaicīga ārstēšana mazinātu slimības izpausmes[[21]](#footnote-21). Ņemot vērā, ka arteriālā hipertensija ir svarīgs riska faktors koronārai sirds slimībai, kā arī nopietna sekundārā izpausme iedzimtu nieru un sirds anomāliju gadījumos, kuras novēloti diagnosticējot un ārstējot, paaugstina risku sirds un asinsvadu slimībām, ikvienam bērnam apmeklējot ģimenes ārstu vai pediatru nepieciešams veikt arteriālā asinsspiediena mērījumu, sasniedzot trīs gadu vecumu[[22]](#footnote-22). Savukārt elektrokardiogrammas veikšanai ambulatori visiem bērniem, uzsākot skolas gaitas 1.klasē  (7 gadu vecumā), mērķis ir identificēt pacientus ar risku pēkšņai nāvei saistībā ar nediagnosticētiem sirds ritma traucējumiem, hipertrofisku kardiomiopātiju, iedzimtu nediagnosticētu sirdskaiti u.c.[[23]](#footnote-23)

Lai savlaicīgi diagnosticētu iedzimtus lipīdu vielmaiņas traucējumus, kā piemēram, sterola biosintēzes, žultskābes biosintāzes traucējumus, lipoproteīnu metabolisma traucējumus, nepieciešama lipīdu profila noteikšana bērniem un pusaudžiem līdz 18 gadu vecumam. Kā arī, hiperholesterinēmijas kā agrīna aterosklerozes un arteriālas hipertensijas riska faktora konstatēšanai, nepieciešams noteikt zema blīvuma lipoprotetīnu holesterīnu (ZBL) un kopējo holesterīnu kā to rekomendē gan Amerikas Pediatru Akadēmija 2008.gada vadlīnijās, gan Nacionālais Sirds, Plaušu un Asins Institūts, ASV Integrētajās kardio-vaskulāra riska novēršanas vadlīnijās bērniem un pusaudžiem (2011.g.).[[24]](#footnote-24) Amerikas pediatru akadēmija uzskata, ka universāls visu šī vecuma bērnu  skrīnings palīdz precīzāk atlasīt pacientus ar augstu risku kardio-vaskulārai patoloģijai nākotnē un nepieciešamību  tālākai novērošanai.  Mazāk kā 1% bērnu – primāri pacientiem ar ģenētiskām dislipidēmijām – būs nepieciešama holesterīna līmeni pazeminoša medikamentoza terapija. Savukārt, lielākajai daļai pacientu ar augstu holesterīna līmeni tā korekcijai pietiks ar dzīvesveida izmaiņām (diētu un fiziskajām aktivitātēm).[[25]](#footnote-25)

Katru gaduvairāk kā 1000 bērnu (skat. 4.tab.) piedzimst priekšlaikus, kas prasa papildus rūpes un specializētu medicīnisko aprūpi ne tikai agrīnā jaundzimušo periodā, bet arī turpmāk.

*4.tab.* **Jaundzimušo raksturojums**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gads** | **No dzīvi dzimušiem - neiznēsāti** |
| **kopā** | **tajā skaitā - līdz 999 g** |
| **2009** | 1172 | 46 |
| **2010** | 1106 | 44 |
| **2011** | 1110 | 52 |
| **2012** | 1191 | 66 |
| **2013** | 1125 | 57 |
| **2014** | 1221 | 55 |
| **2015** | 1249 | 68 |

*Datu avots: SPKC*

 Atbilstoši Noteikumu Nr.1529 1.pielikuma 1.5.1 apakšpunktam bērnus, kas dzimuši līdz 34.gestācijas nedēļai ģimenes ārsts papildus regulārajām apskatēm nosūta uz konsultāciju pie BKUS vai PAC neonatologa bērna attīstības novērtēšanai. Ņemot vērā, ka priekšlaikus dzimušo bērnu aprūpē ir nepieciešama arī citu jomu speciālistu iesaiste, piemēram, medicīniskajā rehabilitācijā, nepieciešams pilnveidot priekšlaikus dzimušo bērnu dinamiskās novērošanas kārtību.

 Ģimenes ārsts organizē prakses darba laiku un pieņemšanas laiku gan rīta (laikā no plkst.8.00 līdz 13.00), gan vakara (laikā no plkst.13.00 līdz 19.00) stundās, paredzot pieņemšanas laiku pacientiem ar iepriekšēju pierakstu. Primārās veselības aprūpes pakalpojumus ģimenes ārsts nodrošina piecu darbdienu laikā, kā arī katru dienu ne mazāk par vienu stundu ir noteikts pieņemšanas laiks personām bez iepriekšēja pieraksta (akūtiem pacientiem), nodrošinot šādām personām ģimenes ārsta pieejamību tajā pašā dienā, kad persona vērsusies ģimenes ārsta praksē, vai nākamajā darbdienā, ja persona ģimenes ārsta praksē vērsusies pēc ģimenes ārsta pieņemšanas laika beigām. Ārpus ģimenes ārsta darba laika veselības aprūpes pakalpojumus pilsētās var nodrošināt dežūrārsts, kurš pieņem pacientus darbdienās pēc plkst.15:00 un brīvdienās atbilstoši līgumā ar NVD noteiktajam dežūrārsta darba laika grafikam. Pamatā dežūrārstu pakalpojumi ir pieejami lielākajās pilsētās – Rīgā, Daugavpilī, Jelgavā, Liepājā, Ventspilī, Rēzeknē, kā arī pilsētās ar mazāku iedzīvotāju skaitu – Siguldā, Salaspilī un Alūksnē ar mērķi nodrošināt pietiekamu primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību. Darbdienās laikā no plkst.17:00 līdz 8:00 un brīvdienās visu diennakti informāciju par nepieciešamo veselības aprūpi personām sniedz ģimenes ārstu konsultatīvais tālrunis.

Teritorijās, kurās ir nepietiekams ģimenes ārstu nodrošinājums un apgrūtināta primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, valsts var slēgt līgumu ar pašvaldību par feldšerpunkta, kurā strādā sertificēts ārsta palīgs (feldšeris), darbību primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai. Līguma ar NVD ietvaros veselības aprūpes pakalpojumus 2016.gadā nodrošināja 108 feldšeru vai feldšeru-vecmāšu punktos, tai skaitā 37 – Latgales reģionā, 22 – Kurzemes reģionā, 48 – Vidzemes reģionā, 1 – Zemgales reģionā.

Noteikumi Nr.1529 paredz to, ka pediatrs ir tiešās pieejamības speciālists. Pediatra pakalpojumi vienlīdz pieejami arī reģionālajās slimnīcās. Atbilstoši datiem uz 2017.gada 1.janvāri pediatrs ir pieejams SIA “Vidzemes slimnīca”, SIA “Liepājas reģionālā slimnīca”, SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”, SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca”, SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” un SIA “Rēzeknes slimnīca”, rindas uz šī pakalpojuma saņemšanu nav vai gaidīšanas laiks ir mazāks par 5 dienām. Līdz ar to šobrīd pacientam nav jāgaida rindā nesamērīgi ilgi un pediatra konsultāciju var saņemt tūlītēji vai ar nelielu gaidīšanas laiku.

Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe ir veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona, kā arī ambulatori veiktie laboratoriskie, vizuālās diagnostikas izmeklējumi un dienas stacionārā sniegta veselības aprūpe. Valsts apmaksātus sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus saņem ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu. Pieejamība bez nosūtījuma ir pie šādiem speciālistiem: pie psihiatra vai bērnu psihiatra, ja slimo ar psihisku slimību; pie narkologa, ja slimo ar alkohola, narkotisko vai psihotropo vielu atkarību; pie pneimonologa, ja slimo ar tuberkulozi; pie dermatovenerologa, ja slimo ar seksuāli transmisīvu slimību; pie endokrinologa, ja slimo ar cukura diabētu; pie onkologa, onkologa ķīmijterapeita, ja slimo ar onkoloģisku slimību; pie ginekologa; pie oftalmologa; pie bērnu ķirurga; pie pediatra; pie infektologa, ja persona slimo ar HIV/AIDS infekciju.

