**(Ministru kabineta**

**2018. gada \_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**rīkojums Nr.\_\_\_\_\_)**

**Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns**

**2018.–2020. gadam**

Saturs

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Izmantotie saīsinājumi………………………………………….. | 3. lpp. |
|  |  |  |
|  | I. Kopsavilkums………………………………………………… | 4.- 6.lpp. |
|  |  |  |
|  | II. Esošās situācijas raksturojums……………………………… |  |
|  |  |  |
| 1. | Veselības veicināšana un profilakse………………………...  | 6.-13.lpp. |
| 2. | Grūtnieces, dzemdētājas, nedēļnieces un jaundzimušo aprūpe………………………………………………………... | 13.-27.lpp. |
|  |  |  |
| 3. | Ambulatoro pakalpojumu pieejamības uzlabošana bērnu veselības aprūpē ……………………………………………….. | 28.-34.lpp. |
|  |  |  |
| 4. | Hronisko pediatrisko pacientu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un kvalitātes uzlabošana…………………... | 35.-39.lpp. |
|  |  |  |
|  | III. Plānā paredzētie pasākumi | 40.-60.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  |
| LĀRA | Biedrība “Latvijas Ārstu rehabilitologu asociācija” |
| LGDzSA | Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija |
| LĢĀA | Biedrība “Latvijas Ģimenes ārstu asociācija” |
| LLĢĀA | Biedrība “Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija” |
| LM | Labklājības ministrija |
| LNB | Latvijas Neonatologu biedrība |
| LPA | Biedrība “Latvijas Pediatru asociācija” |
| LRPOA | Biedrība “Latvijas Rehabilitācijas profesionālo organizāciju apvienība” |
| LVA | Profesionālā biedrība “Latvijas Vecmāšu asociācija” |
| MK | Ministru kabinets |
| 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.611NMPON | Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumi Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība” Neatliekamās medicīniskās palīdzības un observācijas nodaļa |
| 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 – 10STI UNESCO | Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija Seksuālās transmisijas infekcijas Apvienoto Nāciju Izglītības, zinātnes un kultūras organizācija |
| VI | Veselības inspekcija |
| VM | Veselības ministrija |
| VSMCZM | Valsts Sporta medicīnas centrsZemkopības ministrija |
|  |  |

1. **Kopsavilkums**

Reproduktīvās veselības rādītāji ir nozīmīgi indikatīvi rādītāji, kas raksturo visas sabiedrības veselības stāvokli. Ar Ministru kabineta 2014.gada 14.oktobra rīkojumu Nr.589 “Par sabiedrības veselības pamatnostādnēm 2014.-2020.gadam” tika apstiprinātas 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 3.mērķis paredz n**odrošināt veselīgu dzīvi un sekmēt labklājību jebkura vecuma cilvēkiem,** 3.1.apakšmērķis paredz līdz 2030.gadam samazināt mātes 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.

ES fondu darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” ietvaros veselības jomā tiek plānots īstenot virkni pasākumu bērnu veselības jomā, kopumā paredzot ieguldījumus 287 milj. EUR[[1]](#footnote-2). 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 tiek 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 tiek 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 tiek 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 projekts 2017.gada 19.jūnijā tika ievietots Veselības ministrijas tīmekļa vietnē sabiedriskās apspriedes sanāksmei. 2017.gada 4.jūlijā Veselības ministrijā tika organizēta sabiedriskā apspriede. Sabiedriskajā apspriedē piedalījās pārstāvji no LPA, LNB, biedrības “Latvijas Cistiskās fibrozes biedrība”, biedrības “Latvijas Māsu asociācija” Bērnu aprūpes māsu apvienības, biedrības “Starptautisko inovatīvo farmaceitisko firmu asociācija”.

Plāna projekts izstrādāts atbilstoši Ministru kabineta 2014. gada 2. decembra noteikumu Nr. 737 "Attīstības plānošanas dokumentu izstrādes un ietekmes izvērtēšanas noteikumi" 13. punktā noteiktajam, Pamatnostādnēs identificēto problēmu mātes un bērna veselības jomā risināšanai.

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[[2]](#footnote-3) 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:

2019.g. - nepieciešamais papildu finansējums – 8 535 281 eiro;

2020.g. - nepieciešamais papildu finansējums – 7 657 095 eiro;

Turpmāk ik gadu nepieciešamais papildu finansējums - 7 657 095 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 atbildīgu savstarpējo attiecību veidošanu, 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.

Viens no rādītājiem, kas raksturo sabiedrības zināšanas par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem, tai skaitā izpratni par atbildīgām savstarpējām attiecībām, kā arī par pusaudžu un jauniešu spēju šīs zināšanas īstenot, ir nepilngadīgo grūtnieču skaits, kā arī mākslīgi veikto abortu skaits nepilngadīgām jaunietēm. Lai gan vērojama situācijas uzlabošanās, un samazinās gan **nepilngadīgo grūtnieču skaits,** gan īpatsvars, Latvijā ik gadu aptuveni 200 mazuļu jeb 1-1,5% no visiem jaundzimušajiem piedzimst mātēm, kuras ir jaunākas par 18 gadiem (dinamikā nepilngadīgām mātēm dzimušo bērnu skaits samazinājies, 2016.gadā sasniedzot 179 bērnus[[3]](#footnote-4)).

Pozitīvi vērtējams ir arī fakts, ka Latvijā samazinās **mākslīgi veikto abortu** skaits, tai skaitā arī 15 - 17 gadus vecām jaunietēm. Kopš 2013.gada mākslīgo abortu rādītājs ir samazinājies no 274 gadījumiem uz 1000 dzīvi dzimušiem bērniem līdz 202 gadījumiem uz 1000 dzīvi dzimušiem bērniem 2016.gadā. Salīdzinot ar vidējo ES dalībvalstu rādītāju, situācija Latvijā pamazām tuvojas vidējam ES rādītājam.[[4]](#footnote-5) Savukārt 15 - 17 gadus vecām jaunietēm mākslīgo abortu rādītājs ir samazinājies uz pusi no 100 gadījumiem 2013.gadā uz 53 gadījumiem 2016.gadā[[5]](#footnote-6).

Lai arī pēdējos gados situācija pamazām tuvojas vidējiem ES rādītājiem, Latvija joprojām ir to ES valstu vidū, kurās ir salīdzinoši liels nepilngadīgo grūtnieču īpatsvars, līdzās tādām valstīm kā Lietuva, Polija, Ungārija, Slovākija, Rumānija un Bulgārija[[6]](#footnote-7), kas norāda uz agrīnu dzimumattiecību uzsākšanu un nepietiekošām zināšanām par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem (drošu kontracepcijas metožu izvēli)un atbildīgu savstarpējo attiecību veidošanu.

Lai mazinātu mākslīgi veikto abortu skaitu jaunietēm vecumā līdz 17 gadiem, kā arī nepilngadīgo grūtnieču skaitu, ir jānovērš gadījumi, kad iestājas neplānota grūtniecība. Kā galvenie iemesli neplānotai grūtniecībai, kas minēti pētījuma „Latvijas iedzīvotāju reproduktīvā veselība” ietvaros sagatavotajā pārskatā par situāciju Latvijā no 2003. – 2011.gadā[[7]](#footnote-8), ir neizsargāšanās vispār, nedrošu kontracepcijas metožu izvēle (piemēram, pārtrauktais dzimumakts), kā arī kļūdaina izsargāšanās metožu lietošana, kas norāda uz nepietiekošu izpratni par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem, tai skaitā par drošas un pareizas kontracepcijas lietošanas nozīmi.

Pieejas, kādā seksuālās un reproduktīvās veselības izglītības jautājumu risināšana notiek katrā valstī, atšķiras, ņemot vērā katras valsts situāciju, sabiedrības veselības problēmas, ekonomiskos un sociālos rādītājus, izglītības sistēmu, pedagogu sagatavotību un zināšanas, izglītojamo paradumus, vērtību sistēmu, ģimenes lomu veselības izglītībā un daudz citus faktorus. Kā vienu no labās prakses piemēriem nepilngadīgo grūtnieču skaita samazināšanā var minēt tieši Igauniju, kas ar mērķtiecīgu seksuālās un reproduktīvās veselības izglītības programmu, tai skaitā iekļaujot neformālās izglītības attīstību (jauniešu centrus) un jauniešiem draudzīgus, pieejamus pakalpojumus ir strauji samazinājusi nepilngadīgo grūtnieču īpatsvaru, mākslīgos abortus pusaudžu vecumā, kā arī saslimstību ar STI un HIV 15-24 vecu jauniešu vidū, tajā pašā laikā palielinot jauniešu īpatsvaru, kas pirmā dzimumakta laikā lieto drošu kontracepciju[[8]](#footnote-9). Igaunijas seksuālās un reproduktīvās veselības izglītības mērķis ir nodrošināt bērnus un jauniešus ar zināšanām un prasmēm, kuras palīdzētu izdarīt atbildīgu izvēli savās seksuālās un sociālās attiecībās. Uz tiesībām balstīta pieeja visaptverošai, seksuālai izglītībai aptver plašu jautājumu loku, kas saistīti ar fizisko, bioloģisko, emocionālu un sociālu seksualitātes aspektu. Tā atzīst un pieņem visus cilvēkus kā seksuālas būtnes, un ir saistīta ar vairāk nekā tikai slimības profilaksi (STI, HIV) vai nevēlamas grūtniecības novēršanu8.

Kā liecina SPKC dati,  Latvijā jauniešiem vecuma grupā no 15 līdz 24 gadiem saslimstība ar STI ir ievērojami augstāka, nekā sabiedrībā kopumā. Lai gan pēdējo piecu gadu laikā ir novērojama saslimstības ar STI samazināšanās šajā vecuma grupā no 383,2 uz 100 000 jauniešu 2012.gadā līdz 337,7 uz 100 000 jauniešiem 2016.gadā, tomēr saslimstības samazināšanās norit ļoti lēni, kas liecina par to, ka joprojām jauniešiem nav izpratnes par drošām dzimumattiecībām.

