



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

Atmaksājami konsultatīvi pakalpojumi:

Atbalsts veselības aizsardzības sistēmas stratēģijas izveidei prioritārajās saslimšanas jomās Latvijā

Veselības veicināšanas pārskats

1. Ievads

Latvija ir maza valsts Centrāleiropas ziemeļos pie Baltijas jūras. Tai ir robežas ar Igauniju, Lietuvu, Baltkrieviju un Krieviju. Kopējais iedzīvotāju skaits – 2,05 miljoni (2013). Aptuveni trešā daļa iedzīvotāju dzīvo galvaspilsētā Rīgā, aptuveni 400 000 – citās astoņās lielpilsētās, pārējie - 110 pašvaldībās. Valsts sadalīta sešos reģionos – Rīgas reģionā, kur mīt gandrīz miljons cilvēku, un vēl piecos reģionos. Divas trešdaļas iedzīvotāju dzīvo pilsētu teritorijās un ceturtdaļa iedzīvotāju ir 60 gadus veci vai vecāki. Latvija iestājās Eiropas Savienībā (ES) 2004.gadā, kopā ar pārējām divām Baltijas valstīm – Igauniju un Lietuvu. Valūta ir eiro (kopš 2014.gada). Latvija ir arī NATO dalībvalsts. Atbilstoši Pasaules Bankas klasifikācijai, Latvija klasificēta kā augstu ienākumu valsts ar valsts kopproduktu uz vienu iedzīvotāju sasniedzot 22 970 ASV dolāru (koriģēta pirktspēja).

Latvijas Nacionālajā attīstības plānā 2014.-2020.gadam (NAP2020) definēts „ekonomiskais izrāviens” kā galamērķis, kas nozīmē visu Latvijas iedzīvotāju labklājību un nacionālās ilgtspējības sekmēšanu. Trīs prioritātes noteiktas kā ilgtspējīgas izaugsmes pamatprincipi: „Tautsaimniecības izaugsme”, „Cilvēka drošums” un „Izaugsmi atbalstošas teritorijas”. Prioritāte „Cilvēka drošums” ietver darbības sfēru „Vesels un darbaspējīgs cilvēks”, kur noteikti pasākumi veselīga un aktīva dzīvesveida paradumu nostiprināšanai un veselības aprūpes sistēmas attīstībai.

Kopš neatkarības atgūšanas 1991.gadā Latvija pieredzējusi vidējā dzīves ilguma pagarināšanos, tomēr vēl aizvien atpaliek no kaimiņiem un citām ES valstīm attiecībā uz jaundzimušo paredzamo mūža ilgumu un mātes un perinatālo mirstību. Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2011.-2017.gadam un vēlāk izstrādātajās Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.-2020.gadam identificētas četras galvenās veselības prioritātes: sirds un asinsvadu slimības (SAS), onkoloģiskās slimības, mātes un perinatālā mirstība un garīgā veselība.

Nesen Veselības ministrija nākusi klajā ar plānu līdz 2065.gadam pārvērst Latviju par valsti, kuras tauta būtu viena no visveselīgākajām pasaulē, un sasniegt šo mērķi, koncentrējoties uz veselības reformas četriem pīlāriem: veselīga pārtika, kaitīgu ieradumu novēršana, profilaktiska veselības aprūpe un fiziskās aktivitātes. Veselības veicināšanas aktivitātēm un programmām būs izšķiroša loma minēto mērķu sasniegšanā un reformas īstenošanā.

2. Šī pārskata mērķi un organizācija

Saskaņā ar Vienošanos par atmaksājamiem konsultatīviem pakalpojumiem (AKP), Pasaules Banka sniedz plaša diapazona analītiskos pakalpojumus, lai atbalstītu Latvijas Republikas Nacionālo veselības dienestu (NVD) tā centienos samazināt četru galveno slimību slogu.

Konkrētāk, Pasaules Bankas mērķis ir palīdzēt Nacionālajam veselības dienestam (NVD): (i) identificēt veselības sistēmas vājo vietu nozīmīgumu un daudzumu, (ii) noteikt novērojamo vājo vietu pamatproblēmas un cēloņus, un (iii) noteikt risinājumus un izveidot instrumentus to īstenošanai.

Kā daļu no AKP, NVD kopā ar Latvijas Republikas Veselības ministriju (VM) un Latvijas Slimību profilakses un kontroles centru (SPKC) lūdzis Pasaules Bankas komandu pārskatīt veselības veicināšanas programmu attiecībā uz četrām galvenajām saslimšanām.

Latvijas valdība īpaši ieinteresēta saņemt visaptverošu izvērtējumu par šādiem jautājumiem:

- (i) Latvijas veselības veicināšanas programmas organizatoriskā struktūra,
- (ii) Plānotās veselības veicināšanas un slimību profilakses aktivitātes, un
- (iii) veselības veicināšanas izvērtēšanas ietvars.

Saistībā ar plānotajām veselības veicināšanas aktivitātēm tādās jomās kā veselīgs uzturs, fiziskās aktivitātes, garīgā veselība, seksuālā un reproduktīvā veselība, krūts zīdīšanas veicināšana, traumatisma profilakse, infekcijas slimību profilakse un atkarību izraisīto vielu lietošanas/atkarību izraisīto procesu samazināšana Latvijas valdība ir ieinteresēta, vai šīs aktivitātes ir visatbilstošākie pasākumi, lai palīdzētu tikt galā ar slimību slogu, kas izriet no galvenajām slimībām, kā tas pierādīts saskaņā ar starptautiski labākajām praksēm.

Tāpat tā arī vēlētos saprast, vai ierosinātais pašvaldību izvērtēšanas ietvars ir piemērots, ņemot vērā citu valstu pieredzi un mazo iedzīvotāju skaitu daudzās no Latvijas 119 pašvaldībām. Valdība īpaši meklē specifiskus piemērus, labākās prakses piemērus un materiālus/instrumentus, kas koncentrētos uz „kā izdarīt tā, lai”.

Pārskata pamatā būs SPKC sniegtie dokumenti, kas aptver šādas sfēras:

- (i) veselības veicināšanas politika Latvijā,
- (ii) plānotās aktivitātes laika posmā no 2014. līdz 2020.gadam (daļa no Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2011.-2017.gadam),
- (iii) kritēriji veselības izvērtēšanai vietējā līmenī, un
- (iv) Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.-2017.gadam.

Pārskats organizēts šādi: 3.nodaļā ieskicēts analītiskais ietvars, kas tiks ievērots, izvērtējot Latvijas veselības veicināšanas programmu, 4.nodaļā sniegts pārskats par pieejamajiem datiem un informāciju par valsts slimību slogu, 5.nodaļā sniegti starptautiskās labās prakses piemēri par to, kā tikt galā ar slimību slogu, 6.nodaļā izvērtēti Latvijas veselības veicināšanas programmas dažādi komponenti, 7.nodaļā sniegts konstatējumu kopsavilkums un 8.nodaļā uzskaitīti ieteikumi pilnveidojumiem.

3. Analītiskais ietvars

Lai izvērtētu Latvijas veselības veicināšanas programmas struktūru, tiks pārbaudīti šādi programmas galvenie elementi:

- **Mērķi** – Vai veselības veicināšanas politikas mērķi atbilst valsts slimību sloga epidemioloģiskajiem datiem?
- **Institucionālais ietvars** – Vai ir skaidri organizēts institucionālais ietvars veselības veicināšanai?

- **Mērķauditorijas** – Vai veselības veicināšanas programma aptver atbilstošas iedzīvotāju grupas, ieskaitot sociāli atstumtās grupas?
- **Veselības veicināšanas aktivitātes** – Vai izmantota visaptveroša veselības veicināšanas pieeja, kas atbilst starptautiski atzītajām labākajām praksēm?
- **Riska faktori** – Vai veselības veicināšanas aktivitāšu ir mērķētas uz attiecīgiem riska faktoriem un ir saskaņā ar slimību slogu?
- **Izvērtēšanas ietvars** – Vai izveidots skaidrs izvērtēšanas ietvars un noteikti atbilstoši rādītāji gan pašvaldību, gan valsts līmenī? Vai ir izmantotas dažādas monitorēšanas un izvērtēšanas pieejas (ieskaitot ietekmes izvērtēšanu)?

Lai pienācīgi izvērtētu Latvijas veselības veicināšanas programmas mērķus un plānotās aktivitātes, vispirms rūpīgi jāanalizē pašreiz pieejamie dati un informācija par (i) slimību slogu (un attiecīgu riska faktoru līmeņiem) un (ii) starptautiski labākās veselības veicināšanas prakses. Šīs analīzes gaitā iegūtie konstatējumi sniegti divās turpmākajās nodaļās.

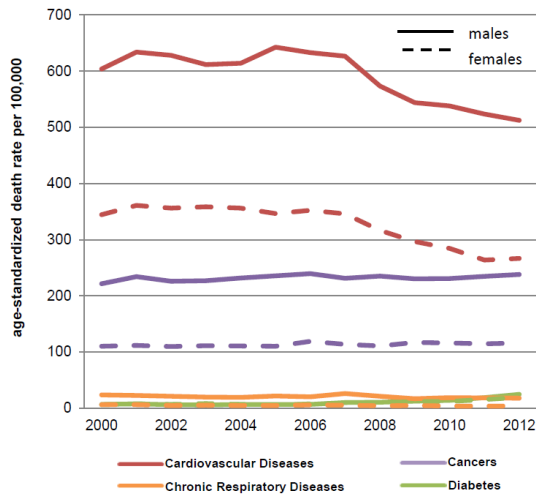
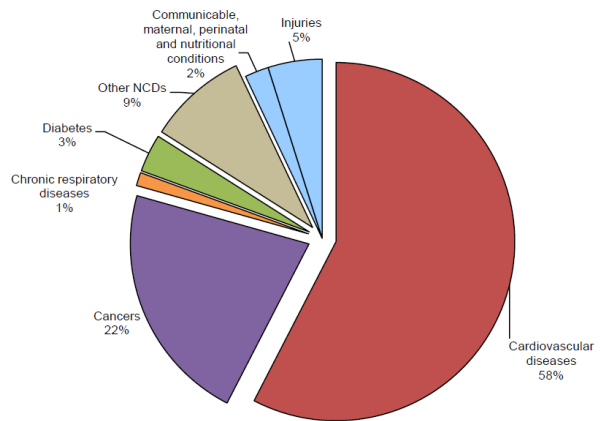
4. Kas ir galvenie slimību sloga veidotāji Latvijā, kuri ir visbūtiskākie veselības veicināšanas programmai?

Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2011.-2017.gadam norādītas SAS, vēzis, garīgā veselība un mātes un perinatālā mirstība kā četras galvenās jomas veselības veicināšanā. Šajā nodaļā pārskatīti dati, kas pieejami par četrām minētajām jomām, ieskaitot atbilstošu riska faktoru līmeņus, un pētīts, kāda ir situācija Latvijā salīdzinājumā ar citām ES dalībvalstīm.

(i) Sirds un asinsvadu slimības un vēzis

Išēmiskā sirds slimība ir galvenais nāves iemesls, kopumā esot cēlonis trešajai daļai (33%) letālu gadījumu (2012). Tai seko insults (15%), hipertensija (4,2%), diabēts (3,4%), plaušu vēzis (3,4%) un resnās zarnas un taisnās zarnas vēzis (2,5%) (WHO NCD Country Profiles – Pasaules Veselības organizācijas (PVO) Dati par situāciju valstīs saistībā ar neinfekcijas slimībām (NIS)). Sievietēm krūts vēzis ir visizplatītākais vēža veids. Lai gan mirstība SAS dēļ (standartizēta pēc vecuma) pēdējo desmit gadu laikā ir samazinājusies, tā vēl aizvien ir ļoti augsta - 505 no 100 000 vīriešiem 280 no 100 000 sievietēm 2012.gadā. Pēc vecuma standartizētā mirstība no vēža saglabājusies salīdzinoši stabilā līmenī kopš 2000.gada sākuma.

SAS un diabēts ir kopējā slimību sloga visnozīmīgākais cēlonis, rēķinot invaliditātes koriģētajos dzīves gados (DALYs). Seko vēzis, neiropsihiatriskie veselības stāvokļi, citas neinfekcijas slimības un nejauši savainojumi. 2012.gadā jaundzimušo paredzamais dzīves ilgums vīriešiem bija 69 gadi, sievietēm - 79 gadi. Varbūtība nomirt pirms 70 gadu vecuma, pamatā – novēršama mirstība, vīriešiem sasniedz 61%, sievietēm - 31%. Ceturtdaļa visu nāves gadījumu cēloņi vecuma posmā no 30 līdz 70 gadiem ir četras galvenās neinfekcijas slimības (SAS, vēzis, elpošanas orgānu hroniskās slimības un diabēts).

Age-standardized death rates**Proportional mortality (% of total deaths, all ages, both sexes)**

Total deaths: 29,000
NCDs are estimated to account for 93% of total deaths.

Age-standardized death rates – Standartizētās pēc vecuma mirstības koeficienti

Age-standardized death rate per 100,000 – Standartizētās pēc vecuma mirstības koeficienti uz 100 000

Males – Vīrieši

Females – Sievietes

Cardiovascular diseases – Sirds un asinsvadu slimības

Chronic respiratory diseases – Elpošanas orgānu hroniskas slimības

Cancers – Vēzis, onkoloģiskās slimības

Proportional mortality (% of total deaths, all ages, both sexes) – Mirstības proporcijas (% daļa no kopējās mirstības, visiem vecumiem, abiem dzimumiem)

Injuries – Ievainojumi

Cardiovascular diseases – Sirds un asinsvadu slimības

Cancers – Vēzis, onkoloģiskās slimības

Chronic respiratory diseases – Elpošanas orgānu hroniskas slimības

Diabetes – Diabēts

Other NCDs – Citas neinfekcijas slimības

Communicable, maternal, perinatal and nutritional conditions – Infekcijas slimības, mātes un perinatālā mirstība un uzturs

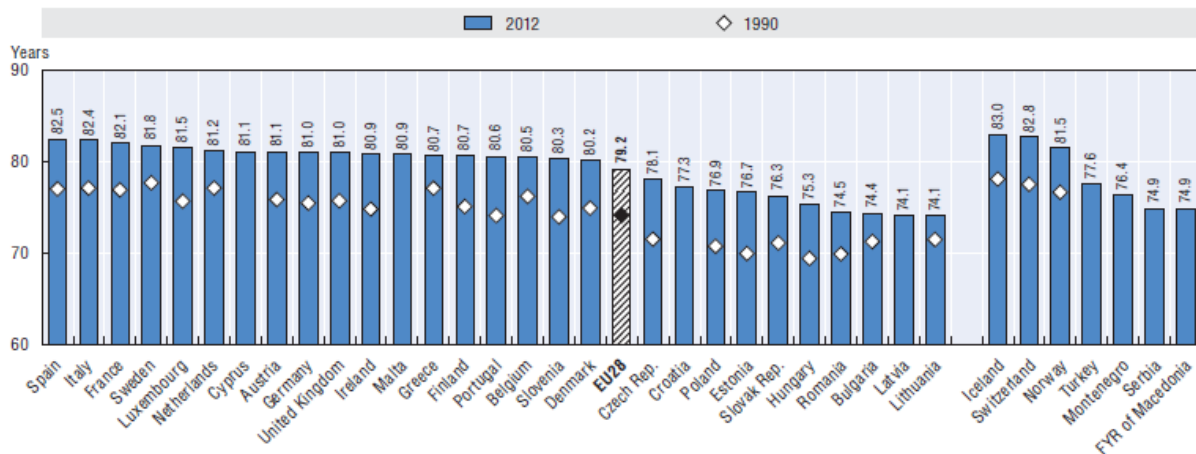
Total deaths: 29,000 – Kopējā mirstība: 29 000

NCDs are estimated to account for 93% of total deaths – Aprēķināts, ka neinfekcijas slimības ir nāves cēlonis 93% gadījumu no kopējiem mirstības rādītājiem

Data source: WHO NCD Country Profiles – Datu avots: PVO dati par situāciju valstīs saistībā ar NIS

Starp 35 Eiropas valstīm (28 ES dalībvalstīm un 7 citām valstīm) 2012.gadā visīsākais jaundzimušo paredzamais dzīves ilgums bija Latvijā (vīriešiem un vīriešiem un sievietēm kopā) un Lietuvā. Latvijas sievietēm, salīdzinājumā ar citām Eiropas sievietēm, bija ceturtais īsākais paredzamais mūža ilgums.

1.1.1. Life expectancy at birth, 1990 and 2012



Source: Eurostat Statistics Database completed with data from OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Life expectancy at birth, 1990 and 2012 – Jaundzimušo paredzamais dzīves ilgums, 1990. un 2012.gads

Years - Gadi

Spain – Spānija

Italy – Itālija

France – Francija

Sweden – Zviedrija

Luxembourg – Luksemburga

Netherlands – Nīderlande

Cyprus – Kipra

Austria – Austrija

Germany – Vācija

United Kingdom – Apvienotā Karaliste

Ireland – Īrija

Malta – Malta

Greece - Grieķija

Finland – Somija

Portugal – Portugāle

Belgium – Beļģija

Slovenia – Slovēnija

Denmark - Dānija

EU28 – ES28

Czech Rep. – Čehijas Republika

Croatia – Horvātija

Poland – Polija

Estonia – Igaunija

Slovak Rep. – Slovākijas Republika

Hungary – Ungārija

Romania – Rumānija

Bulgaria – Bulgārija

Latvia – Latvija

Lithuania – Lietuva

Iceland – Islande

Switzerland – Šveice

Norway – Norvēģija

Turkey – Turcija
 Montenegro – Melnkalne
 Serbia – Serbija
 FYR of Macedonia – Bijusī Dienvidslāvijas Republika Maķedonija

Source: Eurostat Statistics Database completed with data from OECD Health Statistics 2014, ... – Avots: Eurostat Statistics Database (Eurostat statistikas datubāze), kas papildināta ar datiem no OECD Health Statistics 2014 (Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas Veselības statistikas 2014), ...

