



Finansē  
Eiropas Savienība  
NextGenerationEU



Nacionālais  
attīstības plāns

# Integrētās veselības aprūpes modeļu rekomendācijas

*Eiropas Savienības Atveseļošanas fonda projekta Nr.  
4.1.1.r.0/1/22/I/VM/001 “Ieteikumu izstrāde integrētas veselības  
aprūpes attīstībai” ietvaros*

# Aktualitāte

Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums, kas raksturo sabiedrības veselību un valsts veselības sistēmas attīstību kopumā un ko var uzskatīt kā universālu indikatoru daudziem izaicinājumiem veselības jomā gan no pacienta, gan institucionālās perspektīvas 73,4 gadiem un aizvien ir trešais mazākais ES un 6,7 gadus mazāks par ES vidējo rādītāju, kas ir 80,1 gads

Priekšlaicīga mirstība, kas raksturo novēršamus nāves cēloņus, Latvijā ir viena no augstākajām ES. Latvijā ik gadu nomirst aptuveni 28 tūkstoši cilvēku (2019. – 27479 ; 2018. – 28525), no kuriem gandrīz katrs ceturtais miris priekšlaicīgi, t.i., nerasniedzot 65 gadu vecumu (2019. – 22%). Savukārt katrs piektais (2019. – 19%) no priekšlaicīgi mirušajiem ir miris vecumā līdz 44 gadiem

Latvijā daļa iedzīvotāju nevar piekļūt veselības aprūpei, kad tā ir nepieciešama finansiālu apstākļu dēļ un ilgu gaidīšanas rindu dēļ uz valsts līdzfinansēto pakalpojumu (uz atsevišķiem veselības aprūpes pakalpojumiem – līdz pat 9 mēnešiem)

Galvenie nāves cēloņi Latvijā ir sirds un asinsvadu saslimšanas un onkoloģiskas saslimšanas. Standartizētā mirstība no sirds asinsvadu saslimšanām Latvijā 2019.gadā bija trešā augstākā ES - 289,47 nāves gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju, kamēr ES vidējais rādītājs bija 3,7 reizes mazāks (78,14) . Latvijā ir viens no augstākajiem 30 dienu mirstības rādītājiem pēc uzņemšanas slimnīcā pēc akūta miokarda infarkta un insulta . Insults ir otrais izplatītākais nāves cēlonis un trešais visbiežākais invaliditātes cēlonis visā pasaulē

Vidējais gultas dienu skaits uz 1 pacientu 2021.gadā bija 8,1 diena, maksimālo skaitu sasniedzot Veselības ministrijas pakļautībā esošās slimnīcās - 10,0 dienas. Privātās slimnīcās šis rādītājs ir 5,1 diena. Vidējais gultas dienu skaits ES 2020.gadā (dati no 21 valsts) visu profilu gultās bija 7,7 dienas

# Pacientu citāti

“... Kad paliek 18 gadi, manam bērnam ir jāpierāda atkal, ka viņš nav vesels. Un tieši JĀPIERĀDA... tāda ir tā sajūta, kaut arī dati jau visi ir pieejami.”

“... Izmeklējumi prasa laiku, jo garas rindas, un tad dzirdams sakrālais teiciens: “Kur jūs bijāt agrāk? Kā jūs tā ielaidāt?””.  
“Kur bijām agrāk?”- Rindā!

“... Nav koordinatora, pie kā vērsties, lai noorientētos sistēmā, nepieciešamajos pakalpojumos.”

“...paveicas, ja ir labs ģimenes ārsts, citādi, saprast, ko un kā darīt ar gulošu pacientu, ļoti grūti, it īpaši, ja tuvinieki arī ir gados...”