BKUS ir lielākā specializētā bērnu daudzprofilu ārstniecības iestāde Latvijā, kas nodrošina valsts apmaksātu specializētu ārstniecības, diagnostikas un rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu bērniem ambulatori un stacionārā neatliekamās, steidzamās (akūtās) un plānveida palīdzības ietvaros. BKUS sniedz ārstniecības un aprūpes pakalpojumus 28 ārstēšanas profilos, kas ļauj veidot multidisciplinārās komandas un nodrošināt terciārā līmeņa ārstniecību, kas ietver diagnostiku, ārstēšanu, pacientu aprūpi, medicīnisko rehabilitāciju un slimību profilaksi. BKUS sniegto pakalpojumu apjomā pēdējo gadu laikā iezīmējas stabila tendence pieaugt pakalpojumu skaitam, kurus pacientiem būtu iespējams saņemt primārās veselības aprūpes līmenī. Stacionāro pakalpojumu sniegšanai BKUS ir pieejamas 400 dažādu profilu gultas, tostarp dienas stacionāra pacientiem. Ambulatoro pakalpojumu plūsma un īpatsvars BKUS sniegto pakalpojumu klāstā ir ar pieaugošu tendenci (skat. 5.tab.).

*5.tab.* **Pacientu plūsmas**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pacientu plūsma** | **2013.g.** | **2014. g.** | **2015. g.** | **2016.g.** |
| Neatliekamās medicīniskās palīdzības un observācijas nodaļā (NMPON) apkalpoto pacientu skaits, t.sk.: | 67 975 | 71 678 | 69730 | 70 011 |
| NMPON ambulatoro apkalpoto pacientu skaits |  | 42 960 (59,9%) | 36 540 (52,4%) | 29 545 (42%) |
| NMPON apkalpoto pacientu skaits, kas tika izrakstīti no observācijas |  | 12 972 (18,1%) | 20 730 (29,7%) | 27 595 (39%) |
| NMPON apkalpoto pacientu skaits, kas tika stacionēti |  | 15 746 (22%) | 12460 (17,9%) | 12 962 (19%) |
| Ambulatoro konsultāciju skaits pie speciālistiem (Konsultatīvā poliklīnika) | 172 727 | 196 816 | 212 779 | 232 683 |
| Dienas stacionārā ārstēto pacientu skaits | 10 041 | 9 728 | 9 957 | 9 254 |
| Dienas stacionāra pacientu epizožu skaits | 21 275 | 30 169 | 21 620 | 17 135 |
| Stacionārā ārstēto pacientu skaits | 24 942 | 19 510 | 18 341 | 18 380 |

*Datu avots: BKUS*

BKUS Neatliekamās medicīniskās palīdzības un observācijas nodaļā (NMPON) liela daļa apkalpoto pacienti (2014. gadā 59,9 %, 2015. gadā - 52,4%, 2016. gadā 42%) ir ambulatorās veselības aprūpes līmenim atbilstoši pacienti. Tikai 18 – 19% no visiem BKUS NMPON apkalpotiem bērniem tiek stacionēti. Pēc observācijas no NMPON tiek izrakstīti apmēram trešdaļa bērnu (attiecīgi 39 % 2016.gadā, 30% 2015. gadā). Pacientu skaits, kuri apmeklē BKUS NMPON īpaši palielinās pēcpusdienās, vakara un nakts stundās, kā arī brīvdienās un svētku dienās. 2016.gadā BKUS NMPON pārliecinoši lielākā daļa pacientu - 64.8% - ir ieradušies pēc pašu iniciatīvas, bez ģimenes ārsta vai ārsta speciālista nosūtījuma. 26.9% pacientu atvedis NMP dienests. Ārsta palīgam, veicot primāro pacientu šķirošanu BKUS NMPON atbilstoši starptautiskās pacientu triažēšanas (*triage*) algoritmiem, 2016. gadā 70,25% pacientu tika novērtēti kā atbilstoši zaļai prioritātei, kas atbilst ambulatoram līmenim. Šie dati liecina par medicīniskās palīdzības pieejamības problēmām primārajā veselības aprūpē valstī. 2017.gada Rīgas Stradiņa universitātes Zinātniskā konferencē publicētā pētnieciskā darbā, kura ietvaros aptaujāti 300 bērnu vecāku, kuri vērsušies pēc palīdzības BKUS NMPON, 45% vecāku atbild, ka ģimenes ārsts nav pieejams šajā akūtā situācijā. Savukārt 46% vecāku izvēlas apmeklēt BKUS NMPON sakarā ar augstāku uzticības līmeni BKUS nekā ģimenes ārstam. Šī pētījuma dati un BKUS ikgadējā pacientu plūsmas statistiskā analīze liecina par valstī pastāvošām medicīniskās palīdzības pieejamības problēmām primārajā veselības aprūpes līmenī un BKUS speciālisti tiek iesaistīti primārās veselības aprūpes funkciju nodrošināšanā.

Konsultatīvajā poliklīnikā ambulatoro apmeklējumu skaits pie speciālistiem pēdējo trīs gadu laika ir palielinājies par teju 60 000, sasniedzot 232 683 konsultācijas 2016.gadā, kas ir būtisks pieaugums un ierobežotas speciālistu kapacitātes apstākļos nenovēršami rada rindas speciālistu konsultāciju saņemšanai. Speciālistu konsultācija sekundārās un terciārās veselības aprūpes ietvaros gan veicot pirmreizēju diagnostiku, gan hronisku pacientu dinamiskās novērošanas gadījumos ir lietderīga un rezultatīva, ja pacients tiek izmeklēts jau primārās veselības aprūpes ietvaros un sekojoši nosūtīts pie speciālista. Pēc BKUS sniegtās informācijas 2015.gada nosūtījumu pie ambulatorajiem speciālistiem analīze (kopskaitā 84 nosūtījumi, kas izvēlēti pēc nejaušas atlases principa) parādījusi, ka nosūtījumi uz ambulatorajām konsultācijām pie speciālistiem ir nekvalitatīvi: konsultācijas mērķis bija norādīts tikai 49% gadījumu (nereti kā mērķis tiek minēts “izmeklēšanai”), 91% gadījumu nosūtījumos nebija norādīti, un tiem nebija pievienoti pacientiem veiktie izmeklējumi, 70% gadījumu netika norādīta slimības anamnēze un attīstības gaita, arī 2016. gadā tika veikta līdzīga analīze un konstatēts, ka rādītāji nav uzlabojušies. Tas samazina speciālistu konsultāciju efektivitāti, pirmreizējas slimības diagnostikas gadījumos pagarina diagnozes noteikšanas laiku un rada papildu speciālistu ambulatoro vizīšu apjomu, kas ietekmē speciālistu pieejamību. Tādējādi pacientu kvalitatīva izmeklēšana pirms nosūtīšanas pie speciālistiem un kvalitatīvi aizpildīti nosūtījumi ir priekšnosacījums efektīvam sekundārā un terciārā līmeņa ambulatoram speciālista apmeklējumam un potenciāls speciālistu pieejamības uzlabošanai.