Turpmāk sniegtajā tabulā galveno slimību sloga veidotāju Latvijā rādītāji salīdzināti ar tādiem pašiem rādītājiem piecās citās tā paša reģiona valstīs – divās Baltijas kaimiņvalstīs – Igaunijā un Lietuvā, un trīs Ziemeļvalstīs – Somijā, Zviedrijā un Dānijā.

Tabula: Slimību sloga Latvijā izvēlētie rādītāji salīdzināti ar tā paša reģiona piecu valstu rādītājiem.

Veselības rādītājs	Jaundzimušo paredzamais dzīves ilgums (gadi)		Sirds un asinsvadu slimības kā nāves cēlonis (uz 100 000)		Vēzis kā nāves cēlonis (uz 100 000)		Priekšlaicīgas nāves iespējamība (%)	
	vīrieši	sievietes	vīrieši	sievietes	vīrieši	sievietes	vīrieši	sievietes
Dānija	78	82	140	85	180	140	35	24
Igaunija	71	81	395	200	210	100	53	24
Somija	78	84	200	100	130	85	34	18
Latvija	69	79	505	280	270	105	61	31
Lietuva	68	80	450	240	220	100	60	29
Zviedrija	80	84	170	105	130	100	26	18

Data source: WHO Country Profiles – Datu avots: PVO dati par situāciju valstīs

Starp sešām valstīm – Ziemeļvalstīm un Baltijas Valstīm – Latvijai ir vīriešiem otrais īsākais jaundzimušo paredzamais dzīves ilgums un visīsākais jaundzimušo paredzamais dzīves ilgums sievietēm. Vīriešiem visās Baltijas Valstīs ir aptuveni desmit gadus īsāks paredzamais dzīves ilgums salīdzinājumā ar viņu ziemeļu kaimiņiem. Sievietēm atšķirība ir mazāka – tā svārstās no trim līdz pieciem gadiem. Baltijas valstīs atšķirība starp dzimumiem saistībā ar paredzamo dzīves ilgumu ir 10-12 gadi salīdzinājumā ar 4-6 gadiem Ziemeļvalstīs. Standartizētā pēc vecuma SAS izraisītā mirstība Latvijā ir visaugstākā starp šīm sešām valstīm un divas līdz trīs reizes augstāka salīdzinājumā ar Ziemeļvalstīm. Vēža izraisīta mirstība ir visaugstākā starp vīriešiem un otrā augstākā starp sievietēm. Gandrīz divas trešdaļas (61%) Latvijas vīriešu un gandrīz viena trešdaļa (31%) Latvijas sieviešu nesasniedz 70 gadu vecumu.

SAS, vēzim un citām neinfekcijas slimībām ir daži kopīgi riska faktori, proti, tabakas smēķēšana, neveselīgs uzturs, nepietiekamas fiziskās aktivitātes un kaitīgs alkohola patēriņš, un to radītās fiziskās un bioloģiskās sekas – tādas kā aptaukošanās, augsts asinsspiediens, un augsts holesterīna un glikozes līmenis, kas galu galā kļūst par klīniskas slimības cēloni.

Arī riska faktoru izplatība Latvijā ir augsta. Tabulā redzami četru riska faktoru rādītāji – tabakas smēķēšana, kopējais alkohola patēriņš, paaugstināta asinsspiediena izplatība un aptaukošanās izplatība – sešās valstīs – Ziemeļvalstīs un Baltijas Valstīs. Smēķēšana vīriešu vidū ir ievērojami izplatītāka parādība Baltijas valstīs salīdzinājumā ar Ziemeļvalstīm. Gandrīz puse Latvijas vīriešu ir smēķētāji. Starp sievietēm atšķirības ir mazākas un Latvijas sievietēm smēķēšanas rādītājs ir tajā pašā līmenī vai pat zemākā nekā Ziemeļvalstīs. Starp vīriešiem alkohola patēriņš Latvijā ir otrais augstākais rādītājs – pēc

Lietuvas. Paaugstināts asinsspiediens ir izplatītāks Baltijas valstīs salīdzinājumā ar Ziemeļvalstīm. Aptaukošanās ir izplatītāka Baltijas valstīs un Somijā nekā Dānijā un Zviedrijā.

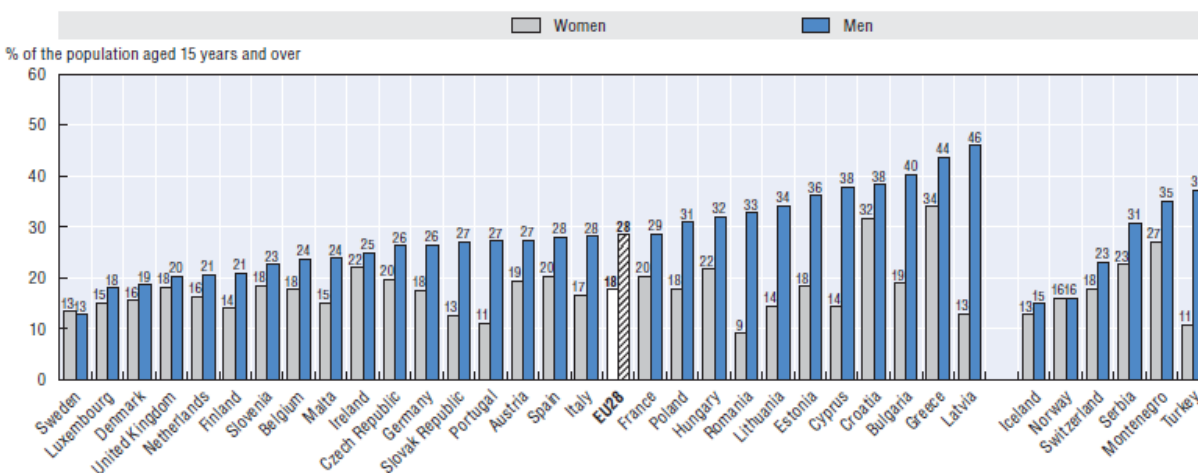
Tabula: Izvēlētie neinfekcijas slimību riska faktori Latvijā salīdzinājumā ar šādiem rādītājiem tā paša reģiona citās piecās valstīs.

Riska faktors	Tabakas smēķēšana (%)		Alkohola patēriņš uz iedzīvotāju (litri)		Paaugstināts asinsspiediens (%)		Aptaukošanās (%)	
	vīrieši	sievietes	vīrieši	sievietes	vīrieši	sievietes	vīrieši	sievietes
Dānija	30	27	16,1	6,9	30,5	21,0	18,7	17,6
Igaunija	43	21	16,2	5,3	50,6	43,0	20,9	20,4
Somija	27	20	17,5	7,3	38,9	30,3	23,3	22,8
Latvija	46	20	19,7	6,3	46,9	41,8	22,4	27,0
Lietuva	43	25	24,4	7,9	47,5	42,9	24,8	29,9
Zviedrija	25	24	12,9	5,5	34,9	26,8	19,9	17,3

Data source: WHO NCD Country Profiles – Datu avots: PVO dati par situāciju valstīs saistībā ar NIS

Zemāk redzamajā attēlā parādīta smēķēšanas izplatība starp pieaugušajiem 35 Eiropas valstīs. Starp vīriešiem smēķēšana visizplatītākā ir Latvijā. Latvijas smēķējošo sieviešu rādītājs ir zemāks par vidējo Eiropas rādītāju (OECD - ESAO).

2.1.2. Gender gap in smoking rates, 2012 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> completed with Eurostat Database (EHIS) and WHO Europe Health for All Database.

Gender gap in smoking rates, 2012 (or nearest year) – Atšķirība starp dzimumiem smēķēšanas koeficientu ziņā, 2012.gads (vai tuvākais gads)

Women – Sievietes

Men - Vīrieši

% of the population aged 15 years and over – 15 gadus sasniegušo un par viņiem vecāku iedzīvotāju % daļa

Sweden – Zviedrija

Luxembourg – Luksemburga

Denmark - Dānija

United Kingdom – Apvienotā Karaliste

Netherlands – Nīderlande
Finland – Somija
Slovenia – Slovēnija
Belgium – Beļģija
Malta – Malta
Ireland – Īrija
Czech Rep. – Čehijas Republika
Germany – Vācija
Slovak Rep. – Slovākijas Republika
Portugal – Portugāle
Austria – Austrija
Spain – Spānija
Italy – Itālija
EU28 – ES28
France – Francija
Poland – Polija
Hungary – Ungārija
Romania – Rumānija
Lithuania – Lietuva
Estonia – Igaunija
Cyprus – Kipra
Croatia – Horvātija
Bulgaria – Bulgārija
Greece - Grieķija
Latvia – Latvija
Iceland – Islande
Norway – Norvēģija
Switzerland – Šveice
Serbia – Serbija
Montenegro – Melnkalne
Turkey – Turcija

Source: *Eurostat Statistics Database* completed with data from *OECD Health Statistics 2014, ...* – Avots: *Eurostat Statistics Database (Eurostat statistikas datubāze)*, kas papildināta ar datiem no *OECD Health Statistics 2014 (Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas Veselības statistikas 2014)*, ...

Saskaņā ar 2012.gadā Latvijas pieaugušo iedzīvotāju vidū veikto Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumu, 52% vīriešu un 17,6% sieviešu ikdienā smēķē, un 5,5% vīriešu un 3,6% sieviešu dažreiz smēķē. Dažādos datu avotos smēķēšanas izplatība zināmā mērā atšķiras, bet galvenais vēstījums ir – smēķēšana ir ir ļoti izplatīta starp Latvijas vīriešiem un šī ieraduma izplatība vīriešu un sieviešu vidū ir ievērojama nekā lielākajā daļā pārējo valstu.

Kaitīgums, ko veselībai nodara smēķēšana, ir labi zināms. Smēķēšana ir galvenais cēlonis tādām slimībām kā plaušu vēzis un daudzi citu vēža veidi, SAS, elpošanas orgānu hroniskas slimības, diabēts un daudzas citas slimības. Mātes smēķēšana kaitīgi ietekmē jaundzimušā mazuļa veselību un piesmēķēta vide ietekmē nesmēķētāju veselību – gan bērnu, gan pieaugušo. Paredzamais dzīvs ilgums smēķētājiem ir aptuveni 10 gadus īsāks salīdzinājumā ar nesmēķētājiem un vairāk nekā puse smēķētāju mirs no slimībām, ko izraisis smēķēšanas ieradums (Banks et al).

Tomēr labā ziņa ir tā, ka pēc smēķēšanas atmešanas saslimšanas un nāves risks ievērojami samazinās. SAS risks samazinās dažu gadu laikā vai pat dažu mēnešu laikā. Arī vēža un elpošanas orgānu hronisko slimību risks samazinās, bet tam nepieciešams ilgāks laiks – parasti vismaz 5-10 gadi. Smēķētājiem, kuri

pārtrauc smēķēt 35 gadu vecumā, ir praktiski tas pats paredzamais dzīves ilgums kā cilvēkiem, kuri nekad nav smēķējuši. Un smēķēšanas atmešana samazina risku jebkurā vecumā – pat ja no šī paraduma atsakās pēc 65 gadu sasniegšanas (Doll et al, Mons et al). Lai samazinātu smēķēšanas rādītājus, jāsteno divas pieejas – jauniešu smēķēšanas uzsākšanas profilakse un palīdzība smēķētājiem atmet šo ieradumu. Jauniešu smēķēšanas uzsākšanas profilakse ir ieguldījums nākotnē, bet veselības ziņā rezultātus var galvenokārt redzēt pēc 20-30 gadiem. Tāpēc, lai samazinātu ar tabaku saistīto saslimstību un mirstību īsākā laika posmā, nākamo desmit gadu laikā, būtiski samazināt smēķēšanu, atmetot to. Turklāt pieaugušo smēķēšana un sabiedrības attieksme pret smēķēšanu ir saistītas ar smēķēšanas uzsākšanu jauniešu vidū.

Būtiski samazināt smēķēšanu, lai Latvijā uzlabotu veselību un samazinātu slimību slogu un mirstību. Galvenās stratēģijas smēķēšanas samazināšanai ir: (1) cenu un nodokļu politika, (2) tabakas izstrādājumu pieejamība (ieskaitot vecuma ierobežojumu tabakas izstrādājumu iegādei), (3) no smēķēšanas dūmiem brīva vide, (4) aizliegums reklamēt, virzīt preci, (5) brīdinājums par kaitīgumu veselībai un vienkāršs iesaiņojums, (6) valsts informatīvās kampaņas, un (7) atbalsts smēķētājiem smēķēšanas atmešanai.

PVO Ietvarkonvencija par tabakas kontroli (The WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)), pirmā globālā vienošanās par sabiedrības veselību, tika izstrādāta kā atbilde tabakas epidēmijas globalizācijai. Tās mērķis ir tikt galā ar epidēmijas cēloņiem, ieskaitot kompleksos faktoros ar pārrobežu ietekmi - tādus kā tirdzniecības liberalizācija un tiešās ārzemju investīcijas, tabakas reklāma, virzīšana un sponsorēšana, pārsniedzot nacionālās robežas, un tabakas izstrādājumu nelikumīga tirdzniecība. Tā aptver gan pieprasījuma puses, gan piegādātāju puses samazināšanas pasākumus. Tā atzīmē zinātnes rastos pierādījumus par tabakas nodarīto kaitējumu, tabakas izstrādājumu reklāmas un virzīšanas, un nelikumīgās tirdzniecības radītos draudus un nepieciešamību sadarboties šo problēmu risināšanai. Konvencijā atzīmēta arī pilsoniskās sabiedrības loma un cilvēktiesības. Konvencija stājās spēkā 2005.gadā, un Latvija tajā pašā gadā ratificēja vienošanos. Pašlaik Konvenciju ratificējušas 180 valstis.

2014.gadā Eiropas Vēža līgu asociācija publicēja salīdzinošu izvērtējumu par tabakas kontroles politiku 34 Eiropas valstīs (Joossens and Raw). Valstu īstenotā tabakas kontroles politika tika klasificēta, pamatojoties uz datiem par dažādu tabakas kontroles aktivitāšu īstenošanu. Latvija, starp 34 salīdzinātajām valstīm, tika ierindota 24.vietā. Iepriekšējā izvērtējumā – 2010.gadā – Latvija tika ierindota 17.vietā, t.i. pēdējos gados Latvija salīdzinoši zaudējusi savu pozīciju tabakas kontroles jomā.

Uzturs – it īpaši patērēto tauku daudzums un tips, uzņemtais sāls (NaCl) daudzums, augļu un dārzeņu patēriņš un uzņemto enerģijas vienību kopējais daudzums – un fiziskās aktivitātes ir galvenie izturēšanās faktori, kas nosaka aptaukošanās, augsta holesterīna līmeņa, augsta asinsspiediena tendenci un iespējamību, ka veidojas 2.tipa diabēts, un rezultātā- SAS. Dati par uzturu un fiziskām aktivitātēm ir salīdzinoši trūcīgi, bet to pamatā ir 2012.gadā Latvijas pieaugušo iedzīvotāju vidū veiktā Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma rezultāti. Saskaņā ar pētījuma rezultātiem, tikai ceturtdaļa vīriešu un 38% sieviešu ikdienā uzturā lieto dārzeņus (svaigus vai termiski apstrādātus). Ikdienā dārzeņus vairāk lieto Rīgā un citās pilsētās nekā lauku rajonos. Lielākā daļa respondentu (87,9% sieviešu un 83,4% vīriešu) maltīšu sagatavošanai izmantoja augu eļļu. Margarīnu izmantoja 5,4% vīriešu un 4,2% sieviešu. Sviestu vai sviestu saturošus produktus izmantoja 4,1% sieviešu un 4,0% vīriešu. Dzīvnieku taukus vai cūku taukus izmantoja 1,5% sieviešu un 2,0% vīriešu. Sviests visbiežāk tika izmantots zīšanai uz maizes (tā to izmantoja 48,1% sieviešu un 39,7% vīriešu), nākamais šim nolūkam izmantotais produkts bija zema tauku saturs (40-60% tauku) margarīns (to izmantoja 27,8% sieviešu un 32,7% vīriešu). Dati par objektīviem sāls patēriņa mērījumiem Latvijā pašlaik nav pieejami.

Saskaņā ar 2012.gadā Latvijas pieaugušo iedzīvotāju vidū veikto Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumu, 17,2% vīriešu un 12,9% sieviešu brīvajā laikā nodarbojās ar spraiģām fiziskām aktivitātēm (kas izraisa vieglu elpas trūkumu vai svīšanu) vismaz 30 minūtes un vismaz 4-6

reizes nedēļā. Nodarbošanās ar fiziskajām aktivitātēm samazinās, cilvēkam kļūstot vecākam. Tā respondentu daļa, kuri norādīja, ka uz darbu vai no darba mājup dodas kājām vai ar riteni un tas viņiem ikdienā aizņem vairāk nekā 30 minūtes, bija 19,5% vīriešu un 23,8% sieviešu. Mazkustīgs dzīvesveids bija izplatīts un gandrīz puse (49,1% vīriešu un 49,6% sieviešu) brīvo laiku pavadīja galvenokārt lasot un skatoties televīziju.

Datu par lieko svaru un aptaukošanos Latvijā pamatā ir respondentu pašu sniegtie rādītāji par viņu augumu un svaru. Saskaņā ar 2012.gadā veikto aptauju, gandrīz pusei respondentu (51,1% vīriešu un 46,4% sieviešu) bija liekais svars vai aptaukošanās. Aptaukošanās izplatība ziņojumā netika parādīta atsevišķi, bet, saskaņā ar PVO datiem par valstīm, aptuveni ceturtais daļai iedzīvotāju bija raksturīga aptaukošanās. Liekā svara un aptaukošanās izplatība pieauga līdz ar novecošanu. Visjaunākajā vecuma grupā (15-24 gadi) tā bija mazāk nekā 20% respondentu, bet visvecākajā grupā (55-64 gadi) tā pārsniedza 70%.