Tādēļ, ņemot vērā iepriekšminēto labās prakses piemēru no Igaunijas, kā arī Latvijā esošo situāciju seksuālās un reproduktīvās veselības jomā, plānā kā viena no realizējamajām aktivitātēm tiek iekļauta vienotas mācību programmas izstrāde par seksuālās un reproduktīvās jautājumiem, tai skaitā par atbildīgu savstarpējo attiecību veidošanu. Šobrīd Latvijā dažādas NVO, t.sk. jauniešu organizācijas, veic bērnu un jauniešu izglītošanu par seksuālās un reproduktīvās veselības, ģimenes plānošanas, atbildīgu savstarpējo attiecību un drošas kontracepcijas jautājumiem, bet trūkst vienotas apmācības programmas, pēc kuras jaunieši tiktu apmācīti visās pašvaldībās, piesaistot atbilstošus, kvalificētus speciālistus. Katra organizācija īsteno savu apmācību programmu, balstoties uz esošo pieredzi un pieejamiem resursiem. Tādēļ ir nepieciešams izstrādāt vienotu metodiku šādu mācību organizēšanai, lai nodrošinātu, ka jaunieši saņem uz pierādījumiem balstītu informāciju un mācības norit atbilstošā kvalitātē veidojot vienotu pieeju.

Latvijā nozīmīgākie nāves cēloņi ir neinfekciju slimības – sirds un asinsvadu slimības, ļaundabīgie audzēji un ārējie nāves cēloņi.[[9]](#footnote-10) 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.

Bērniem, kas atrodas sociālās aprūpes institūcijās, kā arī reizēm tiem bērniem, kas atrodas aizbildnībā vai dzīvo audžuģimenēs, ir potenciāli augstāks risks nonākt sociālās atstumtības vai citu sociālo risku ietekmē[[10]](#footnote-11), tādēļ ir jāvelta īpaša uzmanība, lai šiem bērniem veidotu izpratni par atbildīgām attiecībām, kā arī seksuālās un reproduktīvās veselības aspektiem, atkarību profilaksi, tai skaitā veicinot tiesību izpratni šiem jauniešiem. Tādēļ ir svarīgi, lai ar šiem bērniem par seksuālās un reproduktīvās veselības un atkarību profilakses jautājumiem runātu cilvēki, kas ir profesionāli sagatavoti šim darbam un pārzina atbilstošas izglītošanas metodes. Tādēļ ir nepieciešams apzināt šo bērnu vajadzības, lai veicinātu viņu zināšanas seksuālās un reproduktīvās veselības, kā arī atkarību profilakses jautājumos, kā arī pasākumus, lai uzlabotu sociālās aprūpes institūciju, aizbildņu un audžuģimeņu iemaņas runāt ar bērniem par šiem jautājumiem atbilstoši mūsdienu labākās prakses piemēriem. Lai bērnu sociālās aprūpes institūciju darbinieki, aizbildņi un audžuģimenes būtu gatavi savu bērnu izglītošanai, ir nepieciešams pilnveidot viņu iemaņas izglītojošam darbam par iepriekš minētajiem jautājumiem, izstrādājot vienotu metodiku.

Dažādas krīzes situācijas, zemi ienākumi un nepietiekama izglītība, vientulība, fiziskās un garīgās veselības problēmas, patstāvīgas darba vai dzīves vietas neesamība, piedzīvota seksuālā un emocionālā vardarbība, atkarības un līdzīgās situācijās sievietei var būt nepieciešams atbalsts ģimenes plānošanai. Taču nonākot minētajās krīzes situācijās sievietei finansiālo resursu trūkuma dēļ, reizēm nav iespējas izvēlēties piemērotākās ģimenes plānošanas metodes. Lai sievietēm krīzes situācijā dotu iespēju izvēlēties viņai piemērotāko ģimenes plānošanas metodi, plānā ir ietverts pasākums nodrošināt valsts apmaksātu kontracepcijas pakalpojumu iespējas sievietēm, kuras ir pakļautas sociālajam riskam. Šis pasākums paredz ginekologa konsultācijas, laboratorisko izmeklējumu un atbilstošu kontracepcijas līdzekļu apmaksu no valsts budžeta līdzekļiem. Lai šos pakalpojumus ieviestu dzīvē, plāns paredz veikt grozījumus normatīvajos aktos, kas noteiks kārtību šo pakalpojumu organizēšanai un finansēšanai, kā arī noteiks speciālistu kompetences šo pakalpoju sniegšanai.

Ja sieviete nonāk ģimenes ārsta vai reproduktīvās veselības speciālista redzeslokā, viņš novērtējot sievietes stāvokli var rekomendēt viņai piemērotāko ģimenes plānošanas metodi vai ieteikt izmantot attiecīgo pakalpojumu. Tomēr ne vienmēr šīs sievietes nonāk veselības aprūpes speciālista redzeslokā. Lai risinātu krīzes situācijas radītās problēmas, arī sociālie darbinieki ir tie, kuriem ir regulārs kontakts ar minētajām sievietēm. Šajos gadījumos sociālajam darbiniekam ir vislielākais potenciāls no sievietes noskaidrot, vai pašam identificēt ar ģimenes plānošanu saistītās problēmas, uz kā pamatojoties, sociālais darbinieks ir pirmais, kas var sievietei krīzes situācijā attiecīgi piedāvāt iespēju saņemt valsts apmaksātos ģimenes plānošanas pakalpojumus, tādējādi sievieti laicīgi novirzot pie speciālista. Tādēļ ir nepieciešams pilnveidot to sociālo darbinieku iemaņas, kas ikdienas darbā saskaras ar minētajām sievietēm, nodrošinot viņus ar informāciju par ģimenes plānošanas pakalpojumu sniegšanas kārtību valstī, lai viņi būtu pietiekami kompetenti sniegt informāciju par pieejamajiem valsts apmaksātajiem ģimenes plānošanas pakalpojumiem un to saņemšanas kārtību.

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 5 gadu vecumam atbilstoši PVO rekomendācijām ir atzītas par riska grupām, kam pirmkārt jānodrošina vakcinācija pret gripu.

Tajā pat laikā PVO rekomendācijās ir noteikts, ka bērniem līdz 2 gadu vecumam ir īpaši augti riski saistībā ar gripas infekciju[[11]](#footnote-12). Gripas infekcija grūtniecēm var veicināt ne tikai dažādas veselības problēmas, bet arī būt par iemeslu nedzīvi dzimuša bērna piedzimšanai, jaundzimušā nāvei, priekšlaicīgām dzemdībām un jaundzimušā samazinātam svaram[[12]](#footnote-13). Pētījumi ir pierādījuši, ka bērni līdz piecu gadu vecumam un īpaši līdz divu gadu vecumam ir pakļauti augstākam nāves gadījumu no gripas izraisītām komplikācijām riskam, kā arī pētījumi parāda, ka šie bērni, ja nav vakcinēti pret gripu, biežāk tiek ārstēti stacionārā saistībā ar gripu.[[13]](#footnote-14) Pētījumi arī parāda, ka vakcinācija pret gripu samazina antibiotiku patēriņu elpceļu infekciju ārstēšanai, kas ir viens no atbildīgas antibiotiku lietošanas pamatprincipiem un pasākumiem antimikrobās rezistences mazināšanai.[[14]](#footnote-15)

 Ņemot vērā minētās rekomendācijas šobrīd no ambulatorai aprūpei nepieciešamo zāļu kompensācijas līdzekļiem gripas vakcīna tiek kompensēta grūtniecēm 50 % apmērā un bērniem līdz divu gadu vecumam 100 % apmērā. Esošā vakcīnu kompensācijas sistēma paredz no valsts budžeta kompensējamo zāļu receptes izrakstīšanu, vakcīnas pasūtīšanu aptiekā, kas ir sarežģīta procedūra un ierobežo vakcinācijas procesu, kā arī var ietekmēt pretgripas vakcīnu efektivitāti un drošumu, ja netiek ievērots vakcīnu uzglabāšanas režīms posmā starp aptieku un vakcinācijas kabinetu. Tādēļ 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%.

 Lai mazinātu slogu ārstiem un uzlabotu pretgripas vakcīnas pieejamību un mazinātu šķēršļus grūtnieču un bērnu līdz 2 gadu vecumam vakcinācijai pret gripu, kā arī nodrošinātu vienotu pieeju no valsts budžeta apmaksātu vakcīnu nodrošināšanai, 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[[15]](#footnote-16). Mutes veselības pētījums skolēniem Latvijā (2015./2016. mācību gads)[[16]](#footnote-17), 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[[17]](#footnote-18). 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.

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.

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 (2015. gadā ir bijuši 545 865 apmeklējumi zobārstniecībā, kas ir par 37 590 apmeklējumiem mazāk nekā 2014. gadā, bet 2014. gadā bijuši 583 455 apmeklējumi zobārstniecībā, kas ir par 4 575 apmeklējumiem mazāk nekā 2013. gadā).

|  |  |
| --- | --- |
| *1.tab.* **Bērnu aptvere NVD teritoriālās nodaļās 2015-2016.gadā** |  |
|  |  |  |  |
| **Teritoriālā nodaļa** | **2015.gads** | **2016.gads** | **Atšķirība starp 2015 un 2016.gadu** |
| Kurzemes nodaļa | 54.21% | 49.10% | -5.11% |
| Latgales nodaļa | 59.75% | 60.04% | 0.29% |
| Rīgas nodaļa | 52.33% | 51.60% | -0.73% |
| Vidzemes nodaļa | 63.57% | 58.57% | -5.00% |
| Zemgales nodaļa | 49.16% | 47.78% | -1.38% |
| **VALSTĪ** | **55.02%** | **52.93%** | **-2.09%** |

Avots: NVD

Pēc SPKC datiem no pētījuma par mutes veselību 12 gadu veciem skolēniem[[18]](#footnote-19) - tikai valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus izmanto 40,8% skolēnu (Rīgā 30,4%), 19,2% izmanto gan maksas, gan valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus, bet 20,1% apmeklē tikai maksas (privāti praktizējošus) zobārstus. Savukārt 19,9% skolēnu nav apmeklējuši zobārstu. Vismaz reizi gadā zobu higiēnistu apmeklē 68,4% skolēnu, bet 9% joprojām nekad nav apmeklējuši higiēnistu.