**Identificētās problēmas**

1. Lai gan ir nodrošināta primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, akūtās situācijās vecāki vēršas pēc palīdzības BKUS uzņemšanas nodaļā. Kā galvenos argumentus šādai rīcībai vecāki min ģimenes ārstu nepieejamību ārpus normālā darba laika, ģimenes ārsta nepieejamību bez iepriekšēja pieraksta arī akūtā situācijā, kā arī lielāku profesionālu uzticamību BKUS pediatriem.
2. Pieaugošs pieprasījums pēc BKUS sniegtajiem pakalpojumiem ir veicinājis rindu pagarināšanos pie ambulatorajiem speciālistiem.
3. Nosūtījumi pie BKUS speciālistiem – daļā gadījumu nav kvalitatīvi un pamatoti. Tas samazina speciālistu konsultāciju efektivitāti, pirmreizējas slimības diagnostikas gadījumos pagarina diagnozes noteikšanas laiku un rada papildu speciālistu ambulatoro vizīšu apjomu, kas rezultātā ietekmē speciālistu pieejamību.
4. Informācijas pieejamības trūkums sabiedrībai par sekundāro ambulatoro pakalpojumu bērniem izvietojumu dažādās ārstniecības iestādēs palielina ambulatoro pacientu plūsmu BKUS un ir vēl viens rindu veidošanās un pagarināšanās cēlonis.

**4. Hronisko pediatrisko pacientu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un kvalitātes uzlabošana**

Analizējot stacionāros ārstētos bērnus no 0-17 gadiem, redzams, ka trīs biežākās saslimšanu grupas šajā vecumā ir elpošanas sistēmas slimības, infekcijas un parazitārās slimības, kā arī gremošanas sistēmas slimības (skat. 4.att.).

*4.att.* **Stacionārā ārstēto bērnu (0-17 gadi) sadalījums pa galvenajām diagnožu grupām 2015.gadā**

*Datu avots: SPKC*

Lai nodrošinātu bērnu ar hroniskām slimībām veselības stāvokļa uzraudzību nepieciešams novērot bērna veselības stāvokli dinamikā, veicot pārbaudes pie speciālista un izmeklējumus noteiktos termiņos.

Bērnu veselību raksturopraktiski veselo bērnu īpatsvars, izmantojot sadalījumu trīs veselības grupās:

1. Pirmā veselības grupa - veseli bērni, kuriem nav hronisku saslimšanu, novērošanas periodā var būt viegli noritošas akūtas saslimšanas; orgānu un sistēmu funkcijas bez patoloģijas, fiziskā attīstība atbilstoši vecumam.
2. Otrā veselības grupa ***–*** bērni ar hronisku saslimšanu attīstības draudiem. Akūtas saslimšanas norit ar komplikācijām, rekonvalescences periodā vērojams nogurums, paaugstināts uzbudinājums, miega traucējumi, slikta ēstgriba, subfebrilitāte. Pirmā dzīvības gada bērniem ir apgrūtināta dzemdību (toksikoze, cita patoloģija) un ginekoloģiskā anamnēze. Funkcionāli traucējumi. Fiziskā attīstība normāla, var būt 1. pakāpes svara deficīts. Normāla neiropsihiskā attīstība vai neizteikta neiropsihiskās attīstības atpalicība.
3. Trešā veselības grupa *–* bērni ar hroniskām saslimšanām kompensētā, subkompensētā vai dekompensētā veidā. Iedzimtas orgānu un sistēmu patoloģijas. Funkcionālas patoloģijas. Fiziskā attīstība normāla, svara deficīts vai liekais svars I, II pakāpē, mazs augums. Neiropsihiskā attīstība normāla vai atpalikusi.

Praktiski veselo jaundzimušo īpatsvars (1.veselības grupa) dinamikā palielinās, sasniedzot 64% no visiem jaundzimušajiem (2014.gadā – 63%). Attiecīgi vērojama neliela hroniski slimo jaundzimušo (3. veselības grupa) īpatsvara mazināšanās (skat. 4.att.).

*5.att.* **Jaundzimušo sadalījums veselības grupās, procentos**

**2008.-2015. gadā**



*Datu avots: Valsts statistikas pārskats „Pārskats par bērnu veselības stāvokli”, SPKC, 2016*

Viena gada vecumā 64,5% bērnu ir praktiskiveseli (2014.gadā – 64,3%), taču vēlākās vecuma grupās veselo bērnu īpatsvars samazinās; 15-17 gadu vecumā veseli ir 59,0% (2014.gadā – 58,2%) (skat. 6.attēlu).

*6. att.* **Bērnu sadalījums veselības grupās, procentos**

**2008.-2015. gadā**

*Datu avots: SPKC*

Kā biežākie veselības traucējumi profilaktiskajās apskatēs pusaudžiem ir konstatēti dažādi stājas traucējumi (~15%), otra biežāk konstatētā problēma ir pavājināta redze (2015.gadā ~13% (2014.gadā ~14%))[[26]](#footnote-26). Dinamikā šiem rādītājiem vērojama pieauguma tendence, kas varētu būt skaidrojams ar mazkustīgu dzīvesveidu, ilgstošu laika pavadīšanu pie datora un televizora u.c. Liela daļa no pusaudžu gados atzīmētajām veselības problēmām (stājas, redzes traucējumi) bērniem tiek konstatētas jau 1. klasē.

Vienlaikus jānorāda, ka saglabājas salīdzinoši nemainīgi augsti 2.veselības grupas rādītāji, kas pēc iedalījuma ir salīdzinoši neskaidri, jo 2.veselības grupā tiek iekļauti potenciāli hroniski slimi bērni, kuru veselības problēmas var būt arī nelielas, taču tās var saasināties nepietiekamas uzraudzības dēļ. 2015.gadā jaundzimušo vecumā tie ir 33,0% bērnu, viengadīgo vecumā pieaugot līdz 32,5% un pusaudžu vecumā 37,0%.

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis ir nodrošināt personām ar noteiktiem funkcionēšanas ierobežojumiem šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu. Medicīniskā rehabilitācija ir daļa no kopējā ārstēšanas un aprūpes procesa, tādēļ jānodrošina šo pakalpojumu pieejamība bērniem savlaicīgi un nepieciešamajā apjomā gan stacionārā, gan ambulatori, tai skaitā jāuzlabo multidisciplinārā veidā (dažādas specialitātes ārsti un multiprofesionāla rehabilitācijas komanda) sniegtu rehabilitācijas medicīnas pakalpojumu pieejamība, kā arī jānodrošina informācijas pieejamība speciālistiem par veiktajiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem pacientam, plānotajiem laika intervāliem u.c., lai tādējādi nodrošinātu rehabilitācijas pakalpojumi pēctecīgumu un saskaņotību.

Intensīva akūtā medicīniskā rehabilitācija ir multidisciplināra ārstniecības nozare, kas prasa rehabilitācijas speciālistu sadarbību ar citām pediatrijas specialitātēm un citiem speciālistiem. Tādēļ ir mērķtiecīgi koncentrēt akūtās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu bērnu vecuma pacientiem BKUS Rehabilitācijas klīnikā, kā arī nodrošināt agrīnās rehabilitācijas pakalpojumus reģionālajās slimnīcās. Vienlaikus ir mērķtiecīgi BKUS Rehabilitācijas klīnikā nodrošināt arī vienotam ārstniecības procesam nepieciešamos agrīnās subakūtās rehabilitācijas medicīnas pakalpojumus stacionārā vai ambulatorā, t.sk., dienas stacionāra veidā, kur var tikt veikta arī bērnu dinamiskā rehabilitācijas novērošana, multidisciplināra novērtēšana un citi ārstnieciski resursu ietilpīgi pakalpojumi, piemēram, spasticitātes ārstēšanas un rehabilitācijas programma, robottehnoloģiju attīstīšana, algoloģijas programmas bērniem u.c.

Subakūtās rehabilitācijas pakalpojumi un dinamiskā novērošana ir realizējami arī citās ārstniecības iestādēs, kurās ir attīstītas atbilstošas rehabilitācijas programmas. Nepieciešams subakūtā un ilgtermiņa dinamiskās novērošanas rehabilitācijas programmas definēt, konkretizējot pacientu mērķgrupu, izmantojamās tehnoloģijas, novērtēšanas instrumentus, mērķus un sasniedzamos rezultātus. Šobrīd NRC “Vaivari” ir divas Eiropā sertificētas rehabilitācijas programmas: 2014. gadā sertificētā programma pacientiem ar muguras smadzeņu bojājumiem pēcakūtā fāzē - “*PRM programme for patients with Spinal Cord Injury in the post-acute phase”* un 2017.gadā sertifikātu saņēmusī cerebrālās triekas programma bērniem *“Cerebral palsy inpatient (re)habilitation for children”*. Cerebrālās triekas rehabilitācijas programma bērniem paredz multidisciplināru medicīnisko rehabilitāciju, kas sevī ietver ārsta koordinētu kompleksu rehabilitāciju ar fizioterapijas, ergoterapijas, audiologopēda, psihologa, mūzikas terapeita nodarbībām, kas papildinātas ar hidroterapijas, reitterapijas un citām aktivitātēm.