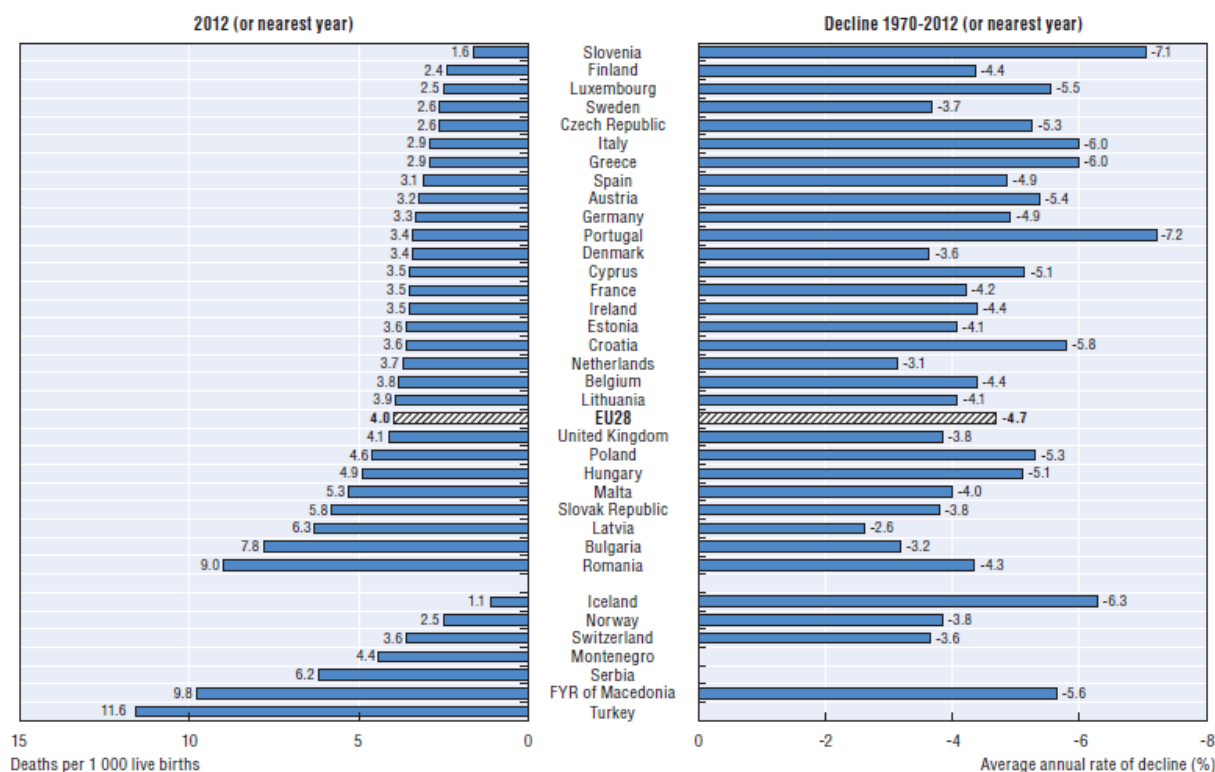
Vispār, visu četru galveno neinfekcijas slimību riska faktoru – tabakas smēķēšanas, alkohola patēriņa, neveselīga uztura un fiziskā mazkustīguma – līmeņi Latvijā ir izplatīta parādība un tiem jāpievērš uzmanība veselības veicināšanas programmas ietvaros. Latvijā pašlaik nav pieejami iedzīvotāju izpētes (mērījumu) dati par tādu fizisko un bioloģisko riska faktoru izplatību kā ķermeņa masas indekss (KMI), asinsspiediena un asins lipīdu un glikozes līmeņi. Tādēļ nepieciešams izveidot jaunu veselības pārbaudes izpētes (VPI) sistēmu.

(ii) Mātes un perinatālā veselība

Kopējais dzimstības līmenis Latvijā ir 1,6 uz sievieti, kas nozīmē, ka iedzīvotāju dabiskā pieauguma koeficients ir negatīvs. 2013.gadā bija 22 600 dzīvi dzimuši mazuļi. Dzimstības līmenis uz 1000 iedzīvotājiem gadā samazinājās no 14,2 dzīvi dzimušiem 1990.gadā līdz 9,8 dzīvi dzimušiem uz 1000 iedzīvotājiem 2012.gadā. Māšu mirstība pēdējās desmitgadēs ievērojami samazinājusies – no 57 gadījumiem 1990.gadā uz attiecīgi 13 gadījumiem uz 100 000 dzemdībām 2012. gadā. Māšu mirstības koeficients Latvijā ir tajā pašā līmenī kā Baltijas kaimiņiem, bet aptuveni divas reizes augstāks nekā Ziemeļvalstīs. Tomēr, pateicoties zemajai dzimstībai Latvijā, kopējais māšu nāves skaits ir neliels (2013.gadā ziņots par 3 māšu nāvi). Tajā pašā gadā bijuši 112 neonatālās nāves gadījumi (Pasaules Banka). Attiecībā pret iedzīvotāju skaitu, šie skaitļi ir tādā pašā līmenī kā Lietuvā, bet augstāki nekā Igaunijā un Ziemeļvalstīs. Interpretējot skaitļus, jāatzīmē, ka mātes un neonatālā mirstība Ziemeļvalstīs ir viszemākā pasaulē. Salīdzinot PVO Eiropas reģiona valstis, Latvijas skaitļi ir viduvēji.

Zīdaiņu (jaunāku par vienu gadu) mirstības koeficients Latvijā ir 6,3 uz 1000 dzīvi dzimušiem mazuļiem, kas ir virs vidējā ES rādītāja (skat. zemāk sniegto attēlu). Ikgadējais zīdaiņu mirstības samazinājums Latvijā no 1970.gada līdz 2012.gadam bijis diezgan pieticīgs. Tomēr jāatzīmē, ka pamatskaitļi ir no laika posma pirms Padomju Savienības sabrukuma. Ja aplūkojam vienīgi atgūtās neatkarības periodu, skaitļu samazinājums bijis ievērojamāks - no 20 nāves gadījumiem uz 1000 dzīvi dzimušiem 1990.gadā uz 8 nāves gadījumiem uz 1000 dzīvi dzimušiem 2012.gadā (WHO Country Profiles – PVO dati par situāciju valstīs). Zīdaiņu mirstības absolūtais skaitlis Latvijā bija 159 gadījumi 2013.gadā (Pasaules Banka).

1.8.1. Infant mortality rates, 2012 and decline 1970-2012



Source: Eurostat Statistics Database.

Infant mortality rates, 2012 and decline 1970-2012 – Zīdaiņu mirstība, 2012.gads un samazinājums no 1970.gada līdz 2012.gadam

2012 (or nearest year) – 2012.gads (vai tuvākais gads)

Decline 1970 – 2012 (or nearest year) – Samazinājums no 1970.gada līdz 2012.gadam (vai tuvākajam gadam)

Slovenia – Slovēnija

Finland – Somija

Luxembourg – Luksemburga

Sweden – Zviedrija

Czech Republic – Čehijas Republika

Italy – Itālija

Greece – Grieķija

Spain – Spānija

Austria – Austrija

Germany – Vācija

Portugal – Portugāle

Denmark – Dānija

Cyprus – Kipra

France – Francija

Ireland – Īrija

Estonia – Igaunija

Croatia – Horvātija

Netherlands – Nīderlande

Belgium – Beļģija

Lithuania – Lietuva

EU28 – ES28

United Kingdom – Apvienotā Karaliste

Poland – Polija

Hungary – Ungārija

Malta – Malta

Slovak Republic – Slovākijas Republika

Latvia – Latvija

Bulgaria – Bulgārija

Romania – Rumānija

Iceland – Islande

Norway – Norvēģija

Switzerland – Šveice

Montenegro – Melnkalne

Serbia – Serbija

FYR of Macedonia – Bijusī Dienvidslāvijas Republika Maķedonija

Turkey – Turcija

Deaths per 1 000 live births – Nāves gadījumi uz 1000 dzīvi dzimušiem

Average annual rate of decline (%) – Vidējais gadskārtējā samazinājuma koeficients (%)

Source: Eurostat Statistics Database – Avots: *Eurostat Statistics Database (Eurostat statistikas datubāze)*

Visaptveroši augstas kvalitātes mātes un bērna veselības aprūpes un dzemdību pakalpojumi ir galvenie faktori, kas sniedz ieguldījumu dzemdību drošumā un māšu un jaundzimušo mazuļu labklājībā. Visām ģimenēm, neatkarīgi no to ienākumiem un sociālekonomiskās situācijas, jābūt vienādām iespējām izmantot veselības aprūpes pakalpojumus. Veselības aprūpes sistēmai jābūt arī proaktīvai un jāspēj identificēt riskam pakļautās ģimenes un mātes, piemēram, mātes-pusaudzes, alkohola un narkotiku lietotājas un tās, kurām ir hroniskas slimības, garīgās veselības problēmas vai nav pastāvīgas mājvietas, un palīdzēt un vadīt šos cilvēkus, ja nepieciešams. Arī mātes smēķēšanas, alkohola lietošanas un aptaukošanās profilakse uzlabotu gan mātes, gan mazuļa veselību.

Lai gan ar HIV inficēto māšu skaits ir neliels, viņu mazuļi pakļauti ļoti augstam riskam un šiem mazuļiem jāpievērš īpaša uzmanībai, lai novērstu HIV vīrusa vertikālu nodošanu tālāk un citas komplikācijas. Lai pēc iespējas agrāk atklātu ar HIV inficētas mātes, nepieciešams sadarboties ar sociālajiem darbiniekiem. Pašlaik lielākā daļa HIV inficēto sieviešu ir intravenozu narkotiku lietotājas, bet pieaug HIV izplatība heteroseksuālā ceļā. Vispār, valstī jāpievērš vairāk uzmanības HIV epidēmiskajam aspektam, kas signalizē par infekcijas jaunu pieaugumu un transmisijas veidu dažādošanos.

(iii) Garīgā veselība

Garīgās veselības veicināšana attiecas uz aktivitātēm, kas tieši vai netieši saistītas ar PVO izstrādātajā veselības definīcijā iekļauto garīgās labklājības komponenti: „Veselība ir pilnīgas fiziskās, garīgās un sociālās labklājības stāvoklis un ne tikai slimības trūkums”. Tā saistīta ar labklājības veicināšanu, garīgo traucējumu profilaksi un to cilvēku ārstēšanu un rehabilitāciju, kurus skāruši garīgie traucējumi.

PVO Garīgās veselības rīcības plānā laika posmam no 2013. līdz 2020.gadam termins „garīgie traucējumi” izmantots, lai apzīmētu tādu garīgo un uzvedības traucējumu diapazonu kā depresija, bipolārie afektīvie traucējumi, šizofrēnija, nemiera traucējumi, plānprātība, vielu lietošanas traucējumi, intelektuālā nespēja un attīstības un uzvedības traucējumi, kuru aizsākums parasti meklējams bērnībā un jaunībā, ieskaitot autismu. Papildu profilakses stratēģijas demences un vielu lietošanas traucējumu gadījumā aprakstītas arī citos dokumentos (piemēram, PVO ziņojumā par demenci, kas publicēts 2012.gada sākumā, un dokumentā *Globālā stratēģija alkohola kaitīgas lietošanas samazināšanai*).

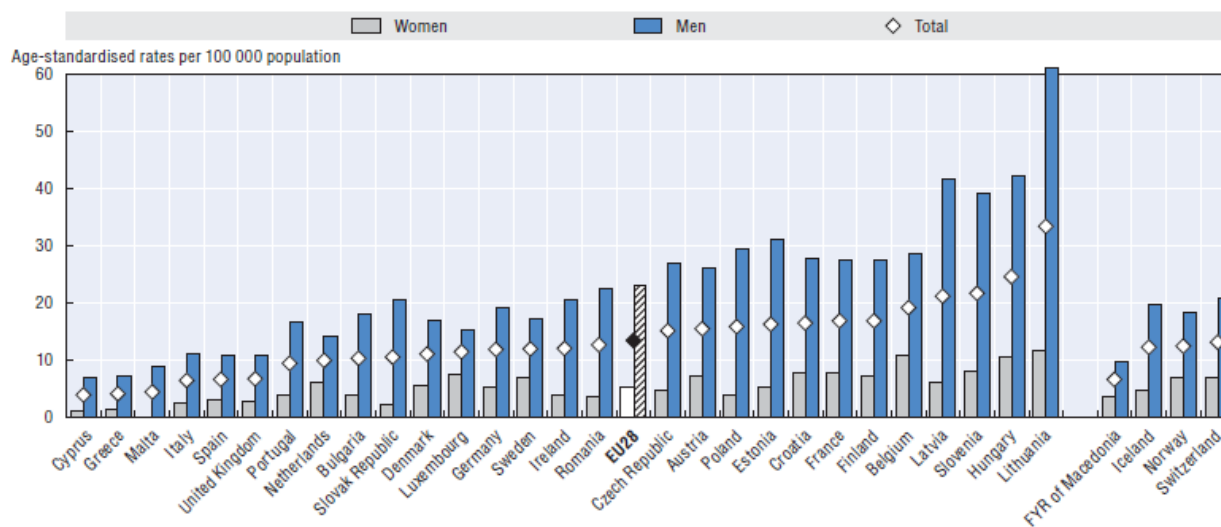
Rīcības plāns ietver arī pašnāvību profilaksi. Garīgie traucējumi izraisa pārmērīgu mirstību un, it īpaši, tie veido nozīmīgu daļu no kopējā slimību sloga.

Garīgo veselību un garīgos traucējumus noteicošie faktori ietver ne tikai atsevišķas īpašības, piemēram, spēju pārvaldīt domas, emocijas, uzvedību un saskarsmi ar citiem, bet arī sociālos, kultūras, ekonomiskos, politiskos un vides faktoros – tādus kā izstrādātās politikas, sociālā aizsardzība, dzīves līmenis, darba apstākļi un kopienas sociālais atbalsts.

Ciešanas bērnībā ir identificēts novēršams riska faktors saistībā ar garīgiem traucējumiem. Garīgās veselības veicināšana ir cieši saistīta ar sabiedrības sociālajiem, ekonomiskajiem un kultūras faktoriem. Mūsu zināšanas par etioloģiju un garīgo traucējumu profilaksi atšķiras dažādu traucējumu gadījumā un bieži vien ir ierobežotas. Saistībā ar dažiem traucējumiem, piemēram, šizofrēniju, mēs vēl nezinām iedarbīgus profilaktiskos līdzekļus, un šajos gadījumos pats galvenais ir laba aprūpe un ārstēšana. Saistībā ar citiem traucējumiem, piemēram, pašnāvībām, jau pieejami instrumenti efektīvas profilakses īstenošanai. Aizvien vairāk pierādījumu ir tam, ka veselīgs dzīvesveids var samazināt demences risku (Ngandu et al). Alkohola un citu atkarību izraisošu vielu lietošanas novēršana ir svarīga, lai uzlabotu sabiedrības garīgo veselību un labklājību.

Pašnāvību izraisītās mirstības rādītāji Eiropas valstīs ievērojami atšķiras. Kopumā – viszemākie rādītāji ir Eiropas dienvidos un visaugstākie – ziemeļos un austrumos (OECD - ESAO). 2011.gadā visaugstākie pašnāvību rādītāji reģistrēti Lietuvā, un Latvija ieņēma ceturto vietu. Tomēr, lai gan pašnāvību skaits Latvijā vēl aizvien ir augstāks nekā lielākajā daļā citu Eiropas valstu, pedējos gados vērojama pozitīva attīstības tendence. 2000.gadā pašnāvību izraisītās mirstības rādītājs bija 35 salīdzinājumā ar 21 uz 100 000 iedzīvotājiem 2011.gadā. Visās valstīs pašnāvības izraisītās mirstības līmenis vīriešiem ir ievērojami augstāks salīdzinājumā ar sievietēm, bet Latvijā atšķirība starp dzimumiem bija īpaši liela.

1.7.1. Suicide mortality rates, 2011



Source: Eurostat Statistics Database.

Suicide mortality rates, 2011 – Pašnāvību izraisītās mirstības rādītāji, 2011.gads

Women – Sievietes

Men – Vīrieši

Total – Kopā

Age standardised rates per 100 000 population – Standartizētās pēc vecuma rādītāji uz 100 000 iedzīvotājiem

Cyprus – Kipra

Greece – Grieķija
Malta – Malta
Italy – Itālija
Spain – Spānija
United Kingdom – Apvienotā Karaliste
Portugal – Portugāle
Netherlands – Nīderlande
Bulgaria – Bulgārija
Slovak Republic – Slovākijas Republika
Denmark – Dānija
Luxembourg – Luksemburga
Germany – Vācija
Sweden – Zviedrija
Ireland – Īrija
Romania – Rumānija
EU28 – ES28
Czech Republic – Čehijas Republika
Austria – Austrija
Poland – Polija
Estonia – Igaunija
Croatia – Horvātija
France – Francija
Finland – Somija
Belgium – Beļģija
Latvia – Latvija
Slovenia – Slovēnija
Hungary – Ungārija
Lithuania – Lietuva
FYR of Macedonia – Bijusī Dienvidslāvijas Republika Maķedonija
Iceland – Islande
Norway – Norvēģija
Switzerland – Šveice
Source: Eurostat Statistics Database - Avots: *Eurostat Statistics Database (Eurostat statistikas datubāze)*

Pastāv sarežģīta attiecība starp pašnāvību rādītājiem un sabiedrības sociālo un ekonomisko attīstību. Pašnāvību profilaksei kā efektīvi izrādījušies turpmāk minētie faktori: (1) pašnāvību izdarīt mēģinošo cilvēku atbilstoša aprūpe un uzticības telefona līnija, (2) depresijas efektīva diagnosticēšana un ārstēšana, un (3) alkohola kaitīgas lietošanas un vielu lietošanas profilakse.