Gaidīšanas rindas garums uz valsts apmaksātiem zobārstniecības pakalpojumiem[[19]](#footnote-20) ir atšķirīgs: sākot no tā, ka rindas nav vai tā mazāka par 5 dienām līdz pat 480 dienām. Vismazākā gaidīšanas rinda ir Latgales un Zemgales NVD teritoriālajās nodaļās. Gaidīšanas rindas garums vidēji valstī 20 dienas. Ņemot vērā to, ka zobārstniecības pakalpojumi bieži nepieciešami akūtās situācijās, gaidīšanas laiks tādos gadījumos ir īpaši būtisks. Arī pie zobu higiēnista rindas garums ir atšķirīgs: sākot no tā, ka rindas nav vai tā mazāka par 5 dienām līdz pat 200 dienām. Vismazākā gaidīšanas rinda ir Latgales NVD teritoriālajā nodaļā, lai gan tur ir mazākais pakalpojumu sniedzēju skaits.

Ārstniecības iestāžu, kas sniedz zobārstniecības un zobu higiēnas pakalpojumus, kapacitāte atsevišķās teritorijās ir nepietiekama, īpaši uzsverot Rīgas teritoriju, kur pakalpojumu sniedzēju interesi un aktivitāti lielā mērā nosaka finansējums. Gaidīšanas rindas garums vidēji valstī 10 dienas, kas vērtējams kā optimāls.

Minētais skaidrojams ar zobārstu finansiālo izvēli nesniegt valsts apmaksātos zobārstniecības pakalpojumus, kā rezultātā saglabājas garas rindas pie zobārstiem, tajā skaitā pakalpojuma sniedzēju samazinājuma dēļ: ar katru gadu mazinās ārstniecības iestāžu skaits, kas noslēdz līgumu ar NVD par valsts apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu sniegšanu, kā galveno iemeslu norādot nepietiekamus tarifus par zobārstniecības manipulācijām.

Zobārstniecības pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai zobārstniecības palīdzību bērniem līdz 18 gadiem reģionos ar zemu iedzīvotāju blīvumu sniedz mobilā zobārstniecība. Valstī strādā divas mobilās zobārstniecības kabineta vienības. Mobilie zobārstniecības autobusu maršruti plānoti tikai lauku teritorijās, atbilstoši pakalpojumu pieejamībai bērniem, kuru dzīvesvietas tuvumā zobārstu resursi ir nepietiekoši. Izbraukumi tiek plānoti izglītības iestādēs, kuras atrodas ne tuvāk par 15 km no zobārstniecības prakses, kas ir līgumattiecībās ar NVD[[20]](#footnote-21). Bērnu brīvdienu laikā autobusi, iespēju robežās, tiek novirzīti uz bērnu namiem. Apmeklētas izglītības iestādes Zemgalē, Kurzemē, Vidzemē un Latgalē: 2014. gadā 87 skolas un bērnudārzi, 2015. gadā 92 iestādes, 2016. gada 3 mēnešos 25 iestādes. Kopējais apmeklējumu skaits: 2014. gadā 6843, 2015. gadā 7952 un 2016. gadā 7431. 2017. gada 6 mēnešos sniegto pakalpojumu skaits ir palielinājies, apmeklējumu kopskaits - 3504, kas ir vidēji 28 apmeklējumi dienā. Mobilo vienību noslogojums, patlaban, ir liels. Lai paplašinātu pieņemto bērnu skaitu, jāpalielina šo mobilo zobārstniecības vienību skaits.

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.

Bērnu zobārstniecības pieejamības reformas ietvaros 2018.gadā tiks palielināts pakalpojumu tarifs, nodrošinot, ka neturpinās samazināties pakalpojumu sniedzošo ārstniecības iestāžu skaits un par 20% pieaug manipulāciju skaits. Savukārt 2019.gadā, atjaunojot pakalpojumu sniedzēju apjomu, plānots palielināt zobārstniecības pakalpojumu apjomu līdz 40%.

**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. Latvijā samazinās gan nepilngadīgo grūtnieču skaits, gan arī mākslīgi veikto abortu skaitu jaunietēm 15 - 17 gadu vecumā, tomēr joprojām Latvija atpaliek no ES vidējiem rādītājiem.
6. Agrīna dzimumattiecību uzsākšana un nedrošu kontracepcijas metožu izvēle norāda uz nepietiekošām jauniešu zināšanām un izpratnes trūkumu par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem, tai skaitā par atbildīgu savstarpējo attiecību veidošanu, ģimenes plānošanu un drošu kontracepcijas metožu izvēli.
7. Nepietiekamas izglītojamo tai skaitā sociālās aprūpes institūcijās esošo bērnu zināšanas par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem, tai skaitā par atbildīgām savstarpējām attiecībām un drošām dzimumattiecībām.
8. Nav pietiekamā apjomā pieejami ģimenes plānošanas pakalpojumi sievietēm, kas pakļautas sociālajam riskam.
9. Šobrīd tikai aptuveni puse no 12 gadus veciem skolēniem lieto fluorīdu saturošu zobu pastu (vismaz 1000 ppm) 2 reizes dienā.
10. 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.
11. 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%.

Sievietes un bērna veselībai būtiski ir savlaicīgi uzsākt grūtniecības aprūpi *jeb stāties grūtnieču uzskaitē* līdz 12.grūtniecības nedēļai un regulāri apmeklēt ārstu vai vecmāti visā grūtniecības laikā un veikt visus nepieciešamos izmeklējumus. Lai samazinātu antenatāli neaprūpētu grūtnieču skaitu, no 2012.gada 1.septembra tiek īstenots princips „nauda seko grūtniecei”, valsts finansētajā grūtnieču aprūpē iesaistot privāti praktizējošus ginekologus un citus speciālistus[[21]](#footnote-22), un paaugstināti tarifi par vecmātes, ģimenes ārsta, ginekologa vai dzemdību speciālista veiktu grūtnieces apskati, kā arī par ultrasonogrāfijas izmeklējumiem dzemdniecībā. Pēc statistikas datiem antenatāli neaprūpēto dzemdētāju īpatsvars pakāpeniski samazinās (skat.2.tab.).

*2.tab.* **Grūtnieču aprūpes rādītāji[[22]](#footnote-23)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2008** | **2009** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** |
| Aprūpe uzsākta līdz 12. grūtniecības nedēļai, % | 89,9 | 88,4 | 87,5 | 88,3 | 89,6 | 91,0 | 88,6 | 90,9 | 90,9 |
| Antenatāli neaprūpēto dzemdētāju īpatsvars, % | 2,3 | 2,7 | 2,7 | 1,8 | 1,6 | 1,1 | 1,0 | 0,9 | 0,7 |

No valsts budžeta līdzekļiem tiek apmaksāta grūtniecības novērošana, tajā skaitā ārsta konsultācijas, laboratoriskie un diagnostiskie izmeklējumi noteiktās grūtniecības nedēļās atbilstoši Noteikumos Nr.1529 un Noteikumos Nr.611 noteiktajai kārtībai. Izmeklējumi atbilstoši grūtniecības novērošanas plānam tiek apmaksāti virs ārstniecības iestādei noteiktiem budžeta līdzekļiem – ievērojot principu "nauda seko grūtniecei". Līdz ar to grūtniece var brīvi izvēlēties ārstniecības iestādi, kurā saņemt valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu. Grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām (no 2018.gada 1.janvāra pacienta iemaksa nebūs jāmaksā pēcdzemdību periodā līdz 70 dienām) nav jāmaksā pacienta iemaksa, ja tiek saņemti veselības aprūpes pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi. Informācija par valsts apmaksātu grūtniecības novērošanu pieejama NVD tīmekļa vietnē[[23]](#footnote-24).

Lai uzsāktu no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu grūtniecības novērošanu, sieviete var vērsties pie jebkura ārsta ginekologa, kurš ir līgumattiecībās ar NVD un sniedz no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, tajā skaitā grūtnieču aprūpi. Saskaņā ar Noteikumos Nr.1529 noteikto, ginekologs ir tiešās pieejamības speciālists. Turklāt, pēc NVD pieejamiem datiem (NVD tīmekļa vietnes sadaļa rindapiearsta.lv), rindas no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu ginekologa pakalpojumu saņemšanai vairumā gadījumu nav vai tās ir nebūtiskas (mazākas par piecām dienām). Vienlaikus norādāms, ka plānojot, kādi sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji ir nepieciešami attiecīgajā teritorijā, NVD ņem vērā Noteikumu Nr.1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 25.pielikumā noteiktos nosacījumus par minimālo specialitāšu un veselības aprūpes pakalpojumu veidu nepieciešamību attiecīgās veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībās. Tas nozīmē, ka to, cik daudz un kāda veida speciālisti (t.sk. ginekologi) ir nepieciešami konkrētā teritoriālā vienībā, nosaka atbilstoši iedzīvotāju skaitam.

Papildus jāatzīmē, ka atbilstoši Noteikumiem Nr.611 dzemdību palīdzību grūtniecības periodā jeb grūtnieces aprūpi var veikt arī ģimenes ārsts vai vecmāte, ja grūtniecība norit fizioloģiski. Ģimenes (vispārējās prakses) ārsta kompetence veikt grūtnieču aprūpi ir noteikta Ministru kabineta 2009.gada 24.marta noteikumu Nr.268 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 41.10.apakšpunktā, paredzot, ka ģimenes (vispārējās prakses) ārsta kompetencē ir grūtniecības diagnosticēšana un fizioloģiski noritošas grūtniecības pilna novērošana un vadīšana, kā arī patoloģiskas grūtniecības un grūtnieču ar paaugstinātu grūtniecības risku novērošana un vadīšana, sadarbība ar konsultējošo ginekologu, dzemdību speciālistu. Līdz ar to visi ģimenes (vispārējās prakses) ārsti var veikt grūtnieču aprūpi.