Tajā pašā laikā valstī ir jāattīsta reģionāls ambulatoru rehabilitācijas pakalpojumu tīkls, kā arī jāpilnveido multidisciplinārā veidā (dažādas specialitātes ārsti un multiprofesionāla rehabilitācijas komanda) sniegtu rehabilitācijas medicīnas pakalpojumu pieejamība bērniem ar komplicētām un multifaktoriālām attīstības problēmām*.* Rehabilitācijas medicīnas pakalpojumi bērniem gan monoprofesionālā, gan multiprofesionālā, gan multidisciplinārā veidā ir jāplāno balstoties uz objektīvu bērna un ģimenes funkcionēšanas novērtējumu un tam jātiek akceptētam no bērna ģimenes puses, ietverot vecāku un bērna līdzestību un atbildību.

**Identificētās problēmas:**

1. Saglabājas salīdzinoši nemainīgi augsti 2.veselības grupas rādītāji, kurā iekļauti potenciāli hroniski slimi bērni, kuru veselības problēmas var būt arī nelielas, taču tās var saasināties nepietiekamas uzraudzības dēļ.
2. Kā biežākie veselības traucējumi profilaktiskajās apskatēs pusaudžiem ir konstatēti dažādi stājas traucējumi un pavājināta redze. Dinamikā šiem rādītājiem vērojama pieauguma tendence.
3. Pieejamība multidisciplinārā veidā sniegtiem rehabilitācijas medicīnas pakalpojumiem bērniem ir apgrūtināta, t.sk., organizējot tos rehabilitācijas dinamiskās novērošanas veidā ar aktīvu bērna vecāku iesaistīšanu rehabilitācijas procesā.
4. Rehabilitācijas medicīnas dinamiskā novērošanas sistēma prasa organizatoriskus uzlabojumus plānošanas nodrošināšanā un vecāku iesaistē rehabilitācijas procesā.