Pētījums par atkarību izraisošu vielu lietošanas izplatību Latvijas iedzīvotāju vidū veikts trīs reizes: 2003., 2007. un 2012.gadā. Laika posmā starp 2003. un 2007.gadu novērots nelegālu narkotiku lietošanas pieaugums, bet pēdējā pētījumā šis rādītājs saglabājās tajā pašā līmenī kā desmit gadus agrāk. Starp pētījumā iekļautajiem iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem 14,3% bija savā mūžā izmēģinājuši narkotiskās vielas, 4,4% bija narkotikas lietojuši pēdējā gada laikā un 1,8% - pēdējā mēnesī. Tomēr bija vērojamas noteiktas atšķirības starp dzimumiem, vecuma grupām un dzīvesvietu saistībā ar narkotiku lietotājiem: puse (51%) jaunu vīriešu (vecumā no 15 līdz 34 gadiem) bija savā mūžā izmēģinājuši narkotikas.

Skērinings, slimību diagnostika un veselības veicināšana ar veselības pakalpojumu palīdzību:

Citi faktori, kas veido augstus standartizētos nāves rādītājus šajās galvenajās slimību jomās, ietver veselības aprūpes nepietiekamu finansējumu un profilaktisko, diagnostisko un ārstniecisko veselības aprūpes pakalpojumu nepietiekamu pieejamību. Piemēram, 2012.gadā aptuveni trešajai daļai sieviešu, kurām pirmo reizi tika diagnosticēts krūts vēzis, un 55 procentiem pacientu, kuriem tika diagnosticēts kolorektālais vēzis, šī slimība jau bija attīstījusies 3. vai 4. stadijā (SPKC, 2013). Iepriekš veiktā analīze arī parādījusi, ka pacientu rūpes un zināšanas par to, kā pasargāt savu veselību, izvēloties veselīgu dzīvesveidu (veselīgu uzturu, fiziskās aktivitātes, atkarību izraisošo vielu samazinātu lietojumu, utt.), pieejamās iespējas savlaicīgai slimību diagnosticēšanai un ārstēšanai, kā arī zināšanas par garīgās veselības traucējumiem un seksuālo un reproduktīvo veselību ir nepietiekamas (Latvijas Republikas Veselības ministrija, 2011). Turklāt primārās veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas rādītāji ir zemi, un ārsti, šķiet, nepievērš uzmanību pacienta veselības paradumu analīzei, kad tiek ar saviem pacientiem (SPKC, 2012).

Kas ir veselības veicināšana?

Saskaņā ar dokumentu *Eiropas Rīcības plāns, lai stiprinātu sabiedrības veselības kapacitāti un pakalpojumus*, ko apstiprināja PVO Reģionālās komitejas 62.sesija 2012.gadā, veselību var ietekmēt sociālie un vides noteicošie faktori, kas dzīves ritumā mijiedarbojas ar ģenētiku un uzvedību. Veselības veicināšana plaši aplūko šos noteicošos faktorus un izstrādā veselības un labklājības visaptverošas definīcijas. „Veselības veicināšana” un „slimību profilakse” ir savstarpēji saistītas. Faktiski, veselības veicināšanas aktivitātes pozitīvi ietekmē veselību ietekmējošos paradumus un veselību atbalstošo vidi, kas patiesi aizkavēs slimību attīstību.

Veselības veicināšana aptver plašu diapazonu aktivitāšu, tai skaitā: (i) dzīvesveida un paradumu, un vides un sabiedrisko apstākļu izmaiņu veicināšanu, lai sekmētu „veselības un labklājības kultūras” attīstību starp indivīdiem un kopienā un uzturētu veselību; (ii) izglītojošās un sociālās komunikācijas aktivitātes ar mērķi veicināt veselīgus apstākļus, dzīvesveidus, paradumus un vidi; (iii) veselības aprūpes dienestu pārorientāciju, lai izveidotu aprūpes modeļus, kas rosina veicināt veselību; (iv) starpnozaru sadarbību efektīvākai veselības veicināšanas aktivitāšu īstenošanai; (v) valsts politikas ietekmes uz veselību izvērtēšanu; (vi) riska komunikāciju; un (vii) veselības sociāli noteicošo faktoru un veselības vienlīdzības apzināšana un rīcība saistībā ar tiem.

Politisko, ekonomisko un kultūras faktoru ietekmes uz dzīvē dāvātām iespējām un izturēšanos katrā dzīves posmā atzīšana likusi uzsvērt vienlīdzību un sociālo taisnīgumu, veselību noteicošo sociālo faktoru sadali, kā arī starpnozaru sadarbību, lai pievērstos veselību noteicošajiem sociālajiem un ekonomiskajiem faktoriem.

Efektīva pievēršanās noteicošajiem sociālajiem faktoriem prasa daudzu ieinteresēto pušu un nozaru rīcību valdībā un sabiedrībā. Tas ietver kapacitātes nostiprināšanu, lai labāk pārzinātu ar veselību saistītos jautājumus dažādās nozarēs un sekmīgāk īstenotu daudzu ieinteresēto pušu politiku, pakalpojumus un sistēmas. Minētajā jāiesaista pilsoņi, pakalpojumu sniedzēji, pilsoniskā sabiedrība, mediji, plānotāji, politikas veidotāji un politiķi.

5. Kādi ir starptautiskās labās prakses veselības veicināšanā daži piemēri?

Turpmākajā nodaļā skatīti starptautiskās labās prakses piemēri, kas ir būtiski Latvijas veselības veicināšanas programmas pašreizējā stadijā. Tie ataino ietvaru un pieeju spektru, kā arī praktiski noder efektīvas veselības veicināšanas programmas izveidei. Tie ietver šādas sadaļas: (i) Globālais rīcības plāns

neinfekcijas slimību profilaksei un kontrolei, (ii) pieeja „Veselība visās politikās”, (iii) instrumenti veselības un riska faktoru monitoringam, (iv) Rietumāustrālijas veselības veicināšanas ietvars darbībai, un (v) uz Ziemeļkarēlijas kopienas pamatots veselības veicināšanas projekts no Somijas.

- (i) Globālais rīcības plāns NIS slimību profilaksei un kontrolei laika posmam no 2013. līdz 2020.gadam

PVO Globālais rīcības plāns sniedz uz pierādījumiem pamatotu pasākumu komplektu galveno neinfekcijas slimību profilaksei un kontrolei un var tikt izmantots kā ietvars veselības veicināšanas programmai Latvijā. Rīcības plāna uzdevumi ir universāli, bet praktiskās aktivitātes un mērķi jāsteno valsts kontekstā.

Neinfekcijas slimības – galvenokārt SAS, vēzis, elpošanas orgānu hroniskas slimības un diabēts – ir visnozīmīgākais nāves cēlonis visā pasaulē. Vairāk nekā 36 miljoni cilvēku katru gadu mirst no neinfekcijas slimībām (63% nāves cēloņu visā pasaulē), ieskaitot 14 miljonus cilvēku, kuri mirst pārāk jauni – nesasniedzot 70 gadu vecumu. Priekšlaicīga nāve lielākoties saistīta ar izplatītiem riska faktoriem, proti, tabakas lietošanu, neveselīgu uzturu, fizisku mazkustīgumu un alkohola kaitīgu lietošanu.

Lai stiprinātu nacionālos pūliņus neinfekcijas slimību sloga jautājuma risināšanā, 66. PVO asambleja apstiprināja PVO Globālās rīcības plānu neinfekcijas slimību profilaksei un kontrolei laika posmam no 2013. līdz 2020.gadam (lēmums WHA66.10). Rīcības plāna vispārīgais mērķis ir samazināt novēršamu un izbēgamu neinfekcijas slimību izraisītās saslimstības, mirstības un invaliditātes slogu, izmantojot starpnozaru sadarbību un sadarbību nacionālā, reģionālā un globālā līmenī, lai iedzīvotāji sasniegtu visaugstākos sasniedzamos veselības un ražīguma standartus jebkurā vecumā un lai minētās slimības vairs nebūtu šķērslis labklājībai un sociāli ekonomiskajai attīstībai.

Uzdevumi:

1. Izvirzīt prioritātes globālā, reģionālā un nacionālā dienaskārtībā atbilstoši ar neinfekcijas slimību profilaksei un kontrolei un attīstības mērķus, par kuriem vienojas starptautiski, nostiprinot starptautisko sadarbību un atbalstu.
2. Nostiprināt nacionālo kapacitāti, vadību, pārvaldību, multisektorālo darbību un partnerattiecības, lai pātrinātu valsts reakciju saistībā ar neinfekcijas slimību profilaksi un kontroli.
3. Samazināt ietekmējamus riska faktorus saistībā ar neinfekcijas slimībām un pamatā esošos sociālos noteicošos faktorus, radot veselību veicinošu vidi.
4. Nostiprināt un virzīt veselības aprūpes sistēmas tā, lai risinātu jautājumus, kas saistīti ar neinfekcijas slimību profilaksi un kontroli un pamatā esošajiem sociālajiem noteicošajiem faktoriem, pievēršoties uz cilvēkiem centrētai primārajai veselības aprūpei un universālam veselības nodrošinājumam.
5. Veicināt un atbalstīt nacionālo kapacitāti saistībā ar augstas kvalitātes izpēti un attīstību, lai īstenotu neinfekcijas slimību profilaksi un kontroli.
6. Uzraudzīt neinfekcijas slimību noteicošo faktoru tendences un izvērtēt to profilaksē un kontrolē sasniegto progresu.

Rīcības plānā piedāvāta paradigma, sniedzot ceļa karti un politikas izvēlnes opcijas dalībvalstīm, PVO, citām ANO organizācijām un starpvaldību organizācijām, nevalstiskajām organizācijām un privātajam sektoram, kas, ja īstenotas kolektīvi, laika posmā no 2013. līdz 2020.gadam ļaus sasniegt zemāk uzskaitītos 9 brīvprātīgi izvēlētos globālos mērķus, ieskaitot mērķi par neinfekcijas slimību izraisītās priekšlaicīgas nāves gadījumu samazināšanu par 25% līdz 2015.gadam.

Mērķi:

1. Samazināt SAS, vēža, diabēta un elpošanas orgānu hronisko slimību izraisītās mirstības rādītājus par 25%.
2. Nacionālā kontekstā, kā atbilstoši, samazināt alkohola kaitīgas lietošanas rādītājus par vismaz 10%.
3. Samazināt nepietiekamu fizisko aktivitāšu prevalences rādītājus par 10%.
4. Samazināt iedzīvotāju norādīto sāls/vārāmā sāls rādītāju par 30%.
5. Samazināt pašreizējās tabakas lietošanas prevalences rādītājus attiecībā uz 15 gadus veciem un vecākiem iedzīvotājiem par 30%.
6. Samazināt augsta asinsspiediena prevalences rādītājus par 25% vai saglabāt augsta asinsspiediena prevalences rādītājus, ņemot vērā nacionālo situāciju.
7. Apturēt diabēta un aptaukošanās pieaugumu.
8. Vismaz 50% cilvēku, kuriem uz to tiesības, jāsaņem medikamentozu terapiju un konsultācijas (ieskaitot glikēmisko kontroli), lai novērstu sirdslēkmes un insultu.
9. Nodrošināt 80% pieejamību finansiāli pieņemamām tehnoloģijām un būtiski svarīgām zālēm, ieskaitot nepatentētās, kas nepieciešamas izplatītāko neinfekcijas slimību ārstēšanai gan valsts, gan privātās iestādēs.

Progresu augstāk minētajās deviņās mērķpozīcijās uzraudzīs, izmantojot 25 rādītājus (1.pielikums).

(ii) Veselība visās politikās – multisektorālās rīcības nepieciešamība

Lielākā daļa neinfekcijas slimību noteicocošie faktori un to riska faktori nav pakļauti veselības nozares kontrolei. Viena pati veselības nozare nevar adekvāti īstenot galveno neinfekcijas slimību profilaksi un kontroli. Veselīga izturēšanās (paradumi) attiecībā uz, piemēram, tabakas smēķēšanu, alkohola lietošanu, ēšanu un fiziskajām aktivitātēm nav vienīgi indivīda lēmums, bet ir cieši saistīta ar sociālo, kultūras, ekonomisko un fizisko vidi. Tāpēc nepieciešama multisektorāla rīcība, radot attiecīgu vidi, lai veselīga izvēle šķīstu labākā un vieglākā iespēja indivīdiem, ģimenēm un visiem sabiedrības locekļiem. Lai to sasniegtu, nepieciešams rīkoties vairākās sfērās, piemēram, lauksaimniecībā, izglītībā, tirdzniecībā un pilsētplānošanā.

PVO Alma-Atas 1978.gada deklarācija bija pirmais oficiālais atzinums par starpnozaru darbību veselības jomā. Jautājums tika ierosināts Otavas 1986.gada Veselības veicināšanas hartā, kur „veselīgas sabiedrības politika” tika atzīta kā veselības veicināšanas pamatjoma. Šie starpnozaru rīcības principi veselības jomā tikuši pastiprināti turpmākajās PVO globālajās veselības jautājumiem veltītajās konferencēs, ieskaitot Rio Politisko deklarāciju par veselību ietekmējošiem sociālajiem faktoriem (2011) un Helsinku Nostādni veselības jautājumā visās politikās (2013). Starpnozaru rīcība arī uzsvēta ANO Neinfekcijas slimību profilakses un kontroles ģenerālās asamblejas augstākā līmeņa sanāksmes politiskajā deklarācijā. ANO Politiskā deklarācija bija aicinājums valstīm izstrādāt multisektorālu nacionālo politiku un plānus līdz 2013.gada beigām. Eiropā ES ir unikāls mandāts un pienākums aizsargāt pilsoņu veselību. *Veselība visās politikās* bija galvenā veselībai veltītā tēma 2006.gadā Somijas īstenotās Eiropas Savienības prezidentūras laikā. Šai saistībā mērķis bija uzsvērt, kā un kāpēc veselības aspekti jāņem vērā visās valdības pārzinātajās nozarēs (Stähl et al).

Veselība ir cilvēku labklājības un laimes pamatelements. Tas ir svarīgs aspekts, kas sniedz iespēju un ir priekšnoteikums indivīda spējai sasniegt viņa mērķus un piepildīt centienus, un sabiedrībai sasniegt daudzus sabiedriskos un ekonomiskos mērķus. Veselība visās politikās ir pieeja valsts izveidotajām politikām, pārsniedzot nozaru robežas, sistemātiski ņemot vērā veselības un veselības sistēmas lēmumu pieņemšanas procesu, meklējot sinerģijas un izvairoties no veselībai kaitīgas ietekmes, lai uzlabotu iedzīvotāju veselību un vienlīdzību veselībā. Tiek uzsvērtas sabiedrības veselības politikas noteicošo faktoru sekas un mērķi paaugstināt politikas veidotāju atbildību visos politikas veidošanas līmeņos par ietekmi uz veselību.

Neinfekcijas slimību un to riska faktoru profilakse un kontrole pozitīvi ietekmē ne tikai veselību, bet arī ražīgumu un ekonomisko un sociālo attīstību, Latvijas Nacionālā attīstības plāna galvenos mērķus. Turklāt veselību veicinošas vides radīšana ir efektīvs instruments sociāli ekonomiskās nevienlīdzības veselības ziņā samazināšanai. Tabulā sniegti piemēri par multisektorālās rīcības jomām, lai samazinātu neinfekcijas slimību galveno risku faktoru līmeni.

Tabula: Multisektorālas darbības jomu piemēri saistībā ar neinfekcijas slimību profilaksi

Sector	Tobacco use	Physical inactivity	Harmful use of alcohol	Unhealthy diet	Other (eg environment)
Health	✓	✓	✓	✓	✓
Education	✓	✓	✓	✓	
Finance	✓	✓	✓	✓	✓
Urban planning		✓	✓	✓	✓
Agriculture	✓		✓	✓	
Industry		✓	✓	✓	✓
Transport	✓	✓			✓
Environment		✓		✓	✓
Housing	✓	✓			
Justice/Security	✓	✓	✓		
Energy		✓			✓
Social/Welfare	✓	✓	✓	✓	✓
Sports	✓	✓	✓	✓	
Communication	✓	✓	✓	✓	✓
Legislature	✓	✓	✓	✓	✓
Trade	✓	✓	✓	✓	✓

Sector – Nozare
 Health – Veselība
 Education – Izglītība
 Finance – Finances
 Urban planning – Pilsētplānošana
 Agriculture – Lauksaimniecība
 Industry – Rūpniecība
 Transport – Transports
 Environment – Vides
 Housing – Mājokļu apgāde
 Justice/security – Tieslietas/drošība
 Energy – Enerģētika
 Social/welfare – Sociālā sfēra/labklājība
 Sports – Sports
 Communication – Komunikācijas
 Legislature – Likumdošana
 Trade - Tirdzniecība
 Tobacco use – Tabakas lietošana
 Physical inactivity – Mazkustīgums
 Harmful use of alcohol – Alkohola kaitīga lietošana
 Unhealthy diet – Neveselīgs uzturs
 Other (eg. environment) – Cits (piem., vide)

Multisektorāla sadarbība starp dažādām ministrijām un citām valsts institūcijām nacionālā un vietējā līmenī ir būtiska sekmīgai neinfekcijas slimību kontrolei un profilaksei. Tomēr, valsts institūcijas vienas nevar tikt galā ar slimību slogu. Nepieciešams, lai piedalītos arī privātais sektors un sabiedriskās organizācijas.

(iii) Veselības un riska faktoru monitorings

Veselības paradumu, bioloģisko riska faktoru un veselības rezultātu nepārtraukts sistemātisks monitorings ir būtisks veselības veicināšanas un slimību profilakses programmas īstenošanai. Atkarībā no valsts, dati par veselības paradumiem tiek iegūti vai nu izmantojot pašadministrētu pasta aptauju vai intervējot. Turklāt datu iegūšanai var izmantot interneta instrumentus, lai ievadītu datus, bet internets nevar būt vienīgais datu ieguves instruments. Papildus veselības paradumiem aptaujas var ietvert arī citus jautājumus, piemēram, jautājumus, kas saistīti ar zināšanām par veselību un attieksmi pret to, viedokli par veselību un veselības pakalpojumu izmantošanu. Pašlaik Latvija veic šādus veselības pētījumus: Globālā jauniešu tabakas aptauja (GJTA), Globālā pieaugušo tabakas aptauja (GPTA), *ESPAD* (Eiropas skolu aptaujas projekts par alkoholu un narkotiskām vielām) un Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums (kādreizējā *FINBALT* aptauja). Pēdējā aptauja par veselību ietekmējošiem paradumiem veikta 2012.gadā.