Vienlaikus, ņemot vērā SPKC sniegto informāciju par 2016.gadu, atsevišķos novados grūtnieču aprūpe tiek uzsākta vēlāk kā vidēji valstī, piemēram, Apes novadā 24.2% grūtnieču jeb 8 grūtniecēm, kuru deklarētā dzīvesvieta ir Apes novads aprūpe uzsākta pēc 12.grūtniecības nedēļas, Neretas novadā novēlota grūtnieču aprūpe uzsākta 23.1% jeb 9 grūtniecēm, savukārt Rucavas, Pāvilostas un Rugāju novadā attiecīgi 18.8% (3 grūtniecēm), 18.5% (5 grūtniecēm) un 18.2% (2 grūtniecēm) minētajos novados dzīvesvietu deklarējušām grūtniecēm. Attiecībā uz ginekologu un ģimenes ārstu pieejamību minētajos novados norādāms, ka Alūksnes veselības aprūpes plānošanas vienībā, kurā ietilpst Apes novads, ir 2 ginekologi, kā arī Apes novadā ir 2 ģimenes ārsta prakses. Aizkraukles veselības aprūpes plānošanas vienībā, kurā ietilpst Neretas novads valsts apmaksātu grūtnieču aprūpi veic 3 ginekologi, kā arī minētajā novadā ir reģistrētas 3 ģimenes ārstu prakses. Rucavas novadā un Pāvilostas novadā ir reģistrētas 2 ģimenes ārsta prakses, kā arī Liepājas veselības aprūpes plānošanas vienībā, kurā ietilpst minētie novadi valsts apmaksātu grūtnieču aprūpi sniedz 35 ginekologi. Savukārt Rugāju novadā ir reģistrēta 1 ģimenes ārsta prakse un 1 feldšerpunkts, kā arī Balvu veselības aprūpes plānošanas vienībā, kurā ietilpst Rugāju novads, ir 2 valsts apmaksātas veselības aprūpes sniedzoši ginekologi. Papildus minētajam, ārstniecības personu sniegto pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā tiek ņemts vērā iedzīvotāju skaits un blīvums, piemēram, Rugāju un Rucavas novados ir raksturīgs zems iedzīvotāju blīvums – 4 iedzīvotāji uz 1 km2. Vienlaikus būtiski norādīt, ka grūtnieču aprūpe pēc 12.grūtniecības nedēļas ir uzsākta 277 Rīgā dzīvesvietu deklarējošām grūtniecēm, kas gan kopumā sastāda tikai 3.71% no visām 2016.gadā Rīgā dzīvesvietu deklarējošām dzemdētājām.

Ņemot vērā iepriekš minēto, secināms, ka grūtnieču novēlota aprūpe nav saistīta ar ģimenes ārsta, kas ir kompetents veikt grūtnieču aprūpi, nepieejamību, kā arī finansiāliem izdevumiem par minētās aprūpes saņemšanu. Grūtniecības aprūpes novēlota uzsākšana iepriekš minētajos novados varētu būt saistīta ar ginekologa pakalpojumu un grūtniecei veicamo diagnostisko izmeklējumu teritoriālo pieejamību (piemēram, Apes un Neretas novados nav ginekologa prakses) - izmaksām par transportu, lai nokļūtu pie ginekologa un veiktu diagnostiskos izmeklējumus. Līdz ar to pašvaldībām attālos reģionos būtu nepieciešams risināt jautājumus par transporta izdevumu kompensēšanu grūtniecēm, lai uzlabotu grūtnieču aprūpes teritoriālo pieejamību. Tāpat aktualizējams jautājums par sabiedrības informēšanu un izpratnes par savlaicīgas grūtniecības aprūpes uzsākšanas būtiskumu.

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[[24]](#footnote-25).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.

Atbilstoši Noteikumu Nr.611 1.pielikuma tabulas 1.un 2.punktā minētajam visām grūtniecēm grūtniecības pirmajā trimestrī tiek veikta prenatālā diagnostika (augļa attīstības anomāliju noteikšana grūtniecības laikā). Prenatālā diagnostika ietver ultraskaņas skenēšanu, dažādu bioķīmisko marķieru noteikšanu mātes asinīs vai augļūdeņos, arī tādas invazīvas diagnostikas metodes kā horija bārkstiņu biopsija un amniocentēze.

No 2013.gada ir ieviestas izmaiņas riska grupas grūtnieču izmeklēšanas kārtībā, kas ietver ne tikai grūtniecības pirmā trimestra skrīningu (divi bioķīmiskie asins seruma izmeklējumi kopā ar ultrasonogrāfisku izmeklēšanu) visām grūtniecēm, bet paredz arī tālākas padziļinātas izmeklēšanas kārtību tām grūtniecēm, kurām pirmā trimestra skrīninga rezultāti uzrāda augstu vai vidēji augstu iedzimto hromosomālo augļu patoloģiju risku (tai skaitā atkārtotu ultrasonogrāfiju ar dopleru). Ņemot vērā, ka sievietes vecums ir viens iedzimtu patoloģiju riskiem, jāizvērtē iespējas visām grūtniecēm, vecākām par 35 gadiem, veikt augļa padziļinātu ultrasonogrāfijas izmeklēšanu ar dopleru, izvērtējot pirmā trimestra  ultrasonogrāfijas marķierus – augļa deguna kaula, venozā vada (*ductus venosus*) plūsma un trīsviru vārstuļu plūsma (grūtniecības 11.–13.+6).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[[25]](#footnote-26), 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[[26]](#footnote-27), taču grūtniecēm zobārstniecības pakalpojumi netiek apmaksāti.

Pēc statistiskas datiem vecuma grupā 25-49 gadi 14,3% sieviešu pēdējā gada laikā nav veikušas zobu pārbaudi vai ārstēšanu, lai gan ir bijusi tāda nepieciešamība, kā iemeslu tam 83,8% gadījumu norādot, ka nevarēja to atļauties (pārāk dārgi).[[27]](#footnote-28) Ņemot vērā, ka zobārstniecības pakalpojumi bieži vien nav pieejami naudas trūkuma dēļ būtu jāizvērtē iespējas, kā uzlabot pieejamību zobārstniecības pakalpojumiem maznodrošinātām grūtniecēm.

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 3.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).

*3.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[[28]](#footnote-29) 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[[29]](#footnote-30) 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.

Lai rastu vienotu izpratni par ķeizargrieziena veikšanas indikācijām profesionāļu vidū, jāturpina veselības aprūpes profesionālo asociāciju sadarbība un speciālistu izglītošana grūtnieču aprūpes jautājumos par fizioloģisko dzemdību priekšrocībām un indikācijām ķeizargrieziena operācijai.

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.”[[30]](#footnote-31) 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[[31]](#footnote-32). 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 sievietēm, kuras ir pakļautas sociālajam riskam vai ir sociāli nelabvēlīgā situācijā 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. – 2016.g, absolūtos skaitļos un uz 100 000 dzīvi dzimušiem**

****

*Datu avots: SPKC*

Perinatālajai mirstībai[[32]](#footnote-33) ir tendence samazināties (3.att.) un 2014., 2015.gadā vērojams viens no zemākajiem zīdaiņu mirstības[[33]](#footnote-34) rādītājiem pēdējā desmitgadē (skat. 4.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.

*3.att.* **Perinatālā mirstība no 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem 2001.-2016.gadā**



*Datu avots: SPKC*

*4.tab.* **Zīdaiņu mirstība uz 1 000 dzīvi dzimušo Latvijā**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| 7,8 | 7,6 | 8,8 | 6,7 | 7,7 | 5,7 | 6,7 | 6,4 | 4,5 | 3,9 | 4,1 | 3,7 |

*Datu avots: SPKC*

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[[34]](#footnote-35). 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.[[35]](#footnote-36) 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 Medicīnas apliecībā par perinatālās nāves iestāšanos[[36]](#footnote-37), 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 gadījumos 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[[37]](#footnote-38).
* 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[[38]](#footnote-39).
* 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[[39]](#footnote-40). 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.40

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.[[40]](#footnote-41) 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.

Lai samazinātu mirstību un saslimstību sevišķi maza svara priekšlaikus dzimušajiem bērniem, svarīgi ir savlaicīgi uzsākt enterālo barošanu ar mammas pienu. Ir pierādīts, ka ar krūts pienu baroti priekšlaikus dzimušie bērni retāk slimo ar smagām infekcijām, nekrotisko enterokolītu (NEK), kā arī samazinās zarnu trakta kolonizācija ar patogēniem mikroorganismiem. Šiem bērniem ir īsāks hospitalizācijas laiks Jaundzimušo intensīvajā terapijā. Nekrotiskā enterokolīta ķirurģiskās formas gadījumā pasliktinās dzīves kvalitāte gan īstermiņā, gan ilgtermiņā, nepieciešama ilgstoša parenterālā barošana, atkārtota operācija, ka arī ir traucēta normāla augšana un attīstība. Nepietiekošas vai iztrūkstošas laktācijas gadījumā enterālo barošanu vēlams uzsākt un turpināt ar pārbaudītu un sagatavotu donora pienu (nevis ar piena maisījumu). Pēc priekšlaicīgām dzemdībām ir vairāki faktori, kas laktāciju aizkavē un samazina. Donora piena bankas izveidošana, lai nodrošinātu mazuļus ar krūts pienu var mazināt saslimstību un mirstību sevišķi maza svara priekšlaikus dzimušo bērnu grupā. Lielākajā daļā Eiropas valstu (arī Lietuvā un Igaunijā) pie Perinatāliem centriem ir izveidotas donora piena bankas, kurās tiek gatavots un uzglabāts piens, lai nodrošinātu krūts piena barošanu arī tiem bērniem, kuru mammas pašas nevar barot bērnu ar savu pienu.

**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.
9. Latvijā nav pieejams donora piens priekšlaikus dzimušajiem bērniem, kuriem dažādu iemeslu dēļ nav mammas piena. Donora piens palīdzētu mazināt saslimstību un mirstību neonatālajā periodā no smagas infekcijas un nekrotiskā enterokolīta.

**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:

* 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; bērnam vecumā no 1 - 6 mēnešu vecumam – vienu reizi mēnesī ģimenes ārsta apskate ārsta prakses vietā, māsas vai ārsta palīga (feldšera) mājas vizīte, ja bērns neierodas uz noteikto apskati;
* bērnam no 7 - 11 mēnešu vecumam ģimenes ārsta apskate – divas reizes minētajā laikposmā un ģimenes ārsta apskate bērnam 12 mēnešu vecumā, māsas vai ārsta palīga (feldšera) mājas vizīte, ja bērns neierodas uz noteikto apskati;
* bērniem 13 – 24 mēnešu vecumā ģimenes ārsta profilaktiskā apskate 2 reizes gadā, okulista apskate;
* 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;
* bērniem tiek veikta imūnprofilakse atbilstoši vakcinācijas kalendāram.