**III. Plānā paredzētie pasākumi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Plāna mērķis** | **Uzlabot situāciju mātes un bērna veselības jomā, īstenojot veselības veicināšanu un slimību profilaksi, kā arī veicinot agrīnu diagnostiku, savlaicīgu ārstēšanu un medicīnisko rehabilitāciju.**  |
| **Politikas rezultāts/-i un rezultatīvais rādītājs/-i** | **Samazinās zīdaiņu mirstība (2020.gadā zīdaiņu mirstība 4,3 uz 1000 dzīvi dzimušo, 2020.gadā perinatālā mirstība 6,9 uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušo)** |
| **Nr. p.k.** | **Pasākums** | **Darbības rezultāts** | **Rezultatīvais rādītājs** | **Atbildīgā institūcija** | **Līdzatbildīgās institūcijas** | **Izpildes termiņš** |
| **1. Rīcības virziens**  | **Veselības veicināšana un profilakse** |
| 1.1 | Īstenot sabiedrības informēšanas un izglītošanas pasākumus mātes un bērna veselības veicināšanai un slimību profilaksei (veselīga uztura un fizisko aktivitāšu, mutes veselības veicināšana, atkarību izraisošo vielu lietošanas profilakse, seksuālās un reproduktīvās veselības veicināšana u.c.). | Uzlabojas mātes un bērna veselības rādītāji. | Veikti sabiedrības informēšanas un izglītošanas pasākumi mātes un bērna veselības veicināšanai un slimību profilaksei.  | VM  | SPKC, VSMC, P.Stradiņa medicīnas vēstures muzejs | 2020.gada otrais pusgadsPasākumi tiks nodrošināti ESF 9.2.4.1 pasākuma “Kompleksi  veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” ietvaros. |
| SPKC, pašvaldības |  | 2020.gada otrais pusgadsPasākumi tiks nodrošināti ESF 9.2.4.2 pasākumu “Pasākumi vietējās sabiedrības veselības veicināšanai un slimību profilaksei” ietvaros. |
| 1.2. | Izglītot ārstniecības personas (ģimenes ārstus, vecmātes, neonatalogus)  par zīdīšanas veicināšanas jautājumiem un atbalsta sniegšanu zīdošām mātēm, iekļaujot šo jautājumus tālākizglītības kursos, tādējādi veicinot zīdīšanu. | Uzlabojas ārstniecības personu zināšanas par zīdīšanas veicināšanas jautājumiem un atbalsta sniegšanu zīdošām mātēm | Veikti tālākizglītības kursi ārstniecības personas (ģimenes ārstus, vecmātes, neonatalogus)  par zīdīšanas veicināšanas jautājumiem un atbalsta sniegšanu zīdošām mātēm.  | VM  | Profesionālās asociācijas,NVO, RSU | 2020.gada otrais pusgadsPasākumi tiks nodrošināti ESF 9.2.6. pasākumu „Uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla  kvalifikāciju” ietvaros.  |
| 1.3.  | Īstenot sabiedrības informēšanas kampaņu par bērnu līdz 5 gadu vecumam drošību. | Uzlabojas jauno vecāku informētība un izpratne par bērnu drošības pasākumiem. | Īstenota viena kampaņa par bērnu līdz 5 gadu vecumam drošību | SPKC |  | 2019.gada otrais pusgads |
| 1.4. | *Vakcinācija* |  |  |  |  |  |
| 1.4.1 | Izglītot ģimenes ārstus, pediatrus un bērnu infektologus par vakcinācijas nozīmi, vakcīnām, vakcīnu plānošanu un loģistiku, kā arī sniegt aktuālo informāciju par vakcinācijas aptveri. | Uzlabojas ģimenes ārstu, pediatru un bērnu infektologu informētība par aktualitātēm vakcinācijas jomā.  | Veikti ārstniecības personu informēšanas pasākumi: sagatavotas četras metodiskās vēstules ārstniecības personām un nodrošināta dalība divās ārstniecības personu asociāciju sēdēs (konferencēs). | SPKC | LĢĀA, LLĢĀA,LPA, Latvijas Bērnu infektologu biedrība, VM | Katru gadu |
| 1.4.2 | Organizēt informatīvas kampaņas grūtnieču un bērnu līdz 2 gadu vecumam vakcinācijas pret gripu veicināšanai. | Uzlabojas grūtnieču un jauno vecāku izpratne par vakcinācijas nepieciešamību. | Īstenota viena informatīva kampaņa. | SPKC | LGDzA, LĢĀA, LLĢĀA,LPA, Latvijas Bērnu infektologu biedrība, VM | Katru gadu pirms gripas sezonas sākuma |
| 1.4.3 | Vakcinācijas kalendārā iekļaut grūtnieču un bērnu līdz 2 gadu vecumam vakcināciju pret gripu | Samazinās grūtnieču un bērnu līdz 2 gadu vecumam saslimstība ar gripu un ar to saistītās komplikācijas.  | Palielinājusies grūtnieču un bērnu līdz 2 gadu vecumam vakcinācijas pret gripu aptvere līdz 20% no šī grupas personām  | VM | NVDSPKC | 2019.gada otrais pusgads |
| 1.5. | *Bērnu mutes veselība* |  |  |  |  |  |
| 1.5.1. | Izvērtēt pētījuma “Mutes veselība skolēniem Latvijā 2015./2016.m.g.” rezultātus un priekšlikumus agrīnai kariesa ārstēšanai un profilaksei. | Jaunu zobārstniecības pakalpojumu bērniem iekļaušana valsts apmaksāto zobārstniecības pakalpojumu klāstā.  | Sagatavots ziņojums par iespējām iekļaut valsts apmaksātajos pakalpojumos profesionālu fluorīdu laku un silantu aplikācijas kariesa profilaksei un tā agrīnai ārstēšanai bērniem  | VM,NVD | LZA, SPKC | 2018.gada pirmais pusgads |
| 1.5.2. | Uzlabot valsts apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu pieejamību bērniem | Pārskatīti esošie zobārstniecības tarifi, tai skaitā ņemot vērā Eiropas Parlamenta un Padomes 2017. gada 17. maija Regulas 2017/852 par dzīvsudrabu un ar ko atceļ Regulu (EK) Nr. 1102/2008 prasības | Sagatavoti priekšlikumu grozījumiem NA paredzot:1) Zobārstniecības pakalpojumu tarifu palielināšanu; | NVD | LZA | 2018.gada otrais pusgads |
| Palielinājies zobārstniecības pakalpojumu sniedzēju skaits, kas nodrošina valsts apmaksātu zobārstniecību bērniem | 2) Jaunu zobārstniecības pakalpojumu iekļaušanu valsts apmaksāto pakalpojumu grozā; | NVD | Ārstniecības iestādes | 2018.gada otrais pusgads |
| 3) Eiropas Parlamenta un Padomes 2017. gada 17. maija Regulas 2017/852 par dzīvsudrabu un ar ko atceļ Regulu (EK) Nr. 1102/2008 prasību piemērošanu | NVD | Ārstniecības personu profesionālās asociācijas | 2018.gada otrais pusgads |
| **Rīcības virziens** | **2.Grūtnieces, dzemdētājas, nedēļnieces un jaundzimušo aprūpe** |
| **Nr. p.k.** | **Pasākums** | **Darbības rezultāts** | **Rezultatīvais rādītājs** | **Atbildīgā institūcija** | **Līdzatbildīgās institūcijas** | **Izpildes termiņš** |
| 2.1. | Pārskatītas un aktualizētas Noteikumos Nr.611 noteiktās prasības izmeklējumiem grūtniecības periodā.  | Uzlabotas grūtniecības risku savlaicīgas noteikšanas iespējas.  | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA: papildināt grūtniecības laikā nozīmējamos izmeklējumus (tai skaitā, urīna uzsējums, orālais glikozes tolerances tests (OGTT) visām grūtniecēm, diētas ārsta konsultācija sievietēm ar cukura diabētu, aptaukošanos). | VM, NVD  | LGDzA | 2018.gada otrais pusgads |
| Nodrošināta speciālistu pieejamība grūtniecēm pēc “*zaļā koridora”* principa. | VM, NVD | Ārstniecības iestādes | 2018.gada otrais pusgads |
| 2.2. | Uzlabot grūtnieču ultrasonogrāfisko izmeklējumu kvalitāti. | Izvērtēta ultrasonogrāfisko izmeklējumu un I trimestra skrīninga aptvere, kvalitāte, atbilstība NA prasībām un nepieciešamie uzlabojumi.  | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA, izmeklējumu uzlabošanai. | NVD, VM | LGDzA, Latvijas Medicīniskās ģenētikas asociācija | 2018. gada otrais pusgads |
| 2.3. | Nodrošināt valsts apmaksātu kontracepcijas pakalpojumu iespējas sociālās atstumtības riskam pakļautām sievietēm. | Samazinās mātes mirstības gadījumi no netiešiem iemesliem sociālās atstumtības riskam pakļautām sievietēm.  | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA , kas nosaka kontracepcijas pakalpojuma saņemšanas un apmaksas kārtību sociālās atstumtības riskam pakļautām sievietēm. | VM | NVD, ārstniecības personu profesionālās asociācijas  | 2019. gada otrais pusgads |
| 2.4.  | Mazināt mutes dobuma infekciju riskus grūtniecēm.  | Izvērtētas iespējas nodrošināt grūtnieču pieejamību valsts apmaksātiem zobārstniecības pakalpojumiem. | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA un izstrādāti nosacījumi, kuros gadījumos tiek apmaksāti zobārstniecības pakalpojumi grūtniecēm. | NVD, VM Latvijas Zobārstu asociācija | LGDzA, Latvijas Zobārstu asociācija | 2020.gada otrais pusgads |