Pašlaik Latvijā nav sistemātiskas un regulāras datu ieguves sistēmas iedzīvotāju bioloģiskā riska faktoru līmeņa izvērtēšanai, kur nepieciešams veikt klīniskos mērījumus un laboratorijas testus. Turpmāk sniegti starptautiski atzītu veselības pārbaudes izpētes protokolu divi piemēri.

Eiropas Veselības pārbaudes izpēte (EVPI)

EVPI ir sadarbība, kuras ietvaros iegūst nacionāli reprezentatīvus, augstas kvalitātes datus par veselību, ko iespējams salīdzināt starp valstīm un laika periodā. Datu ieguvei jāaptver vismaz vecuma grupa no 25 līdz 64 gadiem. Ieteicams to paplašināt, iekļaujot 65 gadus un vecākus cilvēkus. Paraugkopai jābūt nacionāli reprezentatīvai varbūtības paraugkopai, kas ietver vismaz 4000 cilvēkus. Pamatmērījumi, kuri jāveic visām valstīm, ir: garums, svars, vidukļa apkārmērs, asinsspiediens, kopējais un ABL holesterīna līmenis, glikozes līmenis vai HbA1c un aptauja(s). Valstis var ietvert papildu mērījumus, pamatojoties uz nacionālajām vajadzībām, interesēm un resursiem. EVPI rokasgrāmata ir Eiropas līmeņa modeļrokasgrāmata, kur aprakstīts Eiropas līmeņa standarts nacionālajai veselības pārbaudes izpētei (A daļa: Izpētes plānošana un sagatavošana, B daļa: Praktiskās izpētes kārtība, C daļa: Eiropas līmeņa sadarbība un koordinācija) (http://www.ehes.info/manuals/EHES_manual/EHES_manual.htm)

Veselības pārbaudes izpēte (VPI) ir papildus veselības intervijai izpētei (VII) un administratīvajiem reģistriem, kas kopā veido pamatu veselības monitoringam valstīs. Jāatzīmē arī, ka iedzīvotāju riska faktoru līmeņus nevar izvērtēt, pamatojoties uz datiem, kas iegūti no pacientiem, kuri apmeklē veselības aprūpes iestādes.

STEPS (The WHO STEPwise approach to Surveillance – PVO PAKāpeniskuma pieeja Uzraudzībai)

STEPS ir starptautiski atzīta, standartizēta metode datu iegūšanai, analizēšanai un izplatīšanai PVO dalībvalstīs. Izmantojot vienus un tos pašus standarta jautājumus un protokolus, visas valstis var izmantot STEPS informāciju ne tikai valstī esošo tendenču uzraudzībai, bet arī, lai salīdzinātu informāciju vairākās valstīs. Šī pieeja rosina iegūt nelielus noderīgas informācijas apjomus regulāri un nepārtraukti (<http://www.who.int/chp/steps/en/>).

Tiek ieteiktas PVO standartdefinīcijas saistībā ar tabakas lietošanu un alkohola patēriņu un starptautiski izstrādāti fizisko aktivitāšu pasākumi. Pamatdatu ieguvei izmantotās anketas ir vienkāršas un tikai dažas, un nav paredzētas pilnas ainas iegūšanai par katru veselības paradumu veidu, bet gan drīzāk, lai sniegtu informāciju par riska faktoru izplatību iedzīvotāju vidū. STEPS pieeja koncentrējas uz pamatdatu ieguvei, katrā līmenī, par noteiktiem riska faktoriem, kas nosaka galveno slimību slogu. Tā ir pietiekami elastīga, lai ļautu katrai valstij paplašināt pamatmainīgos un riska faktoros un iestrādāt vietējām vai reģionālām interesēm atbilstošus modulus.

STEPS pieejai ir trīs līmeņi un katrā līmenī riska faktora izvērtējums iedalīts pamatmodulī, paplašinātajā modulī un izvēles modulī. 1.solis kā pamatu jeb „minimālo komplektu” ietver pašu sagatavota ziņojuma mērījumus, kas jāiegūst visām valstīm. Papildus sociālekonomiskajiem datiem, datiem par tabakas izstrādājumu un alkohola lietošanu, ietverti daži mērījumi par uzturu un fiziskajām aktivitātēm – tie ir pašreizējā un nākotnē sagaidāmā veselības stāvokļa marķieri. 2.solis ir papildinājums 1.solim, ietverot vienkāršus fiziskus mērījumus, piemēram, garumu, svaru, vidukļa apkārtmēru un asinsspiedienu. 1. un 2.solis ir vējami un atbilstoši lielākajai daļai jaunattīstības valstu. 3.solis ietver 1. un 2.soli un pievieno klāt bioķīmiskos mērījumus. Visus 1. un 2.solī norādītos pamatmērījumus var jau izvērtēt, un tie nekļūst sarežģītāki, ja tiek pievienoti paplašinātie rādītāji. Tomēr papildu informācijai 3.solī ir bioķīmisks raksturs un tā prasa piekļuvi atbilstošām standarta laboratorijām. Asins paraugu iegūšana un analīze ir salīdzinoši sarežģīts process un to var veikt vienīgi visaptverošas izpētes kontekstā un apstākļos, kur pieejami attiecīgi resursi. 3.soļa pievienošana var palielināt datu ieguves izmaksas un sarežģīt šo procesu.

(iv) Rietumāustrālijas rīcības ietvars

Savā Veselības veicināšanas stratēģiskajā ietvarā laika posmam no 2012. līdz 2016.gadam Rietumāustrālijas valdība izveidoja rīcības ietvaru, ieskicējot visaptverošas veselības veicināšanas programmas dažādus komponentus, kā arī potenciālos dalībniekus, kas varētu rīkoties un atbalstīt. Šajā ietvarā atzīts, ka vairākas intervences (jeb „sviras”) nepieciešamas, lai nomērķētu uz hronisko slimību izcelsmes cēloņiem. Rīkojoties individuāli, katras sviras ietekme samazinās. Dažos gadījumos intervences norisināsies sekmīgi tikai, ja vispirms izmantos vienu vai vairākas sviras (Department of Health, Western Australia (*Veselības departaments, Rietumāustrālija*), 2012).

Sviras un dalībnieki	Piemēri
<p>Veselības politika <i>Kas var rīkoties vai atbalstīt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valdība - Pārtikas un dzērienu industrija - Organizācijas - Darbavietas - Veselības jomas profesionāļi - Kopienas grupas - Skolas - Veselības patērētāji un aprūpētāji - Individīdi 	<p>Iestrādāt apsvērumus par veselību valdības politikā un plānot visās attiecīgajās aģentūrās (piemēram, Plānošanas, Izglītības, Pārtikas un lauksaimniecības departamentos).</p> <p>Iestrādāt apsvērumus par veselību dažādu organizāciju, darbavietu un skolu operatīvajā politikā, lai atbalstītu aktīvu transporta, veselīgas ēšanas, zema riska alkohola lietošanas un atbilstošas drošības procedūru.</p> <p>Pieņemt elastīgu darba politiku, lai ļautu mātēm zīdīt mazuļus ar krūti.</p>
<p>Likumdošana un regulēšana <i>Kas var rīkoties vai atbalstīt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valdība 	<p>Atbalstīt likumdošanas stāšanos spēkā, lai samazinātu hroniskās slimības un ievainojumus, piemēram, likumdošanas tabakas un alkohola</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Organizācijas - Darbavietas - Veselības jomas profesionāļi - Kopienas grupas - Veselības patērētāji un aprūpētāji - Individīdi 	<p>pieejamības kontrolei; veicināt ceļu satiksmes drošību.</p> <p>Izstrādāt un apstiprināt normatīvos aktus, kas regulē produktu drošumu, tirdzniecību un mārketingu; noteikt patēriņa precēm skaidru satura marķējumu; pieņemt likumus, kas ierobežotu bērnu piekļuvi potenciāli kaitīgām precēm.</p> <p>Izpētīt regulējošas metodes, lai ierobežotu alkohola tirdzniecības vietu izplatības blīvumu, tādējādi atbalstot zema riska alkohola lietošanu un neatbalstot alkohola kaitīgu lietošanu.</p>
<p>Economiskā intervence <i>Kas var rīkoties vai atbalstīt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valdība - Organizācijas - Darbavietas - Veselības jomas profesionāļi - Kopienas grupas - Skolas - Veselības patērētāji un aprūpētāji - Individīdi 	<p>Sniegt finansiālu pamudinājumus, lai iedrošinātu veselību veicinošu uzņēmumu (piemēram, veikalu, kur pārdod svaigas zivis) izveidi vietās, kur šādi uzņēmumi nav pieejami.</p> <p>Radīt finanšu pamudinājumus pieņemt veselīgu izturēšanos, piemēram, reformējot nodokļu politiku attiecībā uz alkoholu tā, lai alkohola cena pieaugtu un mazāka stipruma dzērienus cilvēki varētu vairāk atļauties nekā stiprākos dzērienus.</p> <p>Nodrošināt veselīgas pārtikas izvēles iespējas par konkurētspējīgām cenām ēdnīcās, nelielos pārtikas veikalos un pasākumos.</p>
<p>Atbalstoša vide <i>Kas var rīkoties vai atbalstīt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valdība - Kopienas grupas - Darbavietas - Skolas - Veselības jomas profesionāļi - Veselības patērētāji un aprūpētāji - Individīdi 	<p>Nodrošināt tuvāko apkaimi ar drošām un savienotāk gājēju taciņām un velosipēdistu celiņiem, vietējām ievērinātām vietām, sabiedrībai pieejamiem parkiem, rotaļu laukumiem, fiziskām aktivitātēm paredzētu aprīkojumu un attiecīgu sabiedrisko transportu.</p> <p>Nodrošināt, ka sabiedriskā, darbavietas, institucionālā, skolas un mājas vide paredz drošumu un veselīgas izturēšanās sekmēšanu kā prioritātes.</p> <p>Strādāt ar pārtikas rūpniecību, lai palielinātu mazāku pārtikas un dzērienu porciju pieejamību un samazinātu produktos sāli, cukuru, piesātinātos taukus un transtaukus.</p> <p>Ierobežot tabakas izstrādājumus vai alkoholu pārdodošo tirdzniecības vietu blīvumu.</p>

<p>Sabiedrības sapratne un iesaistīšana</p> <p><i>Kas var rīkoties?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valdība - Organizācijas - Darbavietas - Veselības jomas profesionāļi - Skolas - Veselības patērētāji un aprūpētāji - Individīdi 	<p>Attīstīt sabiedrību izglītojošas kampaņas, kas paredzētas kopienas informēšanai un atbalstam dzīvesveida maiņai.</p> <p>Ietekmēt profesionāļus, organizācijas un politikas veidotājus iestrādāt veselības jautājumu skatīšanu kā daļu no viņu lomas.</p> <p>Atbalstīt veselības jomas profesionāļus, kad viņu režīmā tiek iekļautas īsas intervences.</p> <p>Iesaistīt medijus kā izglītojošo un debašu platformu.</p>
<p>Kopienas attīstība</p> <p><i>Kas var rīkoties?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valdība - Organizācijas - Darbavietas - Skolas - Veselības jomas profesionāļi - Kopienas - Veselības patērētāji un aprūpētāji - Individīdi 	<p>Strādāt ar kopienas grupām, vietējām iesaistītajām pusēm, citiem partneriem un indivīdiem, lai definētu vietējās vajadzības un prioritātes saistībā ar labāku veselību.</p> <p>Attīstīt vietēji pamatotas aktivitātes, lai sniegtu ieguldījumu veselīgā dzīvesveidā, kas apmierinātu kopienas vajadzības, piemēram, pastaigu grupas; kopienas dārzi; lauksaimnieku tirdziņi.</p> <p>Izpētīt, kādas ir iespējas kopienas mērķiem pēc nodarbībām skolā izmantot tās sporta un atpūtas telpas.</p>
<p>Mērķintervences</p> <p><i>Kas var rīkoties?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valdība - Organizācijas - Darbavietas - Skolas - Veselības jomas profesionāļi - Kopienas - Veselības patērētāji un aprūpētāji 	<p>Izstrādāt un īstenot programmas, kas:</p> <p>(i) apmierinātu konkrētas iedzīvotāju grupas (bērņus, vecākus vai pieaugušos, zemāko sociālekonomisko grupu, kultūrāli un valodnieciski atšķirīgas grupas, gados vecākus cilvēkus), ņemot vērā viņu ar veselību saistītās zināšanas</p> <p>(ii) atbilstu konkrētai videi (kopienai, tuvākajai apkārtni, darbavietai, skolai, bērnu aprūpes iestādei, dzīvesvietai).</p> <p>Pieņemt politikas un prakses, kas atbalsta aktivitāti darbavietā, piemēram, pusdienu laika pastaigu grupas, dušas, statīvi velosipēdu nostiprināšanai; īstenot sarunas par samazinātu dalības maksu par vietējo sporta zāļu izmantošanu.</p>
<p>Stratēģiskā koordinēšana, partnerattiecību un kapacitātes izveide</p> <p><i>Kas var rīkoties?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valdība 	<p>Attīstiet un nostipriniet partnerattiecības starp sektoriem un disciplīnām.</p> <p>Izvērtējiet ietekmi uz veselības, lai izmērītu valdības un nozares politikas un aktivitāšu</p>

- Pārtikas un dzērienu industrija	iespējamo un reālo ietekmi uz kopienas veselību.
- Organizācijas	
- Darbavietas	Veidojiet darbaspēka kapacitāti, lai apmierinātu
- Kopienas grupas	nākotnes vajadzības, ņemot vērā pieprasīto
- Veselības jomas profesionāļi	prasmju pilnu diapazonu.
- Veselības patērētāji un aprūpētāji	Uzraugiet jaunus un atklātībā nākošus jautājumus
- Individīdi	Komunicējiet un izplatiet informāciju

(v) Kopienā balstīta neinfekcijas slimību profilakse – Ziemeļkarēlijas projekts Somijā

Starptautiskā izpēte skaidri parādījusi, ka neinfekcijas slimību saknes meklējamas neveselīgā dzīvesveidā vai nelabvēlīgā fiziskā un sociālā vidē. Tādi riska faktori kā neveselīgs uzturs, tabakas lietošana, mazkustīgums, alkohola pārmērīga lietošana un psihosociālais stress ir starp galvenajiem dzīvestila jautājumiem. Visi iedzīvotāji pakļauti riskam riska faktoru izplatības dēļ. Individīda uzņēmību pret risku palielina kultūra, ekonomiskie faktori un vide. Tāpēc riskam, kam pakļauti iedzīvotāji, jābūt labojamam, mainot to ar kopienas aptverošām stratēģijām. Primārais instruments, lai ieviestu profilakses stratēģiju, ir izstrādāt kopienā balstītu programmu. Kopienas līmenī veiktas aktivitātes izmanto izglītību un vides izmaiņu, lai veicinātu un sekmētu dzīvesveida un izturēšanās izmaiņas, kas nepieciešamas konkrētas problēmas risināšanai.

Integrētas, kopienā balstītas aktivitāšu programmas ir visaptverošas pakas, kurās apvienotas dažādas izpildāmas aktivitātes, lai sasniegtu sinerģijas efektu. Kopienas pieejai hronisko slimību profilaksei piemīt augstas pakāpes vispārinājums, izmaksu efektivitāte pateicoties masu komunikācijas metožu pielietojumam, spēja sekmīgi izplatīt informāciju, izmantojot kopienas tīklu, un potenciāls ietekmēt vides, regulējošo un institucionālo politiku, kas ietekmē veselību.

Divdesmitā gadsimta septiņdesmito gadu sākumā Somijā bija visaugstākais SAS izraisītās mirstības rādītājs pasaulē, un mirstība bija īpaši augsta starp pusmūža vīriešiem Austrumsomijā. Ziemeļkarēlijas projekts tika uzsākts 1972.gadā kā nacionālā pilotprogramma un demonstrācijas programma saistībā ar sirds un asinsvadu slimību profilaksi. Iedzīvotāju vidū plaši izplatīto riska faktoru (smēķēšanas, paaugstināta holesterīna līmeņa un paaugstināta asinsspiediena) līmeņa samazināšana bija galvenais starpposma mērķis. Tika izmantota visaptveroša, kopienā balstīta intervence, iesaistot veselības aprūpes iestādes, nevalstiskās organizācijas, industriju, medijus un valsts politiku. Pēc sākotnējā laika posma (1972-1977) projekta gaitā gūtā pieredze tika aktīvi izmantota visaptverošas nacionālās sirds veselības programmas nolūkā. Tā kā neinfekcijas slimībām ir vairāki kopēji riska faktori, projekts vēlāk tika paplašināts, lai ietvertu arī citas neinfekcijas slimības papildus SAS (Puska et al).

Vienlaicīgi ar Ziemeļkarēlijas iniciatīvu jaunais sabiedrības veselības likums, kas tika izstrādāts 1972.gadā, nostiprināja sirds veselības un cita veida veselības veicināšanas juridisko bāzi Somijā. Jaunais likums mainīja veselības aprūpes sistēmas mērķi uz profilaksi un izveidoja jaunu veselības pakalpojumu un plānošanas un finansēšanas sistēmu, kas sniedza vienlīdzīgāku piekļuvi veselības pakalpojumiem visiem iedzīvotājiem, neatkarīgi no viņu sociālekonomiskās situācijas vai dzīvesvietas. Jaunajā likumā bija arī formulēts ietvars veselības aprūpes sektoru sadarbībai ar citiem sektoriem slimību profilaksei.