Atbilstoši SPKC un NVD sniegtajiem datiem 2015.gadā dzimuši 21 720 bērni, no kuriem 21 455 ir reģistrēti pie ģimenes ārstiem. Savukārt 2016.gadā dzimuši 21 646 bērni, bet pie ģimenes ārstiem reģistrēti 21 717 bērni, no kura secināms, ka daļa 2015.gada nogalē dzimušo bērnu pie ģimenes ārstiem ir reģistrēti 2016.gada sākumā. Vienlaikus publiski ir aktualizēts jautājums par jaundzimušajiem, kuri pēc izrakstīšanās no dzemdību iestādes netiek reģistrēti ģimenes ārsta praksē un viņiem netiek nodrošināta patronāža dzīvesvietā.

Attiecībā uz savlaicīgās profilaktiskās un veselības aprūpes saņemšanu jaundzimušajiem, jau šobrīd normatīvie akti paredz konkrētas darbības, lai ģimenes ārstiem būtu pieejama informācija par jaundzimušajiem. Noteikumos Nr.611 ir paredzēts, ka ārsts, kurš realizē sievietes grūtniecības novērošanu, informē sievieti par nepieciešamību izvēlēties bērnam ģimenes ārstu un iegūt rakstisku apstiprinājumu no tā par gatavību aprūpēt jaundzimušo. Tāpat, atbilstoši Ministru kabineta 2006. gada 4. aprīļa noteikumu Nr.265 ,,Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība” 35. pielikumā ,,Jaundzimušā attīstības vēsture” (veidlapa Nr.097/u) noteiktajam, izrakstot jaundzimušo, ir jānorāda informācija par ārstniecības iestādi un ārstniecības personu, kurai paziņots par bērna izrakstīšanu. Savukārt minēto noteikumu 84. pielikumā,, Mātes pase” (veidlapa Nr. 113/u) ir paredzēta sadaļa, kurā veicama atzīme par paziņošanu ģimenes ārstam par jaundzimušā izrakstīšanu uz mājām un sadaļa, kurā norāda kam ir paziņots, ja ģimenes ārsts nav norādīts. No minētā izriet, ka atbildīgās personas par jaundzimušā izrakstīšanu uz mājām paziņo vai nu jaundzimušā ģimenes ārstam vai ģimenes ārstam/ārstniecības iestādei, kuras pamatdarbības teritorijā atrodas jaundzimušā dzīvesvieta. Tas nozīmē, ja jaundzimušais nav reģistrēts pie ģimenes ārsta, informācija par jaundzimušo ir pieejama tam ģimenes ārstam/ārstniecības iestādei, kuras darbības pamatteritorijā dzīvo jaundzimušais un ģimenes ārstam ir iespēja nodrošināt patronāžu jaundzimušā dzīvesvietā. Vienlaikus, ne mazāk aktuāls ir jautājums par jaundzimušā tiesību un veselības aprūpes nodrošināšanu situācijā, ja tiek identificēti pie ģimenes ārsta nereģistrēti jaundzimušie, kā arī gadījumos, kad tiek identificēti iespējami riski jaundzimušā aprūpē.

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[[41]](#footnote-42). 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[[42]](#footnote-43).

Katru gaduvairāk kā 1000 bērnu (skat. 5.tab.) piedzimst priekšlaikus, kas prasa papildus rūpes un specializētu medicīnisko aprūpi ne tikai agrīnā jaundzimušo periodā, bet arī turpmāk.

*5.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 |
| **2016** | 1230 | 66 |

*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.

Informācija par gaidīšanas rindu pie ambulatorajiem speciālistiem un diagnostisko izmeklējumu veikšanai ir pieejama NVD tīmekļa vietnes sadaļā rindapiearsta.lv. Saskaņā ar minētajā tīmekļa vietnē pieejamo informāciju, ambulatoro speciālistu konsultācijas saņemšanas laiks svārstās no mazāk par piecām dienām līdz 60 dienām un vairāk. Attiecībā uz bērnu speciālistu pieejamību atbilstoši NVD tīmekļa vietnē pieejamajai informācijai bērnu ķirurga, neonatologa konsultācijas, kā arī vispārēja bērnu masāža ir pieejama visos reģionos. Bērnu gastroenterologa konsultācijas ir pieejamas Rīgas un Zemgales reģionā. Savukārt tik specifiski pakalpojumi, kā bērnu hematoonkologa konsultācija un otolaringologa audiologa pakalpojumi ir pieejami tikai sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Veselības centrs “Biķernieki””. Vienlaikus atzīmējams tas, ka visās dzemdību nodaļās jaundzimušajiem atbilstoši Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 “Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība” noteiktajam jaundzimušajam veic dzirdes pārbaudi ar otoakustiskās emisijas metodi – līdz izrakstīšanai no stacionāra (plānotās ārpusstacionāra dzemdībās – līdz sestajai dzīves dienai) un tikai gadījumā ja dzirdes pārbaudē ar otoakustiskās emisijas metodi iegūta atbilde, kas rada šaubas, izsniedz nosūtījumu pie speciālista izmeklēšanai ar objektīvās audiometrijas metodi. Papildus jāņem vērā apstāklis, ka pacients vai nepilngadīga pacienta likumiskais pārstāvis var brīvi izvēlēties ārstniecības iestādi, kurā saņemt veselības aprūpes pakalpojumus. Plānveida veselības aprūpes saņemšanai pacients vēršas ārstniecības iestādē un pierakstās uz konsultāciju, savukārt neatliekamos gadījumos medicīniskā palīdzība tiek sniegta nekavējoties.

Diagnostiskie izmeklējumi – rentgenoloģija, datortomogrāfija, ultrasonogrāfija, osteodensitometrija, sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, endoskopija, neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi un doplerogrāfija saskaņā ar NVD sniegto informāciju, bērniem ir pieejami visos Latvijas reģionos. Piemēram, datortomogrāfija 2017.gadā veikta 0.56% jeb 317 bērniem Kurzemes reģionā, 0.75% jeb 317 bērniem Latgales reģionā, 0.92% jeb 1484 bērniem Rīgas reģionā, 0.56% jeb 243 bērniem Vidzemē un 0.60% jeb 335 bērniem Zemgales reģionā. Rīgas reģionā veikto izmeklējumu skaits varētu būt saistīts ar to, ka minētajā reģionā ir reģistrēti 45.02% jeb 161 868 no visiem bērniem, kā arī ar to, ka lielākā daļa no Rīgas reģionā veiktajiem datortomogrāfijas izmeklējumiem ir veikti BKUS, kas valstī ir vienīgā ārstniecības iestāde, kas specializējusies medicīniskās palīdzības sniegšanā bērniem, un kurā veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai vēršas pacienti no visas Latvijas. Rentgenoloģijas izmeklējumi 2017.gadā ir veikti 21.2% Kurzemes reģiona bērniem, 26.5% Latgales reģiona bērniem, 24.7% Rīgas reģiona bērniem, 17.3% Vidzemes reģiona bērniem un 18.5% Zemgales reģiona bērniem. Savukārt radionuklīdā diagnostika, kas 2017.gadā veikta 77 bērniem jeb 0.02% no visiem bērniem ir pieejama tikai Rīgā un lielākā daļa (76 gadījumi) veikta tieši BKUS. Ņemot vērā, izmeklējuma specifiskumu un veikto apjomu, nav nepieciešams to nodrošināt visā Latvijas teritorijā.

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. 6.tab.).

*6.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 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.

Pēc BKUS pieejamiem datiem par 2017.gadu atzīmējama līdzīga tendence – gada pirmajos trīs mēnešos (janvāris – marts) BKUS NMPON sniegta palīdzība 15 353 pacientiem, no kuriem 80% (n=12 398) bijuši ambulatori. Detalizētāk analizējot šos ambulatoros pacientus, 63% (n=7835) no tiem bijuši pediatriska profila pacienti. Savukārt 37% (n=4563) no visiem ambulatoriem pacientiem bijuši bērni ar vieglām traumām, kuri pēc palīdzības saņemšanas tūlīt atlaisti mājās un no kuriem daļai pacientu palīdzību savas kompetences ietvaros varētu sniegt arī ģimenes ārsts (piemēram, virspusēji ādas un mīksto audu bojājumi, viegli apdegumi, grieztas brūces, izmežģījumi, brūču apdares, incīzijas ar/bez drenāžas strutainu ādas bojājumu gadījumos).

Attiecībā par BKUS NMPON diagnožu grupām un iespējamām pielietotām diagnostiskas un ārstēšanas metodēm, analizējot datus BKUS NMPON no 2017.gada 1.janvāra līdz 1.jūnijam ārstēto 11 345 ambulatoro pediatrisko pacientu diagnožu grupas un, apkopojot klīniski līdzīgās diagnozes pēc SSK 10.klasifikatora, 21% (n=2348) pacientu konstatētas akūtas nekomplicētas augšējo elpceļu saslimšanas, 17% (n=1985) – funkcionāli kuņģa zarnu trakta darbības traucējumi, 1092 (10%) pacientu bijuši akūti, nekomplicēti otīti, bet 573 (5%) pacientiem bijusi tikai viena diagnoze - “parastas iesnas” (J00). Atbilstoši jaunākām pediatrijas un bērnu infekciju slimību starptautiskās literatūras nostādnēm, bērnu vecuma pacienti ar šādām diagnozēm primāri nav papildus izmeklējami vai ārstējami stacionāra apstākļos[[43]](#footnote-44). Reti, bet ja tomēr pastāv diferenciāldiagnoze starp virālu (95% gadījumu bērniem akūtas augšējo elpceļu saslimšanas ir vīrusu izcelsmes) vai bakteriālu slimības ierosinātāju, vai iespējamu slimības gaitas komplicēšanos, arī jebkuram primārās aprūpes ārstam iespējams veikt pilnu asins ainu, asins bioķīmisko analīžu (C reaktīvā olbaltuma u.c. parametru) izmeklēšanu vai citus infekciju, vai attēlu diagnostikas (piem. krūšu kurvja rentgenogramma) izmeklējumus.