| 2.5. | Izstrādāt mehānismu kvalitatīva jaundzimušo skrīninga (fenilalanīna un tireotropā hormona noteikšana asinīs) izpildei dzemdību nodaļās un plānotās ārpusstacionāra dzemdībās dzimušajiem | Nodrošināta jaundzimušo skrīninga (fenilalanīna un tireotropā hormona noteikšana asinīs) izpilde. | Jaundzimušo skrīnings veikts 99% jaundzimušo | LDGA, LNB, LVALatvijas Medicīniskās ģenētikas asociācija | VM | 2018.g. pirmais pusgads |
| 2.6. | Paplašināt jaundzimušo ģenētiski iedzimto slimību skrīningu ar jauniem izmeklējumiem agrīnai ārstējamu patoloģiju diagnosticēšanai | Izvērtētas iespējas paplašināt jaundzimušo skrīningu | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM, NVD  | BKUSLatvijas Medicīniskās ģenētikas asociācija | 2018.gada otrais pusgads  |
| Amonjaka noteikšanariska grupas jaundzimušajiem |
| Izstrādāts mehānisms kvalitatīva jaundzimušo skrīninga nodrošināšanai. | Jaundzimušo skrīnings veikts 99% jaundzimušo | Latvijas Medicīniskās ģenētikas asociācija, LNB | VM, NVD, BKUS | 2018.gada otrais pusgads |
| 2.6.1. | Īstenot sabiedrības informēšanu par jaundzimušo skrīningu. | Uzlabojas jauno vecāku informētība un izpratne par tās nepieciešamību un agrīnu slimību noteikšanas nozīmi. | Izstrādāta infografika  | NVD | BKUS | 2019.gada pirmais pusgads |
| 2.6.2. | Izglītot ārstniecības personas (ģimenes ārstus, vecmātes, dzemdību speciālistus, neonatalogus) par jaundzimušo skrīningu un atbalsta sniegšanu vecākiem, kuru bērniem slimība diagnosticēta, iekļaujot šos jautājumus tālākizglītības kursos. | Uzlabojas ārstniecības personu zināšanas par skrīninga jautājumiem un nepieciešamo atbalsta sniegšanu pacientu ģimenēm. | Veikti tālākizglītības kursi ārstniecības personām (ģimenes ārsti, dzemdību speciālisti, vecmātes, neonatalogi)  par jaundzimušo skrīningu un atbalsta sniegšanu vecākiem, kuru bērniem slimība diagnosticēta.  | VM  | Profesionālās asociācijas,NVO, RSU | 2020.gada otrais pusgadsPasākumi tiks nodrošināti ESF 9.2.6. pasākumu „Uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla  kvalifikāciju” ietvaros. |
| 2.7. | Pārskatīt obligātās prasības dzemdību nodaļu un PAC aprīkojumam un personāla nodrošinājumam.  | Dzemdību nodaļu un PAC pacientu drošības un aprūpes kvalitātes paaugstināšana. | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM, NVD | LGDzA, LNB | 2018.gada pirmais pusgads |
| 2.8. | Izvērtēt grūtnieču, dzemdētāju, nedēļnieču pārvešanu uz augstāka līmeņa ārstniecības iestādi atbilstoši medicīniskajām indikācijām.  | Augsta riska pacientiem tiek nodrošināta ārstēšana un aprūpe atbilstoši medicīniskajām indikācijām. | Veiktas pārbaudes ārstniecības iestādēs, kas sniedz dzemdību pakalpojumus: 2018.g. – 6 gadījumi dažādās ārstniecības iestādēs;2019.g. – 6 gadījumi dažādās ārstniecības iestādēs;2020.gadā - 6 gadījumi dažādās ārstniecības iestādēs. | VI  | Ārstniecības iestādes (dzemdību nodaļas, PAC),BKUS, NMPD,LGDzA  | 2020.gada otrais pusgads |
| Sagatavots VI ziņojums ar to iepazīstinot arī ārstniecības iestādes, VM un NVD. |
| 2.9. | Izskatīt gadījumus par augsta riska jaundzimušajiem, kurus pārved uz PAC, analizējot indikācijas pārvešanai, savlaicīgumu, sarežģījumus. | Augsta riska pacientiem tiek nodrošināta ārstēšana un aprūpe atbilstoši medicīniskajām indikācijām. | Veikts klīniskais audits augsta riska jaundzimušo gadījumiem: 2018.g.– 2 gadījumiem; 2019.g. – 4 gadījumiem un 2020.g. – 4 gadījumiem. | VI | LNB, Ārstniecības iestādes (PAC),BKUS | 2020.gada otrais pusgads |
| 2.10. | Attīstīt valstī vienotu, koordinētu, visām jaundzimušo aprūpē iesaistītajām ārstniecības iestādēm saistošu jaundzimušo pārvešanas/transportēšanas sistēmu. | Izvērtēts PAC nodrošinājums un tā atbilstība (aprīkojums, cilvēkresursi), kas nepieciešams, lai veiktu jaundzimušo medicīniskā transportēšana funkciju. Izveidota otra neonatologu brigāde NMPD SMC un nodrošināta tās operatīva darbība. | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM, NVD | NMPD, ārstniecības iestādes | 2018.gada otrais pusgads  |
| 2.11. | Pilnveidot Mātes mirstības konfidenciālās analīzes (audita) darbību.  | Uzlabota grūtniecības perioda un dzemdību aprūpes organizācija | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM  | SPKC, Profesionālās asociācijas | 2018.gada pirmais pusgads |
| 2.12. | Ieviest perinatālās mirstības konfidenciālo analīzi (audits). | Uzlabota dzemdību un jaundzimušo aprūpes organizācija. | Ārstniecības iestādes ietvaros tiek analizēti visi perinatālās mirstības gadījumi. | LNB, LGDzA, ārstniecības iestādes | SPKC, VM | 2018.gada otrais pusgads |
| Nacionālā līmenī tiek analizēti gadījumi, kad miris iznests jaundzimušais |
| 2.13. | Pārskatīt un aktualizēt medicīnisko dokumentāciju, grūtnieču un dzemdētāju aprūpē, jaundzimušo un bērnu veselības aprūpē. | Pilnveidota antenatālās un intranatālās aprūpes dokumentācija – grūtnieču novērošanas karte un mātes pase, izstrādāta un ieviesta riska izvērtēšanas dokumentēšanas kārtība un dinamika, DzVT/PE riska izvērtēšanas karte, agrīnas trauksmes skala | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM  | NVD, SPKC, ārstniecības personu profesionālās asociācijas  | 2018.gada pirmais pusgads |
| 2.14. | Uzlabot jaundzimušo veselības aprūpes pēctecību posmā dzemdību nodaļa – ģimenes ārsts (informācijas nodošana un saņemšana) | Izvērtēti trūkumi esošajā kārtībā, kā tiek nodrošināta jaundzimušā aprūpes pēc izrakstīšanās no dzemdību nodaļas  | Sagatavoti priekšlikumi kārtības uzlabošanai, kādā tiek nodrošināta jaundzimušā aprūpe pēc izrakstīšanās no dzemdību nodaļas un apzinātas iespējas izstrādāt IT risinājumu elektroniskai informācijas apmaiņai starp dzemdību nodaļu un ģimenes ārstu | VM  | NVD,LGĀA, LLĢĀA,Ārstniecības iestādes  | 2018.gada otrais pusgads |
| 2.15. | Uzlabot multisektoriālu sadarbību ar sociāliem dienestiem un pašvaldībām sociālā riska un neaprūpēto grūtnieču un jaundzimušo identificēšanai. | Izvērtēti trūkumi esošajā kārtībā, kā tiek nodrošināta sadarbība ar sociāliem dienestiem un ārstniecības iestādi | Sagatavoti priekšlikumi kārtības uzlabošanai, kādā tiek iesaistīts sociālais dienests problēmsituācijās | VM  | LM, pašvaldības, ārstniecības iestādes  | 2018.gada otrais pusgads |
| **3. Rīcības virziens** | **3. Ambulatoro pakalpojumu pieejamības uzlabošana bērnu veselības aprūpē** |
| 3.1 | Uzlabot bērnu profilaktiskās apskates, paredzot papildu izmeklējumus veselības problēmu agrīnai identificēšanai  | Izvērtēta iespēja noteikt kā obligātu bērna individuālo augšanas līkņu izmantošanu ambulatorajās kartiņās primārajā aprūpē, veicot bērnu antropometriskos mērījumus. | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM | NVD, LĢĀA, LLĢĀA, Latvijas Pediatru asociācija | 2018.gada otrais pusgads |
|  |  | Papildus izmeklējumi agrīnai sirds un asinsvadu slimību diagnostikai | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM | NVD, LĢĀA, LLĢĀA, Latvijas Pediatru asociācija | 2018.gada otrais pusgads |
|  |  | Bērniem ar aptaukošanos (ĶMI > 95.pc attiecībā pret vecumu un dzimumu) tiek veikts orālais glikozes tolerances tests reizi 2 gados. | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM | NVD, LĢĀA, LLĢĀA, Latvijas Pediatru asociācija | 2018.gada otrais pusgads |
|  |  | Izvērtēta un precizēta profilaktiskā redzes pārbaude bērniem  | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM | NVD, LĢĀA, LLĢĀA, Latvijas Pediatru asociācija,Latvijas Acu ārstu asociācija | 2018.gada otrais pusgads |