Praktiskās intervences īstenošana tika integrēta esošajā veselības pakalpojumu struktūrā un sociālajās organizācijās šajā apgabalā ciešā sadarbībā ar citām valsts varas institūcijām un partneriem no privātā

sektora. Dažādu aktivitāšu piemēri – gan nacionāla, gan vietēja līmeņa – saistībā ar Ziemeļkarēlijas projektu un SAS profilaksi Somijā parādīti zemāk sniegtajā tabulā.

Ziemeļkarēlijas projekts: Veselības veicināšanas intervences

Likumdošana

- Jaunais Sabiedrības veselības likums (1972) (vairāk uzsvērtā profilakse)
- Tabakas kontroles likumdošana
- Izmaiņas likumdošanā attiecībā uz noteiktiem pārtikas produktiem (piem., jauktu augu eļļu un sviestu)

Regulēšana

- Daudzas sabiedriskās vietas tika pasludinātas par nesmēķēšanas zonām. Vēlāk, izmantojot nacionālo likumdošanu, smēķēšanu aizliedza lielākajā daļā sabiedrisko vietu
- Regulēšana, kas veicina veselīgākas skolas pusdienas

Industrija

- Sadarbībā ar vietējām pašvaldībām, sabiedriskām organizācijām, veikaliem, lielveikaliem un pārtikas rūpniecības nozari tika izstrādāti un virzīti sirds veselības pārtikas produkti
- Sadarbībā ar vietējiem un nacionālajiem ražotājiem tika izstrādāti un laisti tirgū produkti, kas satur nepiesātinātus taukus
- Sadarbībā ar vietējām maiznīcām un citām pārtikas nozares dalībniecēm tika izstrādāti produkti ar zemu sāls saturu
- Tika radīts jauna tipa rapsis. Šis augs efektīvi palīdzēja samazināt holesterīna līmeni un labi auga Somijas ziemeļnieciskajos klimatiskajos apstākļos
- Plaša sadarbība ogulāju audzēšanas veicināšanā un uzņēmumi ogu produktu ražošanai

Informācija un masu mediji

- Sabiedrības apzināšanās par to, kādu postu veselībai nodara smēķēšana, tika panākta, izmantojot masu medijus, veselības dienestus un kopienas organizācijas
- Vairāki smēķēšanas atmešanas kursi televīzijā
- Lai samazinātu holesterīna līmeni, tika īstenotas veselības jautājumiem veltītas izglītojošas kampaņas, izmantojot plaša diapazona kanālus, ieskaitot televīziju, laikrakstus, veselības aprūpes sistēmu, skolas un brīvprātīgās organizācijas
- „Veselības atslēgas” nacionālās televīzijas programmas
- Izglītojošiem nolūkiem plaši izmantoja arī holesterīna mērījumus un mērķis bija, lai katrs zinātu savu holesterīna līmeni. Tomēr galvenais mērķis nebija identificēt augsta līmeņa riskam pakļautos iedzīvotājus individuālas intervences nolūkā, bet gan motivēt cilvēkus pieņemt kopienā veicinātās dzīvesveida izmaiņas.
- Intensīva sadarbība ar vietējiem laikrakstiem, radio, dažādu materiālu izlaide, veselības gadatirgus utt.

Kopienas iesaiste

- Pašvaldību politiķi un speciālisti
- Viedokļus izsakoši vadītāji
- Organizācija „Martta” (sieviešu organizācija)

- Sirds asociācija un Sirds asociācijas vietējās nodaļas
- Sporta klubi

Izglītība

- Aktīva sadarbība ar skolām un izglītības institūcijām, uzturizglītību kā mājturības daļu utt.
- Īpašs uzsvars tika likts uz sāls samazināšanu un tauku satura izmaiņu darbavietu ēdienkartēs
- Smēķēšanas atmešanu atbalstīja, vietējos veselības centros un darbavietās organizējot smēķēšanas atmešanas kursus
- Skolās organizēja smēķēšanas profilakses programmas kā daļu no Ziemeļkarēlijas jauniešu programmas, kuras mērķis bija mācīt skolabērniem prasmi pretoties sociālajam spriedienam sākt smēķēt
- Plaši izvērta izglītojosā darbība par nefarmaceutisku asinsspiediena samazināšanu un holesterīna līmeņa asinīs samazināšanu, veicot izmaiņas uzturā un nodarbojoties ar fiziskām aktivitātēm

Veselības pakalpojumi

- Mērķa riska faktoru sistemātiska mērīšana, konsultatīvie pakalpojumi un ārstēšana
- Plaša mēroga hipertensijas kontroles programmas ieviešana, ietverot identifikāciju, ārstēšanu un uzraudzību. Tika izveidots centrālais hipertensijas reģistrs.
- Dažādu informācijas sistēmu izveide: pacientu katiņas, lietas, veidlapas
- Cieša sadarbība starp dažādām profesionālām grupām, sabiedrības veselības māsu izmantošana
- Palielinājās sadarbība starp veselības dienestiem un kopienu

Veselības paradumu un riska faktoru sistemātisks monitorings bija projekta neatņemama sastāvdaļa. Pirmā iedzīvotāju aptauja veikta 1972.gadā un kopš tā laika aptauja īstenota ik pēc pieciem gadiem. Aptaujas joma tikusi paplašināta no sākotnējā projekta apvidus līdz citām valsts daļām un dati izmantoti nacionālajam veselības un riska faktoru monitoringam. Riska faktoros novērotās izmaiņas parādītas zemāk attēlotajā tabulā.

Table 1: Main risk factors in North Karelia between 1972 and 2007 among men and women aged 30 to 59 years

Year	Men			Women		
	Smoking (%)	Serum cholesterol (mmol/l)	Blood pressure (mmHg)	Smoking (%)	Serum cholesterol (mmol/l)	Blood pressure (mmHg)
1972	52	6.9	149/92	10	6.8	153/92
1977	44	6.5	143/89	10	6.4	141/86
1982	36	6.3	145/87	15	6.1	141/85
1987	36	6.3	144/88	16	6.0	139/83
1992	32	5.9	142/85	17	5.6	135/80
1997	31	5.7	140/84	16	5.6	133/80
2002	33	5.7	137/83	22	5.5	132/78
2007	31	5.4	138/83	18	5.2	134/78

Table 1: Main risk factors in North Karelia between 1972 and 2007 among men and women aged 30 to 59 years – 1.tabula: Galvenie riska faktori Ziemeļkarēlijā starp vīriešiem un sievietēm laika posmā no 1972. līdz 2007.gadam

Year – Gads

Men – Vīrieši

Women – Sievietes

Smoking (%) – Smēķēšana (%)

Serum cholesterol (mmol/l) – Holesterīns (mmol/l)

Blood pressure (mmHg) – Asinsspiediens (mmHg)

Projekta 35 gadu laikā ievērojamas izmaiņas tika novērotas ar risku saistītā dzīvesveidā un riska faktoru izplatībā Ziemeļkarēlijas iedzīvotāju vidū. Ievērojami samazinājušies vīriešu smēķēšanas rādītāji. Smēķēšana sievietes vidū bija reta parādība 20.gadsimta septiņdesmitajos gados. Astoņdesmitajos un deviņdesmitajos gados vērojams pieaugums, bet pēdējās desmitgades laikā pieaugums izlīdzinājies. Sākotnēji ārkārtīgi augstais vidējais holesterīna un asinsspiediena līmenis ievērojami samazinājies. Līdzīgs riska faktora samazinājums tika vēlāk novērots arī citās valsts daļās. Riska faktoru samazinājumam sekoja SAS krass samazinājums un vēlāk – arī vēža izraisītās mirstības samazinājums. 2006.gadā sirds un asinsvadu slimību izraisītā mirstība starp darbaspējīga vecuma (35-64 gadi) vīriešiem bija 182 uz 100 000, salīdzinājumā ar 855 uz 100 000 divdesmitā gadsimta septiņdesmito gadu sākumā. Turpmāks samazinājums tika novērots arī pēdējo piecu gadu laikā.

Table 2: Mortality changes in North Karelia (per 100 000) among men aged 35 to 64 years			
	1969-1971	2006	Change
All causes	1 509	572	-62%
All cardiovascular	855	182	-79%
Coronary heart disease	672	103	-85%
All cancers	271	96	-65%
Lung cancers	147	30	-80%

Table 2: Mortality changes in North Karelia (per 100 000) among men aged 35 to 64 years – 2.tabula: Mirstības izmaiņas Ziemeļkarēlijā (uz 100 000) starp vīriešiem vecumā no 35 līdz 64 gadiem

All causes – Visi cēloņi

All cardiovascular – Visi sirds un asinsvadu slimību gadījumi

Coronary heart disease – Koronārā sirds slimība

All cancers – Visi vēža gadījumi

Lung cancers – Plaušu vēzis

Change – Izmaiņas

Trīs galveno riska faktoru – smēķēšanas, holesterīna un asinsspiediena – primārā profilakse un samazināšana izskaidro aptuveni par divām trešdaļām novēroto SAS izraisīto nāves gadījumu samazinājumu (Vartiainen et al). Pārējo, vienu trešdaļu, var izskaidrot ar citiem faktoriem, galvenokārt ar izmaiņām citos riska faktoros (kas nav iekļauti analīzē), sekundāro profilaksi un sirds un asinsvadu slimību saasinājumu uzlabotu ārstēšanu.

6. Veselības veicināšanas programmas izvērtējums

Turpmākā nodaļa veltīta veselības veicināšanas programmas izvērtējumam attiecībā uz (i) veselības veicināšanas politikas organizāciju, (ii) plānotajām veselības veicināšanas aktivitātēm (izmantotajiem pasākumiem un mērķgrupām), un (iii) izvērtēšanas ietvaru (rādītājiem un ierosinātajiem analīzes līmeņiem), uzsverot potenciālās uzlabošanas sfēras. Analīze veikta attiecībā uz epidemioloģisko situāciju un slimību slogu Latvijā un starptautiskajām vadlīnijām un labākajām praksēm.

Tiks izvērtēti šādi pamatfaktori:

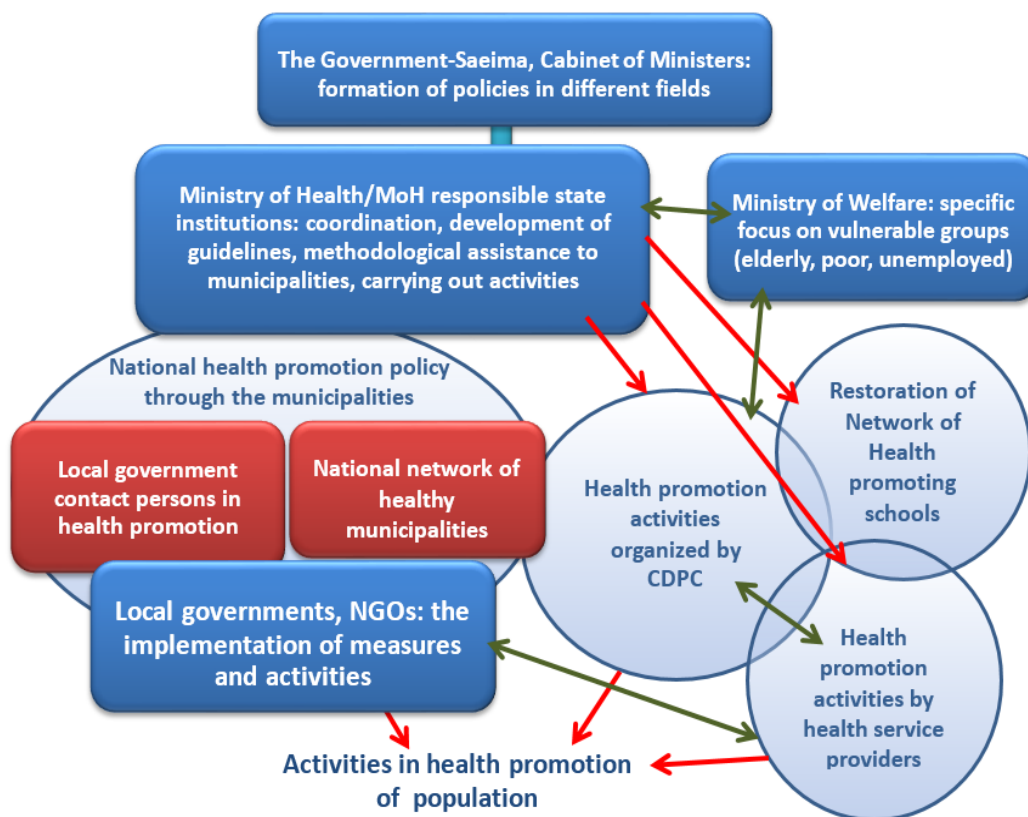
Veselības veicināšanas politikas organizācija	<p>Vai veselības veicināšanas politikas mērķi atbilst slimību slogam, riska faktoriem un attiecīgām iedzīvotāju mērķauditorijām?</p> <p>Vai skaidri organizēts veselības veicināšanas institucionālais ietvars?</p>
Veselības veicināšanas aktivitātes	<p>Vai veselības veicināšanas pieeja ir visaptveroša atbilstoši labākajām starptautiskajām praksēm?</p> <p>Vai veselības veicināšanas aktivitātes vērstas uz attiecīgiem riska faktoriem un iedzīvotājiem (ieskaitot sabiedriski neaizsargātās grupas)?</p>
Izvērtēšanas ietvars	<p>Vai ir skaidrs izvērtēšanas ietvars un izvēlēti atbilstoši rādītāji pašvaldību un nacionālajā līmenī?</p> <p>Vai tiek izmantotas dažādi monitoringa veidi un izvērtēšanas pieejas (ieskaitot ietekmes izvērtējumu)?</p>

(i) Veselības veicināšanas politikas organizācija

Jaunajā Sabiedrības veselības stratēģijā laika posmam no 2014. līdz 2020.gadam, ko 2014.gada oktobrī apstiprināja Ministru kabinets, definētas veselības veicināšanas četras galvenās jomas: perinatālā un neonatālā veselība, onkoloģija, sirds un asinsvadu veselība un garīgā veselība. Konkrētāk stratēģijā uzskaitītas šādas darbības sfēras: veselīgs uzturs, fiziskās aktivitātes, garīgā veselība, seksuālā un reproduktīvā veselība, zīdīšanas veicināšana, traumatisma profilakse, infekcijas slimību profilakse un atkarību izraisošu vielu lietošanas samazināšana.

Izvēlētās četras galvenās veselības veicināšanas sfēras ir pietiekami pamatotas. SAS ir slimību sloga un mirstības galvenais cēlonis Latvijā. Vēža izraisītā mirstība ir salīdzinoši augsta un ir arī problēmas, kas saistītas ar vēža diagnosticēšanu agrīnā stadijā un vēža pacientu ārstēšanu. Sirds un asinsvadu slimību, vēža un citu neinfekcijas slimību profilaksē galvenais uzsvars jāliek uz četrām galveno riska faktoru – tabakas smēķēšanas, neveselīga uztura, mazkustīga dzīvesveida un alkohola kaitīga patēriņa - līmeņa samazināšanu. Garīgā veselība arī ir viena no vadošajām slimību sloga veidotājām Latvijā, lai gan dati par garīgās veselības problēmām un to izcelsmi nav pietiekami, lai precīzi definētu nepieciešamos profilaktiskos pasākumus. Alkohola lietošanas, kas ir nozīmīgs garīgās veselības problēmu cēlonis, rādītājs ir salīdzinoši augsts. Nelegālo narkotiku lietošanas rādītājs ir salīdzinoši augsts, it īpaši starp jauniem vīriešiem Rīgā. Arī pašnāvību izraisītā mirstība ir augstāka nekā Ziemeļvalstīs. Pēdējās divās desmitgadēs vērojamas pozitīvas tendences saistībā ar perinatālo, mātes un bērna mirstību, tomēr mirstība vēl aizvien pārsniedz vidējo Eiropas līmeni.

Veselības veicināšanas institucionālais ietvars Latvijā raksturots kā funkciju regulāra pārdale starp varas institūcijām un par sabiedrības veselības jautājumiem atbildīgo varas institūciju bieža maiņa. Veselības veicināšanas Latvijā organizatoriskais ietvars parādīts zemāk sniegtajā attēlā.



The Government-Saeima, Cabinet of Ministers: formation of policies in different fields – Valdība-Saeima, Ministru kabinets: politikas veidošana dažādās jomās
 Ministry of Health/MoH responsible state institutions: coordination, development of guidelines, methodological assistance to municipalities, carrying out activities – Veselības ministrija/VM, atbildīgās valsts institūcijas: vadlīniju izstrāde, metodoloģiskā palīdzība pašvaldībām, aktivitāšu īstenošana
 Ministry of Welfare: specific focus on vulnerable groups (elderly, poor, unemployed) – Labklājības ministrija: īpaša koncentrēšanās uz sabiedriski neaizsargātām grupām (gados vecākiem cilvēkiem, nabadzīgajiem, bezdarbniekiem)
 National health promotion policy through the municipalities – nacionālā veselības veicināšanas politika ar pašvaldību starpniecību
 Local government contact persons in health promotion – vietējās pašvaldības kontaktpersonas veselības veicināšanas jautājumos
 National network of healthy municipalities – veselīgu pašvaldību nacionālais tīkls
 Local governments, NGOs: the implementation of measures and activities – vietējās pašvaldības, nevalstiskās organizācijas: pasākumu un aktivitāšu īstenošana
 Health promotion activities organized by CDPC – SPKC organizētas veselības veicināšanas aktivitātes
 Restoration of Network of Health promoting schools – veselību veicinošu skolu tīkla atjaunošana
 Health promotion activities by health service providers – veselības aizsardzības pakalpojumu sniedzēju īstenotas veselības veicināšanas aktivitātes
 Activities in health promotion of population – iedzīvotāju veselības veicināšanas aktivitātes

Kopš 2013. gada janvāra veselības veicināšanas aktivitāšu metodoloģisko pārvaldību un koordināciju valsts un pašvaldību līmenī īsteno Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC), savukārt Veselības ministrija (VM) ir atbildīga par veselības veicināšanas normatīvo regulējumu, proti, likumdošanas un politikas plānošanas dokumentiem valstiskā līmenī, kā arī par politikas ieviešanas uzraudzību. Par sociālo nodrošinājumu un labklājību atbild cita ministrija, proti, Labklājības ministrija. Vietējo pašpārvalžu (pašvaldību) lomu veselības veicināšanas politikā Latvijā nosaka saskaņā ar likumu “Par pašvaldībām”, proti, tām jāveicina veselīgs dzīvesveids un sportošana.