Analizējot pacientu plūsmu BKUS Gaiļezera novietnē no 2017.gada 1.janvāra līdz 30.jūnijam, pusei - 51% (1212) no visiem NMPON pacientiem netika veikts neviens izmeklējums un netika piemērota ārstēšana, pacientus tikai apskatīja ārsts. Turklāt vairāk nekā puse šo pacientu – 52% (n=634) ieradušies ģimenes ārsta darba laikā – darba dienās, laika periodā no plkst. 8:00 līdz 16:00. Analizējot pacientu plūsmu pa diennakts stundām BKUS Torņakalna novietnē 2017.gadā, redzams, ka 60% ambulatoro pacientu BKUS ierodas ģimenes ārsta darba laikā (skat. 4.att.)



*4.att.*, Datu avots: BKUS

Šie dati liecina par medicīniskās palīdzības pieejamības problēmām primārajā veselības aprūpē valstī.

Ņemot vērā minēto, VM izstrādātajā konceptuālajā ziņojumā "Par veselības aprūpes sistēmas reformu"[[44]](#footnote-45) reformas ietvaros plānots pilnveidot primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, tai skaitā attīstot “*ideālās*” ģimenes ārsta prakses modeli, kas sevī ietver sadarbību ar citiem speciālistiem, piemēram, pediatru, vecmāti, fizioterapeitu.

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. Nosūtot pacientu uz konsultāciju pie speciālista, ārstam informācija par pacienta veselības stāvokli (īsu anamnēzi, diagnostiskos izmeklējumus, slimības gaitu, ārstēšanu) jāiekļauj izrakstā no stacionārā/ambulatorā pacienta medicīniskās kartes vai jāpievieno attiecīgo izmeklējumu rezultātus[[45]](#footnote-46).

 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 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.

Klīniskā informācija par pacientu ir svarīga lēmumu pieņemšanā un ļauj izvairīties no nevajadzīgas, atkārtotu izmeklējumu veikšanas, ja tie jau ir veikti iepriekš. Savukārt klīniskās informācijas trūkums samazina speciālistu konsultāciju efektivitāti, pirmreizējas slimības diagnostikas gadījumos pagarina diagnozes noteikšanas laiku un rada papildu speciālistu ambulatoro vizīšu apjomu, kas ietekmē speciālistu pieejamību.

**Identificētās problēmas**

1. Lai gan ir nodrošināta primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, akūtās situācijās vecāki vēršas pēc palīdzības BKUS uzņemšanas nodaļā.
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. 5.att.).

*5.att.* **Stacionārā ārstēto bērnu (0-17 gadi) sadalījums pa galvenajām diagnožu grupām 2016.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:

* 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.
* 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.
* 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.).

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

**2008.-2016. gadā**



*Datu avots: SPKC*

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).

*7. att.* **Praktiski veselo bērnu (1.veselības grupa) īpatsvars, procentos**

**2008.-2016. 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%))[[46]](#footnote-47). 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. Ambulatorās medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi bērniem netiek plānoti atsevišķi no pieaugušo medicīniskās rehabilitācijas. Ņemot vērā, ka slimnīcu sadarbības teritorijas vēl nav, datus par medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību ir iespējams sniegt sadalījumā pa NVD teritoriālajām nodaļām. Kopā ambulatoros rehabilitācijas pakalpojumus (Pakalpojumu programmas: Fizikālajā medicīna un Rehabilitācija) visā Latvijas teritorijā sniedz 106 vietās (Rīgā – 46 vietās, Vidzeme – 17, Zemgale – 11, Kurzeme – 15 un Latgalē pakalpojumus sniedz 17 vietās). Rehabilitācijas dienas stacionārs visā Latvijas teritorijā ir pieejams 28 vietās (Rīgā – 13 vietās, Vidzeme – 4, Zemgale – 4, Kurzeme – 5 un Latgalē pakalpojumus sniedz 2 vietās). Sekundāro medicīnisko rehabilitāciju stacionārā bērniem sniedz 2 iestādēs – NRC “Vaivari” un BKUS.