# Priekšnosacījumi IVA



## DIGITALIZĀCIJA

- E-veselības risinājumi
- Digitālā pacienta kartiņa un veselības ieraksti
- Vienota pierakstu sistēma



## NORMATĪVAIS REGULĒJUMS,

kas atbalsta inovatīvus risinājumus, t.sk. telemedicīnu un attālinātus risinājumus



## ELASTĪBA JAUNU LOMU IEVIEŠANĀ

un to apmaksas modeļos



## VIENOTS STRATĒĢISKS VIRZIENS

Vērtībās un pacientu pieredzē balstīta pieeja

**Virsmērķis:** pakalpojuma kvalitātes uzlabošana un pacientu vajadzībām atbilstošas integrētas veselības aprūpes risinājumu un pakalpojumu ieviešana, uzsvaru liekot uz organizēšanu, administrēšanu, koordinēšanu

Integrētās veselības aprūpes modeļu rekomendācijas tika izstrādātas balstoties uz integrētās aprūpes principiem, kas risina identificētās problēmas:

- pēctecības trūkums veselības aprūpē;
- sadarbības trūkums starp organizācijām, komandām vai profesiju pārstāvjiem;
- minimāla pacientu un viņu ģimeņu iesaiste veselības aprūpē;
- negatīva pacientu pieredze komunikācijā ar veselības aprūpes personālu.

*Visi modeļi izstrādāti tādā detalizācijas pakāpē, kas ļauj tos realizēt kā izmēģinājuma projektus konkrētām pacientu grupām, lai pēc tam, veicot nepieciešamās korekcijas un pielāgojumus, un apzinot risinājuma izmaksas, ieviestu kā sistēmiskus risinājumus arī citām pacientu grupām*

*Ceļš uz integrētu veselības aprūpi ir viens no risinājumiem, lai nodrošinātu efektīvu veselības aprūpes sistēmu, kuras uzmanības centrā ir pacienta pieredze un veselības aprūpes iznākumi.*

# Pacientu sājpu punkti

Galvenās problēmas no pacientu perspektīvas

**PACIENTS KĀ INFORMĀCIJAS  
UN DATU NESĒJS STARP  
SPECIĀLISTIEM UN IESTĀDĒM**

**PACIENTA VADĪTS UN VIRZĪTS  
APRŪPES PLĀNS**

Robu izmantošana, pakalpojumu  
saņemšanas disbalanss, Diskriminācijas riski

**PAKALPOJUMU PIEEJAMĪBA**

Speciālistu trūkums, rindu garums

**IZRAKSTĪŠANĀS NO  
SLIMNĪCAS KĀ BEIGAS NEVIS  
SĀKUMS VAI TURPINĀJUMS**

**SASNIEDZOT PILNGADĪBU “VISS  
JĀSĀK NO JAUNA”**

Pakalpojumu pieejamība, koordinēšana un  
attiecību veidošana

**PROAKTIVĀTES,  
DINAMISKĀS NOVĒROŠANAS  
UN TELEMEDICĪNAS TRŪKUMS**

**PĒCTECĪBAS TRŪKUMS**

Pieskatīšanas un kontroles trūkums

**ĀRSTS - ĀRSTS  
KOMUNIKĀCIJA UN DATU  
APMAIŅA**

**IEEJAS PUNKTI SUB-AKŪTOS  
GADĪJUMOS**

Izstrādāti trīs detalizēti veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas modeļi

Bērnu ar hroniskām slimībām VA, pārejot uz pieaugušo VA

*Mērķis - nodrošināt koordinētu un efektīvu pacienta pāreju no bērnu veselības aprūpes uz pieaugušo veselības aprūpi.*

«Zilais koridors»  
Pacientu ar hroniskām slimībām sekundārās ambulatorās aprūpes organizācija kā pēctecīgs turpinājums PVA posmam

*Mērķis - nodrošināt koordinētu, efektīvu un dinamisku pacienta virzību veselības aprūpes saņemšanai pie speciālistiem, ārpus plānveida pacientu plūsmas, ar mērķi novērst atkārtotu vai pirmreizēju hospitalizāciju, kā arī efektīvāku slimnīcu gultu noslodzi sekundārajā veselības aprūpē.*

Pēctecīga VA pēc stacionārās aprūpes (rehabilitācija, VA mājās, zemāka līmeņa slimnīcā utml.)