Lai sniegtu vietējām pašpārvaldēm metodoloģisku atbalstu veselības veicināšanas politikā pašvaldību līmenī (īpaši uzsverot ar likumu noteikto normu nozīmi), kā arī palīdzētu organizēt darbības un aktivitātes, VM 2012. gadā izdeva “Vadlīnijas pašvaldībām veselības veicināšanā”. Vadlīnijās apkopoti Latvijas un ārvalstu labās prakses piemēri dažādās veselības veicināšanas aktivitātēs un iniciatīvās četrām mērķa grupām: pirmsskolas un skolas vecuma bērniem, pieaugušajiem (strādājošajiem), jaunajām māmiņām un jaunajām ģimenēm, kā arī vecāka gājuma cilvēkiem (virs 65 gadu vecuma). Vadlīniju svarīgākie temati ir fiziskās aktivitātes, veselīgi ēšanas paradumi, cīņa ar atkarībām un ģimenes veselība (ievainojumu novēršana, infekciozu slimību profilakse, mutes veselība, reproduktīvās sistēmas veselība).

Kopš 2012. gada pašvaldības tiek aicinātas izvirzīt veselības veicināšanas kontaktpersonu saziņai un sadarbībai ar SPKC. Šobrīd 86 no 119 pašvaldībām ir izvirzījušas pilna laika vai pusslodzes kontaktpersonu. Tās pašvaldības, kuras ir izvirzījušas veselības veicināšanas kontaktpersonu, regulāri saņem informāciju un metodoloģisko palīdzību veselības veicināšanas jautājumos, kā arī informāciju par publiski finansētajām veselības veicināšanas aktivitātēm pašvaldību līmenī, apmācību iespējām, izdotajiem palīgmateriāliem un citiem jautājumiem. 2012. gadā ar Eiropas Sociālā fonda atbalstu vietējām veselības veicināšanas kontaktpersonām tika organizētas 30 apmācību stundas. Apmācību programma tika īstenota Rīgas Stradiņa universitātē un Latvijas Ārstu biedrībā. Šajosursos piedalījās kopumā 204 cilvēki.

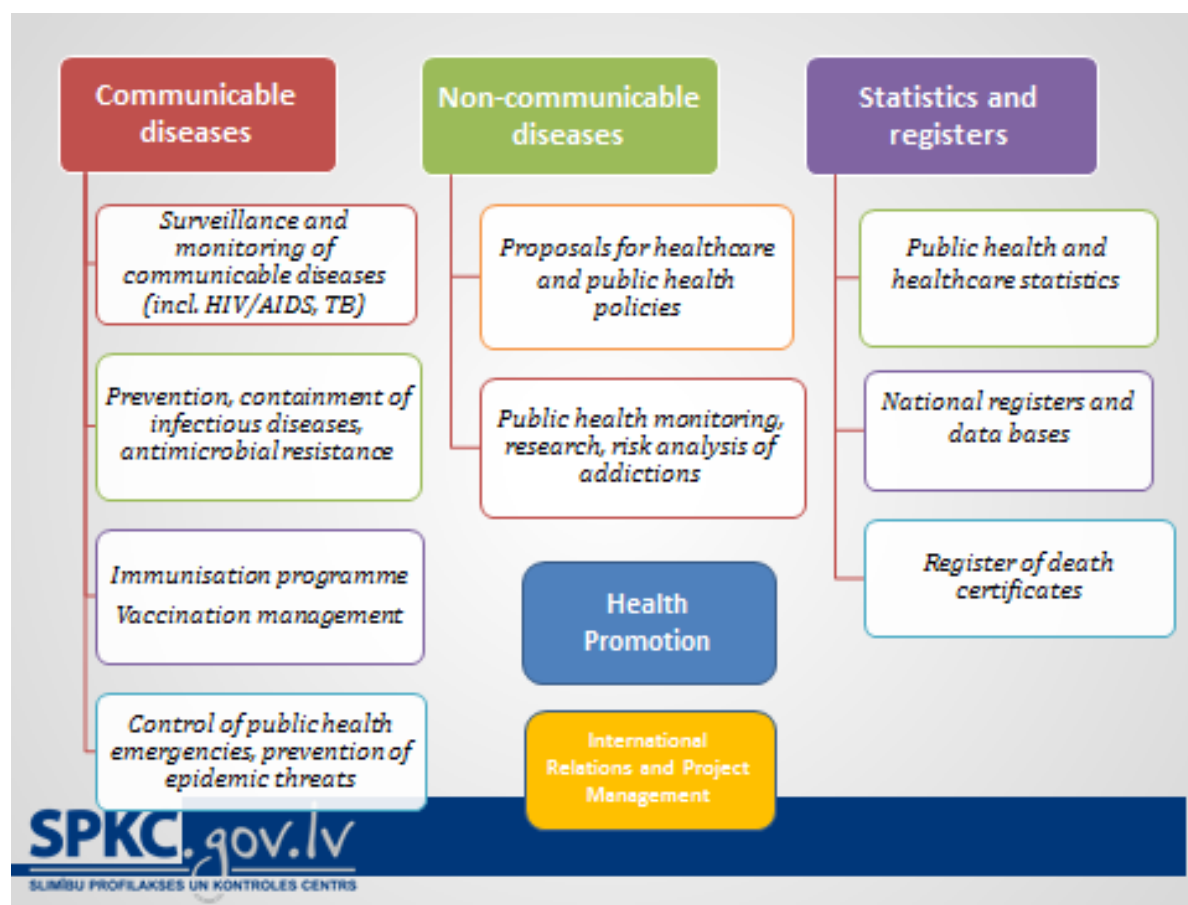
Lai veicinātu Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.–2020. gadam ieviešanu, VM sadarbībā ar PVO, Latvijas Pašvaldību savienību un Rīgas Stradiņa universitāti izveidojusi nacionālo veselīgo pašvaldību tīklu (NVPT) kā daļu no PVO Veselīgo pilsētu programmas. NVPT tiecas veicināt labās prakses un ideju apmaiņu, atbalstīt vietējās pašvaldības un sniegt metodoloģisko atbalstu saistībā ar dažādiem sabiedrības veselības un veselības veicināšanas jautājumiem. Dalība NVPT ir brīvprātīga un bezmaksas. Šajā tīklā iesaistījušās jau 35 pašvaldības. NVPT saviem biedriem organizē radošās darbnīcas un pieredzes apmaiņas vizītes. Tīklā katru gadu nosaka noteiktu veselības veicināšanas virzienu, kuru vietējās pašvaldības pēc tam īsteno praksē. 2014. gadā bija izvēlēta fizisko aktivitāšu veicināšana.

Tāpat SPKC kopā ar VM, Izglītības un zinātnes ministriju, Izglītības kvalitātes valsts dienestu, Valsts izglītības satura centru, Latvijas Pašvaldību savienību, Latvijas Vecāku forumu (NVO) un PVO ir uzsācis atjaunot Nacionālo veselību veicinošo skolu tīklu (NVVST). Ir izveidota arī padomdevēja institūcija – Nacionālo veselību veicinošo skolu tīkla padome –, kas veicina NVVST izveidi, attīstību, koordināciju, sadarbību un uzraudzību Latvijā. Tajā var iesaistīties visas izglītības iestādes, kas vēlas īstenot veselības veicināšanas aktivitātes. 2015. gadā plānota aktīva dalības institūciju piesaistīšana.

Veselības veicināšanas organizatoriskais ietvars ir īpaši svarīgs. Tā kā veselība un sociālā labklājība atrodas divu dažādu ministriju pārziņā, īpaši nozīmīga ir cieša sadarbība starp abām ministrijām. Eiropā pastāv divas veselības un sociālās labklājības organizēšanas tradīcijas valdības līmenī: dažās valstīs veselība un sociālā labklājība atrodas vienas un tās pašas ministrijas pārziņā, taču citās valstīs šīs nozares tiek nodalītas vai sociālā labklājība tiek apvienota ar nodarbinātību. Abiem modeļiem ir teorētisks un praktisks pamatojums.

Taču veselība un labklājība nav tikai VM un Labklājības ministrijas pārziņā, jo nepieciešama arī starpnozaru sadarbība un citu ministriju iesaiste. Iepriekšējos politikas dokumentos un jaunajās Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.-2020.gadam veselības veicināšanas metodes lielākoties ir saistītas ar izglītojošām un sociālās komunikācijas iniciatīvām, kas tiecas veicināt veselīgus apstākļus, dzīvesveidu un paradumus un zināmā mērā pārorientēt veselības aprūpes pakalpojumus. Taču citu svarīgu veselības veicināšanas komponentu ieviešana, proti, vides un sabiedrības apstākļu izmaiņas, un starpnozaru sadarbība norit vāji, tādēļ to nepieciešams attīstīt. Starpnozaru sadarbībai un rīcībai ar mērķi uzlabot veselību nepieciešams visaptverošs plāns un noturīga struktūra gan nacionālā, gan vietējā līmenī. Lai izmainītu paradumus, samazinātu riska līmeni un slimību slogu, veselīgajām izvēlēm jābūt vēlamām un viegli pieejamām.

Turpmāk sniegta SPKC organizatoriskā struktūra. Organizācijas galvenās funkcijas ir infekcijas un neinfekcijas slimību profilakse, datu ieguve un statistikas un reģistru uzturēšana, veselības veicināšana un starptautisko attiecību un projektu vadība. SPKC atbild par veselību ietekmējošo paradumu pētījumu plānošanu un organizēšanu. Datu praktisko ieguvu veic ārštata darbinieki, bet procesu vada organizācija. Pašlaik SPKC ir 150 štata darbinieku, no kuriem trīs ceturtdaļas ieguvušas universitātes grādu, ieskaitot desmit doktora grādu ieguvušos.



Communicable diseases – Infekcijas slimības

Surveillance and monitoring of communicable diseases (incl. HIV/AIDS, TB) – Infekcijas slimību (iesk. HIV/AIDS, tuberkulozi) uzraudzība un monitorings

Prevention, containment of infectious diseases, antimicrobial resistance – Infekcijas slimību profilakse, ietvērums, antimikrobā rezistence

Immunisation programme, Vaccination management – Imunizācijas programma, Vakcinācijas pārvaldība
Control of public health emergencies, prevention of epidemic threats – Sabiedrības veselības ārkārtas situācijas kontrole, epidēmijas draudu profilakse

Non-communicable diseases – Neinfekcijas slimības

Proposals for healthcare and public health policies – Ierosinājumi saistībā ar veselības aprūpes jomu un sabiedrības veselības politiku

Public health monitoring, research, risk analysis of addictions – Sabiedrības veselības monitorings, atkarību izpēte, risku analīze

Health promotion – Veselības veicināšana

International relations and project management – Starptautiskās attiecības un projektu vadība

Statistics and registers – Statistika un reģistri

Public health and healthcare statistics – Sabiedrības veselība un veselības aprūpes statistika

National registers and data bases – Nacionālie reģistri un datu bāzes

Register of death certificates – Miršanas apliecību reģistrs

Ieviešot veselības veicināšanas programmu, īpaša nozīme ir SPKC. Centram nepieciešamas skaidras pilnvaras valdībā, pietiekami cilvēku un materiālie resursi, kā arī organizatoriskā un finansiālā pēctecība. Lieti noder veselības veicināšanas kontaktpersonu tīkla izveide pašvaldību līmenī, lai gan tīkls vēl neaptver visas pašvaldības. Starp SPKC un kontaktpersonām jānorit nepārtrauktai saziņai un sadarbībai (personīga saziņa, vienota mājaslapa, biļetens, tikšanās, apmācību semināri, konferences utt.). Kontaktpersonām jābūt skaidrām pilnvarām pašvaldību līmenī, un šiem cilvēkiem jāklūst par veselības veicināšanas starpnozaru sadarbības koordinatoriem pašvaldībās. Veselību veicinošās pašvaldības (pilsētas) un veselību veicinošās skolas piedāvā noturīgas un apstākļos balstītas veselības veicināšanas stratēģijas. Veselību veicinošās darbavietas varētu būt trešais darba virziens. Šo stratēģiju un aktivitāšu plānošanu un ieviešanu jākoordinē un cieši jāsaista ar citām SPKC un vietējo veselības veicināšanas kontaktpersonu īstenotajām veselības veicināšanas aktivitātēm.

(ii) Veselības veicināšanas aktivitātes

Veselības veicināšanas plāns visam 2014.–2020. gada plānošanas periodam ietver 36 dažādas programmas, kuru kopējais Eiropas Savienības finansētais budžets pārsniedz 50 miljonus eiro (2. pielikums). Programmas virzieni ir iedalīti šādās vispārējās nozarēs:

- Atkarību izraisošo vielu (alkohola, narkotiku un tabakas) un procesu (azartspēļu, datoratkarības) izplatības ierobežošana.
- Veselīga uztura veicināšana.
- Fizisku aktivitāšu veicināšana sabiedrībā.
- Seksuālā un reproduktīvā veselība.
- Ārējie mirstības cēloņi, traumatisma profilakse.
- Mutes veselība.
- Infekcijas slimību izplatības ierobežošana.
- Garīgā veselība (stresa menedžments, garīgā pārslodze, darbaholisms utt.).

Programmas virzieni ir svarīgi, taču ieviešanas plāns nav skaidrs un to nepieciešams pārskatīt. Pamatojoties uz epidemioloģiskajiem datiem saistībā ar veselības paradumiem, riska faktoriem, saslimstību un mirstību, īpaša uzmanība jāpievērš diviem jautājumiem: tabakas smēķēšanas un alkohola

patēriņa samazināšanai. Svarīga ir arī veselīgu ēšanas paradumu un fizisko aktivitāšu veicināšana, taču šie jautājumi ir komplicētāki, tādēļ nepieciešams iegūt papildu informāciju, lai tos efektīvi risinātu.

Galvenās plānotās programmu aktivitātes ir šādas: (1) tematiskās lekcijas un semināri; (2) interešu grupu organizēšana; (3) vienaudžu izglītības programmu attīstīšana; (4) izglītojošu īsfilmu veidošana; (5) interaktīvās izglītojošās klases; (6) aktivitātes pašvaldībās ar mērķi popularizēt noteiktus paradumus vai iespējas; (7) atkarību profilakses programmu rūpīga izstrāde un ieviešana izglītības iestādēs; (8) vasaras nometņu organizēšana; (9) informatīvu materiālu sagatavošana (plakāti, grāmatas, brošūras, audiovizuālie materiāli); (10) kompleksi sabiedrības informēšanas materiāli. Visās pieminētajās aktivitātēs informācijas izplatīšanu izmanto kā galveno metodoloģiju paradumu mainīšanai. Līdztekus šīm indivīda līmeņa aktivitātēm nepieciešama arī plašāka sociālā, ekonomiskā un vides pieeja.

Lai efektīvi samazinātu neinfekcijas slimību riska faktoru izplatību un slimības slogu, papildu informēšanas un komunikācijas aktivitātēm nepieciešams radīt arī veselību veicinošu vidi. Piemēram, centieni izglītēt bērnus par briesmām, ko rada pārmērīgs sāls daudzums uzturā, visticamāk, nepanāks gaidīto rezultātu, ja tajā pašā laikā netiks mēģināts samazināt sāls daudzumu pārtikas produktos, kurus parasti ēd bērni un pusaudži; to var panākt ar normatīvo regulējumu, kā arī uzraugot sāls daudzumu skolās pieejamajos pārtikas produktos un vienojoties ar ražotājiem. Par rīcības instrumentiem vides pārmaiņu panākšanai var uzskatīt arī nodokļu un cenu politiku, likumdošanu un normatīvo regulējumu, vides plānošanu, sadarbību starp dažādiem valdības sektoriem un publiskajām-privātajām partnerībām.

Lai praksē panāktu vides pārmaiņas, sākumā jāidentificē noteiktu slimību riska faktori un jāanalizē šo slimību pamatā esošie paradumi un cēloņi, kas rada šos riska faktorus. Tiklīdz slimības izraisītie paradumi un to cēloņi ir identificēti, iespējams labāk noteikt rīcības mērķus. Nākamajā piemērā redzams rīcības mērķu noteikšanas process, lai samazinātu sāls patēriņu uzturā, kas ir riska faktors sirds un asinsvadu slimībām.