| 3.2 | Izvērtēt pediatra pieejamību BKUS un II un III līmeņa slimnīcu uzņemšanas nodaļās un primārajā aprūpē | Nodrošināta pediatra kā tiešās pieejamības speciālista palīdzības pieejamība BKUS un II un III līmeņa slimnīcās, tai skaitā neatliekamās medicīniskās palīdzības situācijās. | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM, NVD | Latvijas Pediatru asociācija, ārstniecības iestādes | 2018.gada pirmais pusgads |
|  |   | Nodrošināta pediatra kā tiešās pieejamības speciālista ambulatoro pakalpojumu pieejamība bērniem tuvāk dzīvesvietai, *“ideālās*” ģimenes ārsta prakses modeļa ietvaros ģimenes ārstu praksēm piesaistot pediatru.  | VM, NVD | Latvijas Pediatru asociācija, LĢĀA, LLĢĀA | 2018.gada pirmaispusgads |
|  |  | Noteiktas indikācijas un regularitāte vizītēm pie primārās aprūpes pediatra.  | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM, NVD | Latvijas Pediatru asociācija, LĢĀA, LLĢĀA | 2018.gada pirmais pusgads |
| **4. Rīcības virziens** | **4.Hronisko pediatrisko pacientu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un kvalitātes uzlabošana**  |
| **Nr. p.k.** | **Pasākums** | **Darbības rezultāts** | **Rezultatīvais rādītājs** | **Atbildīgā institūcija** | **Līdzatbildīgās institūcijas** | **Izpildes termiņš** |
| 4.1. | Izstrādāt kritērijus bērnu sadalījumam veselības grupās un datu sniegšanas kārtību. | Izveidota sistēma bērnu sadalījumam veselības grupās, ievērojot vienotus kritērijus un uzskaites veidu. | Izstrādāti kritēriji bērnu iekļaušanai veselības grupās. | SPKC  | Latvijas Pediatru asociācija, LĢĀA, LLĢĀA | 2018.gada otrais pusgads  |
| Izstrādāti priekšlikumi datu sniegšanai un apkopošanai vienotās veselības informācijas sistēmas kontekstā | SPKC; NVD |  | 2020.gada pirmais pusgads |
| 4.2. | Izveidot vienotu mirušo bērnu gadījumu analīzes formu, katru gadījumu analizējot pacientu drošības aspektā.  | Vienotas visu bērnu mirstības gadījumu analīzes sistēmas izveide ārstniecības iestādē. | Izveidota vienota forma (pieeja) mirušo bērnu gadījumu analīzei | SPKC | Ārstniecības iestādes  | 2020.gada pirmais pusgads  |
| Novērsti pacientu drošības riski ārstniecības iestādē | Ārstniecības iestādes | SPKC | 2020.gada pirmaispusgads  |
| 4.3. | Izstrādāt dinamiskās novērošanas kārtību bērniem ar hroniskām slimībām *(nefroloģija, dermatoloģija, reimatoloģija, pneimanoloģija/alergoloģija, endokrinoloģija, kardioloģija, gastroenteroloģija, hematoloģija)*  | Noteikts plānoto ambulatoro apmeklējumu pie speciālista periodiskums un nepieciešamie izmeklējumi.  | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM, NVD | BKUS, profesionālās asociācijas | 2018.gada pirmais pusgads  |
| 4.4. | Uzlabot priekšlaikus dzimušo bērnu veselības aprūpi dinamikā un aprūpes pēctecību. | Aktualizēt un pilnveidot priekšlaikus dzimušo bērnu dinamiskās novērošanas kārtību | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM, NVD | BKUS, profesionālās asociācijas | 2018. gada pirmais pusgads |
| Noteikti speciālisti, kas nodrošina multdisciplināru priekšlaikus dzimušo bērnu dinamisko novērošanu. |
| Uzlabota priekšlaikus dzimušo bērnu veselības aprūpes un dinamiskā novērošanas pieejamība reģionālajos perinatālās aprūpes centros. |
| 4.5. | Nodrošināt priekšlaikus dzimušo jaundzimušo ārstniecības un aprūpes uzraudzību un izsekojamību dinamiskās novērošanas programmas ietvaros. | Izstrādāta priekšlaikus dzimuša bērna dinamiskās novērošanas veidlapa | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM  | BKUS, LNB | 2018.gada pirmais pusgads |
| Izveidota vienota priekšlaikus dzimušo (līdz 34. gestācijas nedēļai) bērnu dinamiskās novērošanas programmas datu bāze. | Priekšlaikus dzimušo jaundzimušo ārstniecības un aprūpes monitorēšana.  | BKUS  |  | 2018.gada pirmais pusgads |
| 4.6. | Nodrošināt agrīnu funkcionēšanas traucējumu atpazīšanu, savlaicīgas novērtēšanas un medicīniskās rehabilitācijas uzsākšanai, iespējamās invaliditātes mazināšanai vai novēršanai - augsta riska jaundzimušo grupā *(augsta riska dzemdībās dzimušajiem un jaundzimušajiem ar prenatālām un postnatālām patoloģijām)* un bērniem, kuriem ir konstatēti funkcionēšanas ierobežojumi ar augstu invaliditātes risku.  | Izstrādāta funkcionēšanas traucējumu atpazīšanas, novērtēšanas, individuālā rehabilitācijas plāna izveidošanas un rehabilitācijas uzsākšanas kārtība. | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM, NVD | Profesionālās asociācijas | 2018.gada otrais pusgads |
| Izstrādāti funkcionēšanas traucējumu novērtēšanas un rehabilitācijas uzsākšanas algoritmi jeb pacienta ceļa karte | VM, NVD | Profesionālās asociācijas | 2018.gada otrais pusgads |
| Sagatavoti metodiski ieteikumi ģimenes ārstiem un pediatriem par agrīnu bērnu attīstības traucējumu atpazīšanu | LRPOA, LĀRA | Profesionālās asociācijas | 2018.gada otrais pusgads |
| 4.7. | Nodrošināt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu, t.sk., multidisciplināro, pieejamību BKUS un citās rehabilitācijas iestādēs t.sk. reģionos | Izstrādāta medicīniskās rehabilitācijas pacientu rehabilitācijas algoritmu jeb pacienta ceļa karte, aprēķinot nepieciešamo finansējumu un izvērtējot iespējas to attiecināt arī uz citiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējiem. | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA | NVD, VM  | Profesionālās asociācijas,LRPOA, LĀRA,Ārstniecības iestādes | 2019.gada pirmais pusgads  |
| Izvērtēta medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu, t.sk., multidisciplināro, pieejamība BKUS un citās rehabilitācijas iestādēs t.sk. reģionos | Nodrošināta pieejamība pacienta funkcionēšanas līmenim atbilstošu monoprofesionālo vai multiprofesionālo (multidisciplināro) rehabilitācijas medicīnas pakalpojumu saņemšanai. | NVD, VM | Ārstniecības iestādes | 2020.gada otrais pusgads |
| Izstrādātas un definētas specializētas rehabilitācijas programmas, konkretizējot pacientu mērķgrupu (piemēram, cerebrālās triekas, skoliozes, mielomeningoceles, onkoloģisko saslimšanu, neiromuskulāro saslimšanu, agrīnās rehabilitācijas u.c.), izmantojamās tehnoloģijas, novērtēšanas instrumentus un sasniedzamos rezultātus. | BKUS,NRC “Vaivari” | NVD | 2020.gada otrais pusgads |
| 4.8. | Izvērtēt obligātās prasības bērnu medicīniskās rehabilitācijas iestāžu aprīkojuma un personāla nodrošinājumam | Uzlabota pacientu drošība un pakalpojuma kvalitāte bērnu medicīniskās rehabilitācijas iestādēs | Ņemot vērā stacionāro ārstniecības iestāžu dalījumu pa pakalpojumu līmeņiem, izstrādāti priekšlikumi obligātajām prasībām medicīniskās rehabilitācijas un tehniskās ortopēdijas iestādēm | VM, NVD | LRPOA, LĀRA, Profesionālās asociācijas | 2018.gada pirmais pusgads |
| Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM | NVD | 2018.gada otrais pusgads |
| 4.9. | Pilnveidot medicīniskās rehabilitācijas dinamiskās novērošanas kārtību bērniem ar funkcionēšanas traucējumiem | Uzlabota medicīniskās rehabilitācijas dinamiskās novērošanas sistēma, ievērojot vienotus kritērijus un uzskaites veidus | Izstrādāti kritēriji bērnu ar funkcionēšanas traucējumiem iekļaušanai medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā | LRPOA, LĀRA,Profesionālās asociācijas | NVD | 2018.gada otrais pusgads |
|  |  | Izvērtēta iespēja nodrošināt operatīvu datu ievadi e–veselības sistēmā, tai skaitā SFK-BJ[[27]](#footnote-27) koda iekļaušana pacienta datos un medicīniskajos dokumentos. | Sagatavoti priekšlikumi rehabilitācijas dinamiskās novērošanas programmas ievadei e-veselības sistēmā.  | NVD  | Profesionālās asociācijas | 2018.gada otrais pusgads |