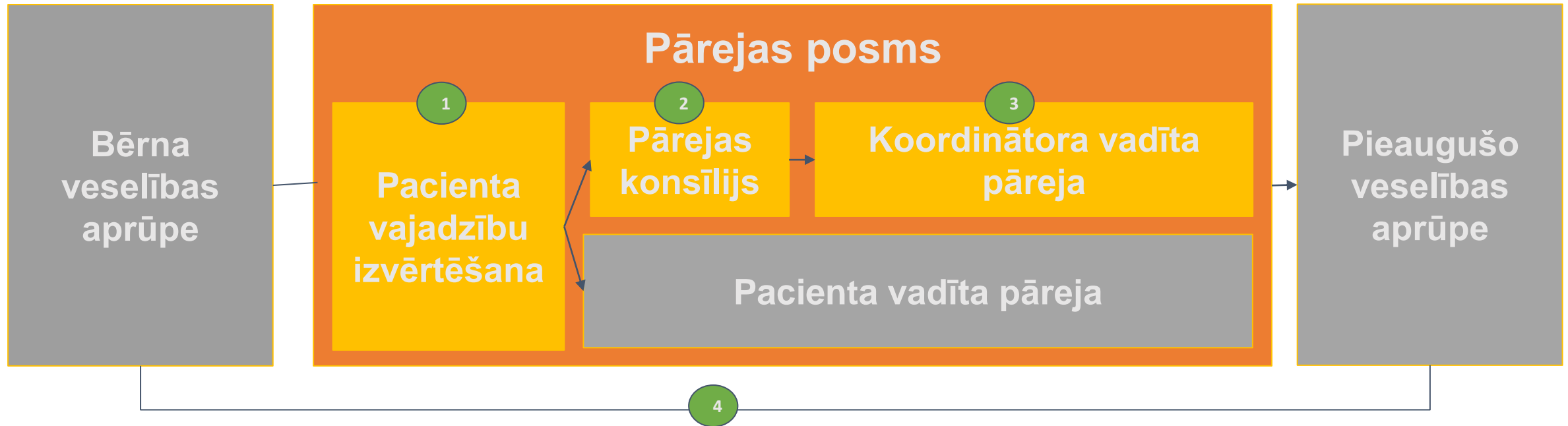
*Nodrošināt efektīvu, uz pacientu centrētu izrakstīšanu no stacionāra ar sekojošu pēctecīgu un koordinētu, pacienta stāvoklim atbilstošu un dinamisku pacienta veselības aprūpi mājās, ambulatori, dienas stacionāros vai zemāka līmeņa stacionārajā veselības aprūpes iestādē, ar nolūku uzlabot pacienta pieredzi un līdziesaisti, kā arī samazināt atkārtotas stacionēšanas riskus īsā un vidējā termiņā pēc stacionēšanās epizodes*

***HRONISKI SLIMU BĒRNU VESELĪBAS  
APRŪPE, PĀREJOT UZ PIEAUGUŠO  
VESELĪBAS APRŪPI***



# Pāreja no bērnu un pieaugušo veselības aprūpi II

*Mērķgrupa - bērni ar endokrīnām saslimšanām*



1 Pacientu izvērtēšana pārejas koordinēšanai

2 Pārejas konsīlijs

3 Koordinātorā loma slimnīcā

4 Pieejamo pakalpojumu kartēšana

# Problēmas, kuras tiek risinātas

Bērnu ar hroniskām slimībām VA, pārejot uz pieaugušo VA

Pārejas laikā pacients vai viņa ģimene ir atbildīgi par sociālo pakalpojumu jautājumu kārtošanu