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 sabiedrības zināšanas un izpratne par mātes un bērna veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu nozīmi un ietekmi uz veselību. | Veikti sabiedrības informēšanas un izglītošanas pasākumi mātes un bērna veselības veicināšanai un slimību profilaksei.  | VM  | SPKC, VSMC, P.Stradiņa medicīnas vēstures muzejs,NVO | 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. | Izstrādāt mācību programmu seksuālās un reproduktīvās veselības izglītības veicināšanai pašvaldībās un nodrošināt tās ieviešanu pašvaldību veselības veicināšanas darbā. | Izveidota vienota nacionāla līmeņa programma jauniešu izglītošanai  | Izveidots metodiskais materiāls seksuālās un reproduktīvās veselības apmācības veicējiem | VM,SPKC | PašvaldībasNVO | 2020.gada otrais pusgads Pasākumi tiks nodrošināti ESF 9.2.4.1 pasākuma “Kompleksi  veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” ietvaros. |
| Apmācīti vismaz 119 seksuālās un reproduktīvās veselības apmācību veicēji. |
| Izstrādāts materiāls jauniešu informēšanai |
| 1.3. | Nodrošināt jauniešu apmācību par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem | Uzlabojas jauniešu zināšanas par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem | Apmācīti jaunieši 119 pašvaldībās. | SPKC | NVOPašvaldības | 2020.gada otrais pusgads Pasākumi tiks nodrošināti ESF 9.2.4.2 pasākumu “Pasākumi vietējās sabiedrības veselības veicināšanai un slimību profilaksei” ietvaros. |
| 1.4 | Izvērtēt iespējas pilnveidot bērnu sociālās aprūpes institūcijās, aizbildnībā un audžu ģimenēs izglītošanu par seksuāli reproduktīvo veselību un atkarību profilaksi, uzlabojot bērnu sociālās aprūpes institūciju sociālo darbinieku, aizbildņu un audžuģimeņu iemaņas. | Uzlabojušās sociālās aprūpes institūciju sociālo darbinieku, aizbildņu un audžuģimeņu iemaņas sociālās aprūpes institūcijās, aizbildnībā un audžuģimenēs esošo bērnu izglītošanai par seksuālās un reproduktīvās veselības un atkarību profilakses jautājumiem | Sagatavoti priekšlikumi bērnu sociālās aprūpes institūcijās, aizbildnībā un audžuģimenēs izglītošanai par seksuāli reproduktīvo veselību un atkarību profilaksi Izstrādāts izglītojošs materiāls bērnu sociālās aprūpes institūciju sociālajiem darbiniekiem, aizbildņiem un audžuģimenēm par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem un materiāls par atkarību profilakses jautājumiem.Izstrādāts materiāls sociālās aprūpes institūcijās, aizbildnībā un audžuģimenēs esošiem bērniem par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem un materiāls par atkarību profilakses jautājumiem.  | VM,LM,SPKC | PašvaldībasNVO | 2020.gada otrais pusgads Pasākumi tiks nodrošināti ESF 9.2.4.1 pasākuma “Kompleksi  veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” ietvaros. |
| 1.5. | Pilnveidot sociālās aprūpes pakalpojumu sniedzēju zināšanas par valsts apmaksātiem kontracepcijas pakalpojumiem un šo pakalpojumu saņemšanas iespējām sociālajam riskam pakļautām sievietēm | Nodrošināta sociālajam riskam pakļautām sievietēm pieejama informācija par ģimenes plānošanas un kontracepcijas iespējām  | Nodrošināta vismaz 400 sociālo darbinieku informēšana par valsts apmaksātiem kontracepcijas pakalpojumiem un šo pakalpojumu saņemšanas iespējām sociālajam riskam pakļautām sievietēm | VMLMSPKC | Pašvaldības | Tiks izvērtētas iespējas informēšanas pasākumus organizēt sadarbībā ar LM un LPS 2020.gada otrais pusgads. Pasākumi tiks nodrošināti ESF 9.2.4.1 pasākuma “Kompleksi  veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” ietvaros (kopsavilkumā norādīti indikatīvie aprēķini)  |
| Izstrādāts informatīvs materiāls sociālajiem darbiniekiem par valsts apmaksātiem kontracepcijas pakalpojumiem un šo pakalpojumu saņemšanas iespējām sociālajam riskam pakļautām sievietēm |
| 1.6. | Izglītot ārstniecības personas par zīdīšanas veicināšanas jautājumiem un atbalsta sniegšanu zīdošām mātēm, vardarbības atpazīšanas un profilakses jautājumiem, kā arī par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu bērniem ar garīga rakstura traucējumiem, iekļaujot šos jautājumus tālākizglītības kursos | Uzlabojas ārstniecības personu zināšanas par zīdīšanas veicināšanas jautājumiem un atbalsta sniegšanu zīdošām mātēm | Veikti tālākizglītības kursi ārstniecības personām (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.   |
| Uzlabojas ārstniecības personu zināšanas par vardarbības atpazīšanas un profilakses jautājumiem un atbilstošu rīcību aizdomu par vardarbību gadījumā  | Veikti tālākizglītības kursi kuru ietvaros 325 ārstniecības personas apguvušas apmācību par vardarbības atpazīšanu, profilaksi un pakalpojumiem vardarbības gadījumos pret nepilngadīgajiem |
| Uzlabojas ārstniecības personu prasmes darbam ar bērniem ar garīga rakstura traucējumiem. | Veikti tālākizglītības kursi, kuru ietvaros 160 ārstniecības personas - apmācību specifisko prasmju attīstīšanā darbā ar personām ar garīgās veselības traucējumiem.  |
| 1.7.  | 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 |
| 1.8. | Veikt sabiedrības informatīvu izglītošanu par nepieciešamību laikus uzsākt veselības aprūpi grūtniecības periodā.  | Uzlabojas sieviešu informētība par nepieciešamību laikus uzsākt grūtnieču aprūpi.  | Izveidots informatīvs materiāls, izplatīts caur pašvaldību sociālajiem dienestiem. | SPKC  | NVD | 2019.gada otrais pusgads |
| 1.9. | *Vakcinācija* |  |  |  |  |  |
| 1.9.1 | 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 |
| 1.9.2 | 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 |
| 1.9.3 | 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 |
| 1.10. | *Bērnu mutes veselība* |  |  |  |  |  |
| 1.10.1. | Izvērtēt pētījuma “Mutes veselība skolēniem Latvijā 2015./2016.m.g.” rezultātus un priekšlikumus agrīnai kariesa ārstēšanai un profilaksei. | Pilnveidoti pasākumi agrīnai kariesa ārstēšanai un profilaksei. | Sagatavoti priekšlikumi par tālāko rīcību bērnu mutes veselības uzlabošanai. | SPKC,  | VM, NVDLatvijas Zobārstu asociācija | 2018.gada pirmais pusgads |
| 1.102. | 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 | Veikti grozījumi NA  | NVD, VM | Latvijas Zobārstu asociācija | 2018.gada otrais pusgads |
| Izpildītas noteiktās ES saistības par kompozīta materiāla plombju pielietošanu zobārstniecībā no 2018. gada. |
| Nodrošināta valsts apmaksāta zobārstnieciskā palīdzība bērniem, tādejādi uzlabojot pieejamību un mazinot rindu garumu. Izvērtējot valsts apmaksātas zobārstniecības pakalpojumu bērniem, ņemot vērā ar NVD noslēgto līgumu skaitu, izskatīta nepieciešamība palielināt zobārstniecības mobilo vienību skaitu. | 2018.gadā palielināts pakalpojumu tarifs, nodrošinot, ka neturpinās samazināties pakalpojumu sniedzošo ārstniecības iestāžu skaits un par 20% pieaug manipulāciju skaits.  | NVD | Latvijas Zobārstu asociācija | 2018.gada otrais pusgads |
| 2019.gadā, atjaunojot pakalpojumu sniedzēju apjomu, palielinās zobārstniecības pakalpojumu apjoms līdz 40%. | NVD | Latvijas Zobārstu asociācija | 2019.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, diētas ārsta konsultācija sievietēm ar cukura diabētu, aptaukošanos). | VM, NVD  | LGDzA | 2019.gada otrais pusgads |
| Nodrošināta speciālistu pieejamība grūtniecēm pēc “*zaļā koridora”* principa. | 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 | 2019. gada otrais pusgads |
| 2.3. | Nodrošināt valsts apmaksātu kontracepcijas pakalpojumu iespējas sievietēm, kuras ir pakļautas sociālajam riskam. | Samazinās mātes mirstības gadījumi no netiešiem iemesliem sociālās atstumtības riskam pakļautām sievietēm.  | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA , kas nosaka kontracepcijas pakalpojuma saņemšanas un apmaksas kārtību sievietēm, kuras ir pakļautas sociālajam riskam. | NVD VM | 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  | LGDzA, Latvijas Zobārstu asociācija | 2020.gada otrais pusgads |
| 2.5. | Izstrādāt kārtību kvalitatīva jaundzimušo skrīninga izpildei dzemdību nodaļās un plānotās ārpusstacionāra dzemdībās dzimušajiem | Nodrošināta jaundzimušo skrīninga izpilde. | Jaundzimušo skrīnings veikts 99% jaundzimušo | NVD | VM, BKUS, LDGA, LNB, LVALatvijas Medicīniskās ģenētikas asociācija | 2018.g. otrais 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 | 2019.gada otrais pusgads  |
| Amonjaka noteikšanariska grupas jaundzimušajiem |
| 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, ginekologus (dzemdību speciālistus0, 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  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 otrais 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. | Veikts klīniskais audits[[47]](#footnote-48) ārstniecības iestādēs, kas sniedz dzemdību pakalpojumus (VI gada darba plāna ietvaros). Par 34% palielinās PAC sniegto augsta riska dzemdību pakalpojumu apjoms. | VI | Ārstniecības iestādes (dzemdību nodaļas, PAC),BKUS, NMPD,LGDzA  | 2020.gada otrais pusgads |
| 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 ārstniecības iestādēs, kas sniedz dzemdību pakalpojumus (VI gada darba plāna ietvaros).  Par 22% palielinās priekšlaikus dzimušajiem sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apjoms PAC. | VI | Ārstniecības iestādes (dzemdību nodaļas, PAC),BKUS, LNB | 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 | 2019.gada otrais pusgads  |
| 2.11. | Pilnveidot Mātes un perinatālās mirstības konfidenciālās analīzes (audita) darbību.  | Uzlabota grūtniecības perioda un dzemdību aprūpes kvalitāte organizācija | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM  | SPKC, Profesionālās asociācijas | 2018.gada otrais pusgads |
| Uzlabota dzemdību un jaundzimušo aprūpes kvalitāte un organizācija. |
| 2.12 | Izvērtēt nepieciešamos pasākumus, lai veicinātu fizioloģiskas dzemdības un samazinātu ķeizargriezienu (bez medicīniskām indikācijām) skaitu.  | Rasta vienota izpratne profesionāļu vidū ķeizargrieziena veikšanas indikācijām | Izstrādātas rekomendācijas ķeizargrieziena veikšanas indikācijā. | SPKC | Profesionālās asociācijas | 2020.gada otrais pusgads |
| Veikti tālākizglītības pasākumi ārstniecības personām (ģimenes ārsti, ginekologi (dzemdību speciālisti), vecmātes)  par grūtnieču aprūpi un ķeizargrieziena veikšanas indikācijām. | VM  | Profesionālās asociācijas,NVO, RSU | 2020.gada otrais pusgadsPasākumi tiks nodrošināti ESF 9.2.6. pasākumu „Uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla  kvalifikāciju” ietvaros. |
| 2.13. | 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. Pārskatīta un pilnveidota kārtība, kādā tiek nodrošināta jaundzimušā pēctecīga aprūpe pēc izrakstīšanās no dzemdību nodaļas  | Ieviesti priekšlikumi kārtībai un IT risinājumam, kādā tiek nodrošināta elektroniska informācijas apmaiņa starp dzemdību nodaļu un ģimenes ārstu par jaundzimušā pēctecīgu aprūpi pēc izrakstīšanās no dzemdību nodaļas | NVD, VM  | 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 | Ieviesti priekšlikumi kārtības uzlabošanai, kādā tiek iesaistīts sociālais dienests problēmsituācijās, ja tiek identificēti iespējami riski jaundzimušā veselībai bērna vecāku neizpratnes dēļ par bērna audzināšanu (tai skaitā emocionālo) un aprūpi, sevišķi sociāli nelabvēlīgo ģimeņu jaundzimušo veselības un dzīvības risku prevencijas jautājumos. | VM, LM  | Pašvaldības, Latvijas Ģimenes ārstu asociācija, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija, ārstniecības iestādes  | 2018.gada otrais pusgads |
| Uzlabota ģimenes ārsta institūcijas sadarbība ar sociālo dienestu jaundzimušo veselību apdraudošās situācijās. |
| 2.16  | Izvērtēt priekšnosacījumus donora piena bankas izveidei.  | Izveidota darba grupa donora piena bankas izveides prasību izstrādei un veikts izmaksu aprēķins  | Sagatavoti priekšlikumi prasībām donora piena bankas darbībai  | VM | BKUS, perinatālās aprūpes centri, NVD, ZM | 2020.gada otrais pusgads |
| 2.17. | Uzlabot valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību sociālās atstumtības riskam pakļautām grūtniecēm un bērniem.  | Izvērtēta valsts apmaksātas grūtniecības aprūpes un ar grūtniecību saistītu diagnostisko izmeklējumu pieejamība sociālās atstumtības riskam pakļautajām grūtniecēm un valsts apmaksātu sekundāro ambulatoro veselība aprūpes pakalpojumu pieejamība bērniem, kā arī minēto pakalpojumu nesavlaicīgas saņemšanas iemesli un rīcība situācijas uzlabošanai, tai skaitā, izvērtējot iespēju kompensēt sociālās atstumtības riskam pakļautajām iedzīvotāju grupām sabiedriskā transporta izdevumus nokļūšanai pie ārstniecības personas valsts apmaksātas veselības aprūpes saņemšanai. | Organizēta diskusija starpinstitūciju sadarbības ietvaros  | VM | LM, PKC, LPS, Profesionālās asociācijas | 2019.gada pirmais pusgads |
| Sagatavoti priekšlikumi normatīvo aktu grozījumiem.Uzlabota valsts apmaksātu grūtniecības aprūpes pakalpojumu pieejamība sociālajam riskam pakļautajām sievietēm un ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība sociālās atstumtības riskam pakļauto iedzīvotāju grupu bērniem. |
| **3. Rīcības virziens** | **3. Ambulatoro pakalpojumu pieejamības uzlabošana bērnu veselības aprūpē** |
| **Nr. p.k.** | **Pasākums** | **Darbības rezultāts** | **Rezultatīvais rādītājs** | **Atbildīgā institūcija** | **Līdzatbildīgās institūcijas** | **Izpildes termiņš** |
| 3.1 | Uzlabot bērnu profilaktiskās apskates, paredzot papildu izmeklējumus veselības problēmu agrīnai identificēšanai  | Izvērtēta nepieciešamība veikt izmaiņas bērnu profilaktisko apskašu saturā un kārtībā, kā arī izvērtēta nepieciešamība papildināt profilaktiskās apskates ar papildu izmeklējumiem veselības problēmu agrīnai identificēšanai, piemēram, sirds un asinsvadu un vielmaiņas slimību risku identificēšanai. | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA.Palielinājies jaundzimušo īpatsvars, kuriem nodrošināta patronāža dzīvesvietā. | VM | NVD, LĢĀA, LLĢĀA, Latvijas Pediatru asociācija | 2018.gada otrais pusgads |
| 3.2 | Izvērtēt pediatra pieejamību BKUS un III un IV līmeņa slimnīcu uzņemšanas nodaļās, kā arī sekundārajā ambulatorajā aprūpē  | Nodrošināta pediatra kā tiešās pieejamības speciālista palīdzības pieejamība BKUS un III un IV līmeņa slimnīcās, tai skaitā neatliekamās medicīniskās palīdzības situācijās. | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | NVD, VM | Latvijas Pediatru asociācija, ārstniecības iestādes | 2019.gada pirmais pusgads |
| Izvērtēta pediatra kā tiešās pieejamības speciālista ambulatoro pakalpojumu pieejamība bērniem tuvāk dzīvesvietai, kā arī izvērtēts uz brīvprātības principa balstīts ģimenes ārstu prakšu, pediatru u.c. speciālistu sadarbības modelis. | NVD, VM | Latvijas Pediatru asociācija, LĢĀA, LLĢĀA | 2018.gada pirmaispusgads |
| **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. | 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 otrais pusgads  |
| 4.3. | 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. |
| 4.4. | 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.  | VM | BKUS | 2018.gada pirmais pusgads |
| 4.5. | 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. | NVD, VM | BKUS, Profesionālās asociācijas | 2019.gada otrais pusgads |
| Izstrādāti funkcionēšanas traucējumu novērtēšanas un rehabilitācijas uzsākšanas algoritmi jeb pacienta ceļa karte | NVD | BKUS, LRPOA, LĀRA, Profesionālās asociācijas | 2018.gada otrais pusgads |
| Sagatavoti metodiski ieteikumi ģimenes ārstiem un pediatriem par agrīnu bērnu attīstības traucējumu atpazīšanu | NVD | BKUS, LRPOA, LĀRA,Profesionālās asociācijas | 2018.gada otrais pusgads |
| 4.6. | 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  | BKUS, 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 | BKUS, 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. | NVD | BKUS,NRC “Vaivari” | 2020.gada otrais pusgads |
| 4.7. | 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 | NVD, VM, | LRPOA, LĀRA, Profesionālās asociācijas | 2018.gada pirmais pusgads |
| Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem NA. | VM | NVD | 2018.gada otrais pusgads |
| 4.8. | 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 | NVD | BKUS, LRPOA, LĀRA,Profesionālās asociācijas | 2018.gada otrais pusgads |
|  |  | Izvērtēta iespēja nodrošināt operatīvu datu ievadi e–veselības sistēmā, tai skaitā SFK-BJ[[48]](#footnote-49) koda iekļaušana pacienta datos un medicīniskajos dokumentos. | Sagatavoti priekšlikumi rehabilitācijas dinamiskās novērošanas programmas ievadei e-veselības sistēmā.  | NVD  | Profesionālās asociācijas | 2020.gada otrais pusgads |