Ministru prezidents Māris Kučinskis

 Veselības ministre Anda Čakša

 Iesniedzējs: Veselības ministre Anda Čakša

 Vīza: Valsts sekretāra p. i. Daina Mūrmane – Umbraško

1. Neinfekciju slimības – saslimstība, mirstība, riska faktori. Situācija Latvijā 2006.-2015.gadā. SPKC, 2016. [↑](#footnote-ref-1)
2. Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2015. Slimību profilakses un kontroles centrs, Rīga 2016. https://www.spkc.gov.lv/upload/Veselibas%20aprupes%20statistika/Gadagramata/2015/9\_bernu\_veseliba\_2015.pdf [↑](#footnote-ref-2)
3. Veselību ietekmējošo paradumu pētījumi. Slimību profilakses un kontroles centrs. https://www.spkc.gov.lv/upload/spkcresearchfailicol/petijuma\_zinojums\_mutes\_veseliba.pdf [↑](#footnote-ref-3)
4. <https://www.spkc.gov.lv/upload/spkcresearchfailicol/petijuma_zinojums_mutes_veseliba> [↑](#footnote-ref-4)
5. Pasaules Banka “Slimnīcu apjomi un aprūpes kvalitātes Latvijā” [↑](#footnote-ref-5)
6. Ministru kabineta 2017.gada 31.janvāra noteikumi Nr.60 ”Grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 “Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība””; [↑](#footnote-ref-6)
7. Noteikumu Nr.1529 11.1. apakšpunkts; [↑](#footnote-ref-7)
8. Pasaules banka “Slimnīcu apjomi un aprūpes kvalitātes Latvijā”; [↑](#footnote-ref-8)
9. Pasaules banka “Slimnīcu apjomi un aprūpes kvalitātes Latvijā”; [↑](#footnote-ref-9)
10. http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/ligumu-paraugi/stacionaro-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraugs; [↑](#footnote-ref-10)
11. European Health for All database (HFA-DB); WHO/Europe, July 2016; [↑](#footnote-ref-11)
12. Perinatālā mirstība – nedzīvi dzimušo bērnu skaits un pirmajā dzīves nedēļā mirušo bērnu skaits no 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem; Perinatālā nāve – augļa vai jaundzimuša bērna nāve perinatālajā periodā. Perinatālā nāve ietver augļa bojāeju pirms dzemdībām un to laikā (nedzīvi dzimis), un jaundzimušā nāvi pirmajā dzīves nedēļā (agrīna neonatāla nāve), Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2015, Terminu skaidrojumi; [↑](#footnote-ref-12)
13. Zīdaiņu mirstība – pirmajā dzīves gadā mirušo bērnu skaits no 1000 dzīvi dzimušiem, ), Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2015, Terminu skaidrojumi; [↑](#footnote-ref-13)
14. European Health for All database (HFA-DB); WHO/Europe, July 2016; [↑](#footnote-ref-14)
15. European Perinatal health report 2010. <http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf> [↑](#footnote-ref-15)
16. Kolahdouz M., Mohammadi Z., Kolahdouz P., et al. Pitfalls in molecular diagnosis of 21-hydroxylase deficiency in congenital adrenal hyperplasia // Adv Biomed Res, 2015;4: 189;

Dzīvīte-Krišāne. 21-hidroksilāzes deficīta molekulārie mehānismi, imūnģenētiskais raksturojums, to klīniskās un terapeitiskās konsekvences bērniem Latvijā. Promocijas darbs, RSU 2010., "<http://www.rsu.lv/petnieciba/publikacijas>" www.rsu.lv/petnieciba/publikacijas);

Nascimento M. L., Cristiano A. N., Campos T., et al. Ten-year evaluation of a Neonatal Screening Program for congenital adrenal hyperplasia // Arq Bras Endocrinol Metabol, 2014;58: 765-71;

Nascimento M. L., Cristiano A. N., Campos T., et al. Ten-year evaluation of a Neonatal Screening Program for congenital adrenal hyperplasia // Arq Bras Endocrinol Metabol, 2014;58: 765-71; [↑](#footnote-ref-16)
17. Coss K. P., Doran P. P., Owoeye C., et al. Classical Galactosaemia in Ireland: incidence, complications and outcomes of treatment // J Inherit Metab Dis, 2013; 36: 21-7.

Honeyman M. M., Green A., Holton J. B., Leonard J. V. Galactosaemia: results of the British Paediatric Surveillance Unit Study, 1988-90 // Arch Dis Child, 1993; 69: 339-41.

Kabra M.,Gupta N. Galactosemia , A Not to be Missed Inborn Error of Metabolism // Indian Pediatr, 2016; 53: 19-20.

Ohlsson A., Guthenberg C.,von Dobeln U. Galactosemia screening with low false-positive recall rate: the Swedish experience // JIMD Rep, 2012; 2: 113-7.

Ounap K., Joost K., Temberg T., et al. Classical galactosemia in Estonia: selective neonatal screening, incidence, and genotype/phenotype data of diagnosed patients // J Inherit Metab Dis, 2010; 33: 175-6.

Pyhtila B. M., Shaw K. A., Neumann S. E., Fridovich-Keil J. L. A brief overview of galactosemia newborn screening in the United States // J Inherit Metab Dis, 2014; 37: 649-50.

Therrell B. L., Padilla C. D., Loeber J. G., et al. Current status of newborn screening worldwide: 2015 // Semin Perinatol, 2015; 39: 171-87.

Varela-Lema L., Paz-Valinas L., Atienza-Merino G., et al. Appropriateness of newborn screening for classic galactosaemia: a systematic review // J Inherit Metab Dis, 2016. [↑](#footnote-ref-17)
18. Ferec C, Verlingue C, Parent P, Morin JF, et al. 1995. Neonatal screening for cystic fibrosis: Result of a pilot study using both immunoreactive trypsinogen and cystic fibrosis gene mutation analysis. Hum. Genet. 96, 542-8;

Wilcken B, Wiley V, Sherry G and Bayliss U. 1995. Neonatal screening for cystic fibrosis: A comparison of two strategies for case detection in 1.2 milloin babies. J. Pediatr. 127, 965-970;

Farrell PM, Kosorok MR, Laxova A, Shen G, Koscik RE, Bruns WT, et al. 1997. Nutritional benefits of neonatal screening for cystic fibrosis. NEJM 337, 963-999. [↑](#footnote-ref-18)
19. Häberle J, Boddaert N, Burlina A, Chakrapani A. et al.,Suggested guidelines for the diagnosis and management of urea cycle disorders Orphanet J Rare Dis. 2012 May 29;7:32;

UK National Metabolic Biochemistry Network Guidelines for the Investigation of Hyperammonaemia for Inherited Metabolic Disorders http://www.metbio.net/docs/metbio-guideline-rude248229-25-05-2009.pdf;

Baumgartner MR, Hörster F, Dionisi-Vici C, Haliloglu G et al., Proposed guidelines for the diagnosis and management of methylmalonic and propionic acidemia. Orphanet J Rare Dis. 2014 Sep 2;9:130**;** [↑](#footnote-ref-19)
20. Raitakan O et all. The Cardiovascular risk in Yuong Finns study 2004, *Acta Paediatr* 446: 34-42; [↑](#footnote-ref-20)
21. Oliveira F L C et al. Atherosclerosis prevention and treatment in children and adolescents. *Expert Rev Ther* 2010; 8(4): 513-528; [↑](#footnote-ref-21)
22. Park M.K. Pediatric cardiology for practitioners 5th edition 2008; 3-39; [↑](#footnote-ref-22)
23. Electrocardiographic Screening of All Infants, Children, and Teenagers Should Be Performed, Vetter L.V., Circulation. 2014;130:688-697; Electrocardiogram Screening for Disorders That Cause Sudden Cardiac Death in Asymptomatic Children: A Meta-analysis Rodday A.M., Triedman J.K. et al.[Pediatrics](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3313631/). 2012 Apr; 129(4): e999–e1010.; [↑](#footnote-ref-23)
24. Daniels SR et al. Lipid screening and cardiovascular health in childhood. Pediatrics 2008 Jul; 122:198. Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents (2011), National Heart, Lung and Blood Institute (ASV, Bethesda),

<https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/current/cardiovascular-health-pediatric-guidelines/summary#chap1> [↑](#footnote-ref-24)
25. [https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/pages/Physicians-Recommend-all-Children,-Ages-9-11,-Be-Screened-for-Cholesterol.aspx](https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/pages/Physicians-Recommend-all-Children%2C-Ages-9-11%2C-Be-Screened-for-Cholesterol.aspx); [↑](#footnote-ref-25)
26. Valsts statistikas pārskats „Pārskats par bērnu veselības stāvokli”, SPKC , 2014 [↑](#footnote-ref-26)
27. Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija bērniem un jauniešiem [↑](#footnote-ref-27)