Valsts kompensējamo zāļu un medicīnas preču klāsts ir atšķirīgs bērniem un pieaugušajiem

Koordinācijas trūkums

Datu apmaiņas un pārneses problēmas

Aprūpes pazaudēšanas risks

Pēctecības trūkums

Informācijas trūkums

Atsevišķi pakalpojumi zaudē valsts finansējumu pieaugušo veselības aprūpē vai nav pieejami

Invaliditātes statusa nepārtrauktība bērnam

***PACIENTU AR HRONISKĀM  
SASLIMŠANĀM SEKUNDĀRĀS  
AMBULATORĀS APRŪPES  
ORGANIZĀCIJA (“ZILAIS KORIDORS”)***



## Problēmas, kuras tiek risinātas

«Zilais koridors»  
Pacientu ar hroniskām  
slimībām sekundārās  
ambulatorās aprūpes  
organizācija kā pēctecīgs  
turpinājums PVA posmam

Samazina stacionārās  
veselības aprūpes izmaksas

Piekluve terciārai aprūpei  
caur neatliekamās  
medicīniskās palīdzības  
starpniecību

Nesavlaicīga veselības  
aprūpes pieejamība un  
nepietiekama veselības  
stāvokļa uzraudzība

Lieka pacienta turēšana  
stacionārā, lai sagaidītu  
speciālistu vai izmeklējumu

Pakalpojumu saņemšana  
neatbilstoša līmeņa  
ārstniecības iestādē

Speciālistu apmierinātība ar  
veselības aprūpes procesu,  
rezultātā motivācijas  
palielināšanās

Samazina novēršamo  
hospitalizāciju skaitu

Formalizē esošo īsceļu  
kārtību, kurā speciālisti un  
to māšas “improvizē”, lai  
dabūtu rindā iekšā  
pacientus

Pacientu apmierinātība ar  
veselības aprūpi un  
informētība

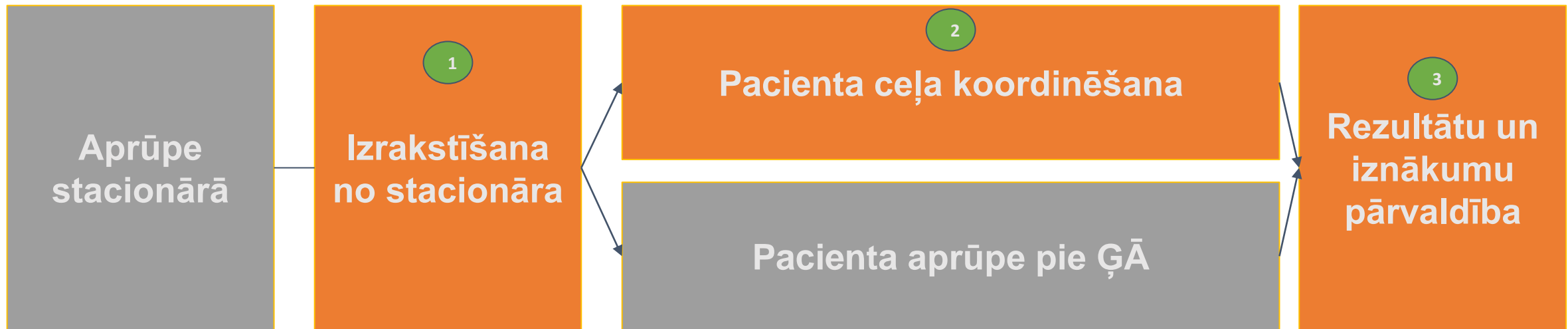
Nelietderīga veselības  
aprūpes resursu  
izmantošana

***PĒCTECĪGA VESELĪBAS APRŪPES  
PAKALPOJUMU ORGANIZĒŠANA PĒC  
STACIONĀRĀS APRŪPES***

# Pēcstacionāra aprūpes koordinēšana II

...