Ministru prezidents Māris Kučinskis

Veselības ministre Anda Čakša

Iesniedzējs: Veselības ministre Anda Čakša

  Vīza: Valsts sekretārs Aivars Lapiņš

1. ieskaitot papildu valsts budžeta finansējumu 15 milj. EUR apmērā PSKUS A 2 korpusa būvniecības projektam [↑](#footnote-ref-2)
2. Sieviete sešas nedēļas pēc dzemdībām, Dzemdniecība profesores Daces Rezebergas redakcijā. SIA “Medicīnas apgāds”, 2016 [↑](#footnote-ref-3)
3. CSP dati [↑](#footnote-ref-4)
4. PVO *European Health for All* datubāze [↑](#footnote-ref-5)
5. SPKC. Statistikas dati par 2016.gadu [↑](#footnote-ref-6)
6. Eurostat 2015.gada dati [↑](#footnote-ref-7)
7. Iedzīvotāju reproduktīvā veselība. Pārskats par situāciju Latvijā (2003. – 2011.) [↑](#footnote-ref-8)
8. UNESCO “*Cost and Cost-Effectiveness Analysis of School-Based Sexuality Education Programmes in Six Countries”* - http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002116/211604e.pdf [↑](#footnote-ref-9)
9. Neinfekciju slimības – saslimstība, mirstība, riska faktori. Situācija Latvijā 2006.-2015.gadā. SPKC, 2016 [↑](#footnote-ref-10)
10. Eiropas savienības struktūrfondu Nacionālās programmas „darba tirgus pētījumi” Projekts „Labklājības ministrijas pētījumi” “Bezdarba un sociālās atstumtības Iemesli un ilgums” Latvijas Universitātes aģentūra „LU Filozofijas un socioloģijas institūts” Biedrība „Baltic International Centre for Economic Policy Studies” SIA „Socioloģisko pētījumu institūts” 2007 [↑](#footnote-ref-11)
11. Vaccines against influenza WHO position paper – November 2012 [↑](#footnote-ref-12)
12. Omer SB et al. Maternal influenza immunization and reduced likelihood of prematurity and small for gestational age births: a retrospective cohort study. PLoS Medicine, 2011, 8:e1000441

Creanga AA et al. Severity of 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus infection in pregnant women. Obstetrics and Gynecology, 2010, 115:717–726. [↑](#footnote-ref-13)
13. 6 Nair H et al. Global burden of respiratory infections due to seasonal influenza in young children: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, 2011, 378:1917–1930. [↑](#footnote-ref-14)
14. Neuzil KM et al. The effect of influenza on hospitalizations, outpatient visits, and courses of antibiotics in children. New England Journal of Medicine, 2000, 342:225–231 [↑](#footnote-ref-15)
15. 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-16)
16. Veselību ietekmējošo paradumu pētījumi. Slimību profilakses un kontroles centrs. https://www.spkc.gov.lv/upload/spkcresearchfailicol/petijuma\_zinojums\_mutes\_veseliba.pdf [↑](#footnote-ref-17)
17. https://www.spkc.gov.lv/upload/spkcresearchfailicol/petijuma\_zinojums\_mutes\_veseliba.pdf [↑](#footnote-ref-18)
18. Mutes veselības pētījums skolēniem Latvijā, 2015./2016.g.m.g., SPKC https://www.spkc.gov.lv/upload/spkcresearchfailicol/petijuma\_zinojums\_mutes\_veseliba.pdf [↑](#footnote-ref-19)
19. NVD dati uz 2017.g.martu [↑](#footnote-ref-20)
20. Papildus informācija par izbraukumu plānošanu pieejama SPKC mājaslapā https://spkc.gov.lv/lv/tavai-veselibai/mobila-zobarstnieciba/ [↑](#footnote-ref-21)
21. Ministru kabineta 2012.gada 21.augusta noteikumi Nr.573 „Grozījumi 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība””; [↑](#footnote-ref-22)
22. Datu avots: SPKC; [↑](#footnote-ref-23)
23. http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/grutnieciba-un-dzemdibas [↑](#footnote-ref-24)
24. Pasaules Banka “Slimnīcu apjomi un aprūpes kvalitātes Latvijā” [↑](#footnote-ref-25)
25. 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-26)
26. Noteikumu Nr.1529 11.1. apakšpunkts; [↑](#footnote-ref-27)
27. Ienākumi un dzīves apstākļi Latvijā 2016. gadā, 2017., Centrālā statistikas pārvalde, http://www.csb.gov.lv/sites/default/files/publikacijas/2017/nr\_14\_ienakumi\_un\_dzives\_apstakli\_latvija\_2016\_17\_00\_lv\_en.pdf [↑](#footnote-ref-28)
28. Pasaules Banka “Slimnīcu apjomi un aprūpes kvalitātes Latvijā”; [↑](#footnote-ref-29)
29. Pasaules Banka “Slimnīcu apjomi un aprūpes kvalitātes Latvijā”; [↑](#footnote-ref-30)
30. http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/ligumu-paraugi/stacionaro-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraugs; [↑](#footnote-ref-31)
31. European Health for All database (HFA-DB); WHO/Europe, July 2016; [↑](#footnote-ref-32)
32. 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-33)
33. Zīdaiņu mirstība – pirmajā dzīves gadā mirušo bērnu skaits no 1000 dzīvi dzimušiem, ), Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2015, Terminu skaidrojumi; [↑](#footnote-ref-34)
34. European Health for All database (HFA-DB); WHO/Europe, July 2016; [↑](#footnote-ref-35)
35. European Perinatal health report 2010. <http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf> [↑](#footnote-ref-36)
36. Ministru kabineta 2006.gada 4.aprīļa noteikumu Nr.265 “Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība” 41.pielikums [↑](#footnote-ref-37)
37. 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; [↑](#footnote-ref-38)
38. 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-39)
39. 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-40)
40. 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-41)
41. Raitakan O et all. The Cardiovascular risk in Yuong Finns study 2004, *Acta Paediatr* 446: 34-42; [↑](#footnote-ref-42)
42. Oliveira F L C et al. Atherosclerosis prevention and treatment in children and adolescents. *Expert Rev Ther* 2010; 8(4): 513-528; [↑](#footnote-ref-43)
43. Infections Related to the Upper and Middle Airways. Long, Sarah S. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, Fifth edition (2017). Chapter 28, 208-215.

The Common Cold. Long, Sarah S. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, Fifth edition (2017). Chapter 26, 199-202.

Pharyngitis. Long, Sarah S. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, Fifth edition (2017). Chapter 27, 202-208.

Decision-Making Algorithms: The Common Cold. Karen J. Marcdante and Robert M. Kliegman. Nelson Essentials of Pediatrics. Seventh edition (2015). Chapter 102, 346-347; Pharyngitis. Karen J. Marcdante and Robert M. Kliegman. Nelson Essentials of Pediatrics. Seventh edition (2015). 103, 347-349. [↑](#footnote-ref-44)
44. Apstiprināts ar MK 2017.gada 7.augusta rīkojumu Nr.394, http://polsis.mk.gov.lv/documents/5973 [↑](#footnote-ref-45)
45. Ministru kabineta 2006.gada 4.aprīļa noteikumu Nr.265 “Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība” 12.pielikums [↑](#footnote-ref-46)
46. Valsts statistikas pārskats „Pārskats par bērnu veselības stāvokli”, SPKC , 2014 [↑](#footnote-ref-47)
47. Klīniskais audits - ārstniecības  pilnveides process, kas ietver  sistemātisku un regulāru pacientu ārstniecības (profilakse, diagnostika un ārstēšana, medicīniskā rehabilitācija un pacienta aprūpe)  un tās rezultātu  novērtēšanu pēc precīzi definētiem  kritērijiem. [↑](#footnote-ref-48)
48. Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija bērniem un jauniešiem [↑](#footnote-ref-49)