**Mērķgrupa - insulta slimnieki ar rehabilitācijas nepieciešamību**



- 1 “Izrakstīšanās dienests”
- 2 Koordinātoru loma
- 3 Aprūpes plāna mērķu izvērtēšana

# Problēmas, kuras tiek risinātas

Pēctecīga VA pēc stacionārās aprūpes (rehabilitācija, VA mājās, zemāka līmeņa slimnīcā utml.)

Aprūpes pēctecības trūkums

Diagnostisko izmeklējumu dublēšana

Pacientu un speciālistu apmierinātība, līdzestība un motivācija

Veselības aprūpes sasaistes/integrācijas trūkums ar medicīnisko rehabilitāciju un sociālo aprūpi

Pēc stacionāra veselības aprūpe ir pacienta organizēta un vadīta, kas veicina pacienta neefektīvu sistēmas izmantošanu un pacienta resursa neefektīvu pārdalīšanu

Pacienti tiek izrakstīti negatīvi (nav informācijas par turpmāko rīcību, ārstniecības gaitu, pieeju medikamentiem, tehniskajiem palīglīdzekļiem, sociālo atbalstu u.c.)

Pacienti tiek izrakstīti nedroši (nav nodrošināta "droša izrakstīšana" pēc stacionāra)



# Risinājumi

Bērnu ar hroniskām slimībām VA, pārejot uz pieaugušo VA

Izmaiņas normatīvajos aktos

Rekomendācijas pacienta pārejas organizēšanai

Jaunas veidlapas pacienta elektroniskajā veselības kartē

Pārejas koordinators

Pārejas konsīlijs

«Zilais koridors»

Pacientu ar hroniskām slimībām sekundārās ambulatorās aprūpes organizācija kā pēctecīgs turpinājums PVA posmam

Pacientu atlases kritēriji iekļaušanai zilajā koridorā

Zilā koridora koordinators

Ģimenes ārsta komunikācijas un sadarbības kanāli ar speciālistiem/koordinatoru

Specializētie kabineti zilā koridora paātrināšanai reģionos (kardioloģiskie kabineti reģionālajās slimnīcās)

Pacientu viesnīcas risinājums

Pēctecīga VA pēc stacionārās aprūpes (rehabilitācija, VA mājās, zemāka līmeņa slimnīcā utml.)

Izrakstīšanās dienests

Pēc-stacionāra aprūpes koordinators

Pacienta pēc-stacionāra plāns un tā izvērtēšana

Iesaistīto pušu izglītošana, apmācības un atbalsts

Mobils pēc-stacionāra aprūpes mājās pakalpojums

# Būtiskākie ieviešamie risinājumi

Informācijas un komunikācijas risinājumi informācijas aprites nodrošināšanā (e-veselības un telemedicīnas risinājumi)

Pacientu aprūpes vadība jeb koordinācija - tai skaitā jaunu aprūpes lomu ieviešana un vienota aprūpes plāna uzturēšana

Vienota pieeja aprūpei un savstarpējai sadarbībai, kas ietver arī skaidras multidisciplinārās vai starpdisciplinārās komandas speciālistu lomas, mērķus un apmācību par integrēto veselības aprūpi, hroniski slimu pacientu veselības aprūpes koordinēšanu un darbu multi- un starpdisciplinārā komandā

Uzsvars uz proaktīvu sadarbību ar pacientu, tai skaitā kopēju virzību uz prevencijas un agrīnās diagnostikas lomas palielināšanu

Lielāks uzsvars uz primāro veselības aprūpes speciālistu lomu veselības aprūpes koordinēšanu

Jaunu atbalsta infrastruktūru veidošana kopsolī ar veselības aprūpes sistēmu integrāciju, t.sk. investīciju slimnīcu infrastruktūrā plānošanu

# Kontaktinformācija

- *patricija.kradina@vm.gov.lv*
  - *pasts@vm.gov.lv*