Piemērs: Rīcības izstrāde, lai samazinātu pārāk lielu sāls patēriņu uzturā

1. solis: paradumu un to cēloņu identificēšana

Behavioral drivers

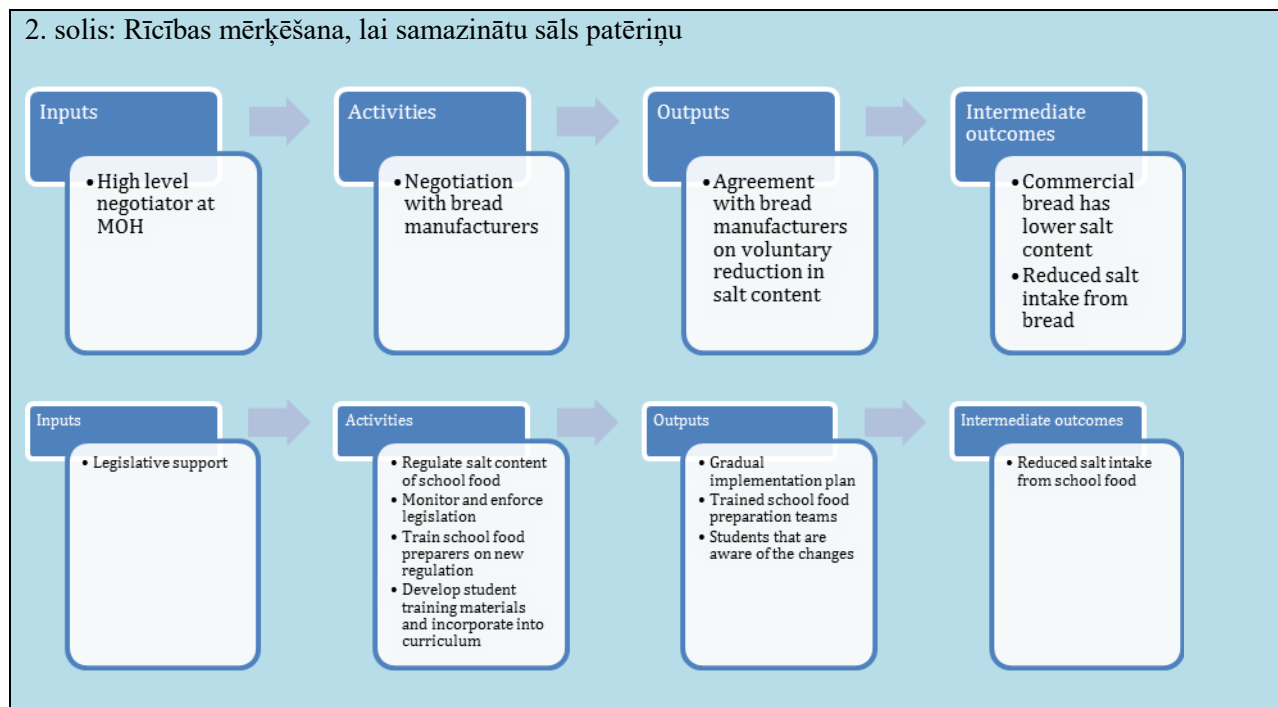
- Manufacturers prefer to add more salt because it increases sales
- High-salt concentrations in food creates habituation
- Consumers are not aware of the risks of excessive salt intake
- Salt is readily available in all dining settings

Behaviors

- High concentration of salt in commercial bread
- High concentration of salt in processed products
- High concentration of salt in institutional settings (school food, cafeteria food, hospital food, etc)
- Consumers add salt to already salted dishes in institutional, commercial and home settings

Excessive salt intake across the lifecycle age groups.

2. solis: Rīcības mērķēšana, lai samazinātu sāls patēriņu



Paradumu cēloņi

- Ražotāji pievieno vairāk sāls, jo tas veicina pārdošanas rādītājus.
- Augsta sāls koncentrācija ēdienā rada pieradumu.
- Patērētāji nav informēti par pārmērīga sāls patēriņa riskiem.
- Sāls ir brīvi pieejams visās ēstuvēs.

Paradumi

- Augsta sāls koncentrācija tirdzniecībā esošajā maizē.
- Augsta sāls koncentrācija rūpnieciski ražotajos produktos.
- Augsta sāls koncentrācija institucionālajā vidē (skolās pasniegtajos ēdienos, kafejnīcu ēdienos, slimnīcu ēdienos utt.).
- Patērētāji pievieno papildu sāli jau iepriekš sālītajiem ēdieniem institucionālajā, komerciālajā un mājas vidē.

Pārmērīgs sāls patēriņš visas vecuma grupās.

Rīcības

- Augsta līmeņa sarunu vedējs VM

Aktivitātes

- Sarunas ar maizes ražotājiem

Rezultāti

- Vienošanās ar maizes ražotājiem par brīvprātīgu sāls koncentrācijas samazināšanu

Starpposmu rezultāti

- Tirdzniecībā esošajā maizē ir mazāk sāls
- Mazāks no maizes uzņemtā sāls daudzums

Rīcības

- Likumdošanas atbalsts

Aktivitātes

- Regulēt sāls daudzumu skolas ēdienos
- Uzraudzīt un īstenot likumdošanu
- Informēt skolu pavārus par jauno normatīvo regulējumu
- Izstrādāt skolēnu apmācības materiālus un iekļaut mācību programmā

Rezultāti

- Pakāpenisks ieviešanas plāns
- Apmācītas skolu pavāru komandas
- Skolēni, kuri ir informēti par izmaiņām

Starpposmu rezultāti

Mazāks no skolas ēdiena uzņemtā sāls daudzums

Lai gan lielākoties neinfekcijas slimību profilakse norit ārpus veselības nozares, ārstu un citu veselības aprūpes speciālistu līdzdalība ir īpaši svarīga panākumu gūšanai. Veselības aprūpes speciālisti parasti ir uzticami savas kopienas eksperti un viedokļu līderi. Divi no deviņiem PVO Rīcības plāna mērķiem ir tieši saistīti ar veselības aprūpes pakalpojumiem. Veselības aprūpes pakalpojumi ietver riska faktoru skrīningu un konsultēšanu par veselīgu dzīvesveidu kā daļu no ikviena pacienta ārstēšanas. Īpaša uzmanība jāpievērš tieši smēķēšanas atmešanas atbalstam smēķētājiem.

Neaizsargāto sabiedrības grupu uzrunāšana

Veselības veicināšanas plāns izšķir piecas sociālās atstumtības grupas: bērni, veci cilvēki, trūcīgie, bezdarbnieki un cilvēki, kuri dzīvo laukos un attālās teritorijās. Šīs iedzīvotāju grupas var raksturot kā „grūti sasniedzamas”, jo tās ir mazāk integrējušās ikdienas dzīvē, pakalpojumu sniegšanas sistēmās un komunikāciju tīklos.

Latvijā tāpat kā daudzās citās valstīs cilvēkiem ar zemiem ienākumiem un zemu izglītību ir sliktāka veselība, sliktāka piekļuve veselības aprūpes pakalpojumiem un īsāks paredzamais mūža ilgums, salīdzinot ar cilvēkiem ar augstākiem ienākumiem un augstāku izglītību (Sabiedrības veselības stratēģija 2011-2017. gadam). Detalizētie dati par veselības sociāli ekonomiskajām atšķirībām Latvijā nav pieejami, taču neseno veikto pārskatu par 13 Eiropas valstīm rāda, ka veselības sociāli ekonomiskās atšķirības pārējās Baltijas valstīs, Igaunijā un Lietuvā, ir lielākas, salīdzinot ar citām Eiropas valstīm, un veselības nevienlīdzība šajās divās valstīs ir izteikti pieaugusi pēdējo divu desmitgažu laikā (Mackenbach et al). Situācija Latvijā varētu būt līdzīga, tāpēc tai jāpievērš īpaša uzmanība, sākot no datu ievākšanas un analīzes, lai izvērtētu sociāli ekonomiskās atšķirības riska faktoru un saistīto veselības rezultātu ietvaros.

Nesen Vācijā veiktā pētījumā ir uzsvērta nepieciešamība procesos iesaistīt sociālās drošības sistēmu, lai vērstos pie bezdarbniekiem¹. Latvijas gadījumā tai jābūt Labklājības ministrijai. Līdzīga sistēmas iesaistīšanās varētu būt nepieciešama, lai uzrunātu trūcīgos un vecos cilvēkus, jo šīs ir mērķa grupas, kurām kalpo minētā ministrija. Tāpat pastāv virkne uz pierādījumiem balstītu vadlīniju, kas ietver metodes vecu cilvēku uzrunāšanai, kuras var izmantot ieskatam^{2,3}. Dažas valstis, piemēram, Austrālija,

¹ Brüssig, M. et al, “*Health promotion for unemployed jobseekers: New developments in Germany*”, Health Policy, 114 (2014), 192-199.

² Lis, K., Reichert, M., Cosack, A., Billings, J. & Brown, P. (Ed.) (2008). *Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People*. Austrian Red Cross, Vienna.

³ National Council on Aging, *Evidence-based Health Promotion Programs for Older Adults*, Washington, DC, 2012

īpašu uzmanību ir pievērsušas veselības veicināšanas pakalpojumu attīstīšanai lauku un attālos apgabalos, un dažus no šo valstu izmantotajiem paņēmieniem var izskatīt, lai noteiktu, vai tie ir izmantojami Latvijā⁴.

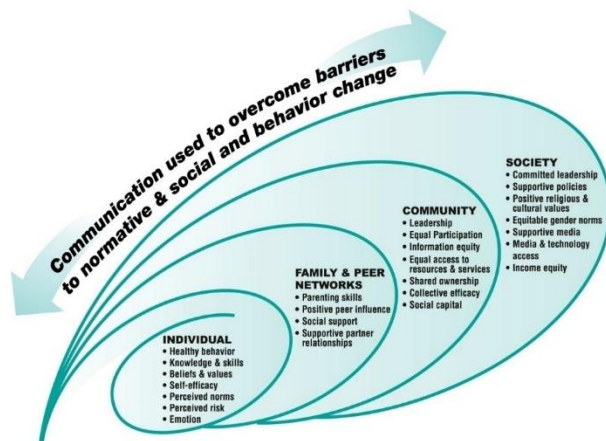
Katrai no sešām sociālās atstumtības apakšgrupām ir nepieciešama uz veselību aspektiem vērsta komunikācija, kas ir pielāgota šo grupu vajadzībām, tādējādi nodrošinot, ka šie iedzīvotāji saņem informāciju un sociālo atbalstu, kas atbilst viņu dzīvesstilam un tiek nodrošināts pareizajā laikā, rezultātā veicinot veselīgākas izvēles.

Atzīstot, ka uzvedības izpausmes vienmēr parādās konkrētā sociālā kontekstā, 1. attēlā (zemāk) sniegtais sociāli ekoloģiskais ietvars ir noderīgs modelis, lai noteiktu konceptus saiknei starp personas uzvedību un sabiedrības kontekstu.

Šķēršļi personas uzvedībai var rasties jebkurā līmenī, savukārt, komunikācija palīdz pārvarēt šos sarežģījumus attiecīgajos līmeņos. Individīdiem, mājsaimniecībām un kopienām ir nepieciešamas stratēģiski veidotas sociālo un uzvedības izmaiņu komunikācijas (SBCC) iniciatīvas, lai tādējādi visapkārt rosinātu dialogu un jaunu sociālo normu un uzvedību īstenošanu. Lai radītu un efektīvi īstenotu šīs SBCC programmas, veselības aprūpes speciālistiem, pedagogiem un citiem speciālistiem, kuri sniedz sociālos pakalpojumus, ir nepieciešamas izcilas komunikācijas prasmes, veicinoša organizatoriskā vide un atbalstu sniedoša politika un vadība.

1. attēls: Sociāli ekoloģiskais komunikācijas modelis

Tāpat sociāli ekoloģiskais komunikācijas modelis uzsver, cik būtiski ir integrēt SBCC aktivitātes ar centieniem paplašināt pakalpojumus, palielināt piekļuvi precēm, kā arī apmācīt un nodrošināt aprīkojumu pakalpojumu sniedzējiem. Bez šīs saiknes palielināts pieprasījums pēc produktiem un/vai pakalpojumiem, ko nav iespējams efektīvi apmierināt, pievils mērķauditorijas un var izraisīt negatīvu reakciju pret sniegtajiem vēstījumiem



1.attēls: Sociāli ekoloģiskais komunikācijas modelis

Communication used... – Šķēršļu pārvarēšanai izmantojamā komunikācija normatīvām, sociālām un uzvedības izmaiņām

INDIVIDUAL - INDIVĪDS

Healthy behaviour - Veselīga uzvedība

Knowledge & skills - Zināšanas un prasmes

Beliefs & values - Uzskati un vērtības

Self-efficacy - Pašefektivitāte

⁴ See for example: <http://ruralhealth.org.au/news/shining-light-rural-and-remote-health-0>, or Commonwealth of Australia, *National Strategic Framework for Rural and Remote Health*, Canberra, 2012

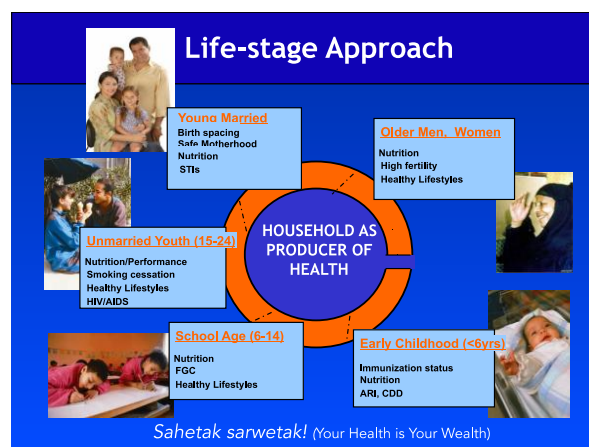
Perceived norms - Uztvertās normas
 Perceived risk - Uztvertais risks
 Emotion - Emocijas
FAMILY & PEER NETWORKS – ĢIMENES UN LĪDZGAITNIEKU TĪKLI
 Parenting skills – Bērnu audzināšanas prasmes
 Positive peer influence - Pozitīva līdzgaitnieku ietekme
 Social support – Sociālais atbalsts
 Supportive partner relationships – Atbalstu sniedošas partnerattiecības
COMMUNITY - KOPIENA
 Leadership - Vadība
 Equal participation - Vienlīdzīga dalība
 Information equity - Informācijas objektivitāte
 Equal Access to resources & services - Vienlīdzīga piekļuve resursiem un pakalpojumiem
 Shared ownership - Kopīgas īpašumtiesības
 Collective efficacy - Kolektīva efektivitāte
 Social capital - Sociālais kapitāls
SOCIETY - SABIEDRĪBA
 Committed leadership - Ieinteresēta vadība
 Supportive policies – Atbalstu sniedoša politika
 Positive religious & cultural values - Pozitīvas reliģiskās un kultūras vērtības
 Equitable gender norms - Taisnīgas dzimumu normas
 Supportive media – Atbalstu sniedoši mediji
 Media & technology access - Piekļuve medijiem un tehnoloģijām
 Income equity - Taisnīgi ienākumi

Ņemot vērā mērķauditoriju un Latvijā prioritarizēto veselības vajadzību dažādību, galvenās grūtības būs izstrādāt visaptverošu tēmu vai stratēģisko fokusa punktu, kas apvienos visus aspektus vienā saskaņotā kopumā. Viena šāda pieeja pastiprināti pievēršas ģimeņu dzīves posmiem jeb dzīves cikliem. Ēģiptē laika posmā no 2004. līdz 2011. gadam integrēta nacionālā veselības programma *Komunikācija veselīgai dzīvei* (CHL) īpaši pievēršās „ģimenēm kā veselības radītājam” un stratēģiski segmentēja dažādu mērķauditorijas apakšgrupu vajadzības atkarībā no to dzīves posma (Hess et al., 2012). Tajā pašā laikā CHL sauklis „Jūsu veselība ir Jūsu bagātība” kalpoja kā kopējās kampaņas vienojošais elements (skatīt 2. attēlu).

Katram mērķauditorijas segmentam un katrai vēlamajai uzvedībai tika izstrādātas īpašas komunikācijas aktivitātes uzvedības mainīšanai, ņemot vērā unikālo faktoru kopumu, kas ietekmē konkrēto mērķauditorijas segmentu. Tajā pašā laikā tēma „veselība ir bagātība” uzrunāja ar plaši zināmu vērtību, kas tika noteikta veidojošā pētījuma laikā un kas atbilst visu sabiedrības vecuma grupu pārstāvjiem. Turklāt, kamēr katram dzīves posmam bija noteikti īpaši uzvedības mērķi, kopējais ietvars parādīja, kā notiek šo posmu pāreja un kā tie tiek apskatīti ģimenes un sabiedrības kontekstā. Labas veselības uzvedība, kas uzsākta agrīnā posmā vai kopīgi, atspoguļo pozitīvo ieguldījumu veselībā un tai būs uzkrājosa, ilgspējīga ietekme uz veselības uzvedību nākotnē.

2. attēls: Dzīves posmu metode

Dažas uzvedības izpausmes, piemēram, roku mazgāšana, pamata higiēnas darbības un uzturs ir atbilstošas visos dzīves posmos, tāpat kā atsevišķas attieksmes, prasmes vai resursi



(piem., pašefektivitāte vai pārliecība pārvaldīt veselību; spēja meklēt un saprast informāciju par veselību; spēja piekļūt pakalpojumiem, veselības precēm un sociālajam atbalstam). Vēl viena integrēta metode ir *veselības kompetence* (Storey et al. 2008, Pollock & Storey 2012), kuras mērķis ir stiprināt šīs visaptverošās uzvedības, attieksmes, prasmes un resursus, lai veicinātu veselīgu lēmumu pieņemšanu plašā rezultātu diapazonā. Pētījumi rāda, ka par veselību zinoši cilvēki laika gaitā piekopj veselīgāku uzvedību un ka veselības kompetences agrīnajai attīstībai piemīt katalītiska iedarbība uz sekojošo uzvedību.

2. attēls: Dzīves posmu metode

Life-stage Approach – Dzīves posmu metode

HOUSEHOLD AS PRODUCER OF HEALTH – ĢIMENE KĀ VESELĪBAS RADĪTĀJA

Young Married – Jauni precējušies

Birth spacing – Intervāls starp dzemdībām

Safe Motherhood – Drošs mātes stāvoklis

Nutrition – Uzturs

STIs – STI

Older Men, Women - Vecāki vīrieši, sievietes

Nutritional – Uzturs

High fertility – Augsta auglība

Healthy Lifestyles – Veselīgi dzīvesveidi

Unmarried Youth (15-24) – Neprecējušies jaunatne (15-24)

Nutrition/Performance – Uzturs/Sniegums

Smoking cessation – Smēķēšanas atmešana

Healthy Lifestyles – Veselīgi dzīvesveidi

HIV/AIDS – HIV/AIDS

School Age (6-14) – Skolas vecums (6-14)

Nutrition – Uzturs

FGC – Ģimeņu grupas konference

Healthy Lifestyles – Veselīgi dzīvesveidi

Early Childhood (<6 yrs) – Agrā bērnība (< 6 gadi)

Immunization status – Imunizācijas statuss

Nutrition – Uzturs

ARI, CDD – ARI, diarejas slimību kontrole

(Your Health is Your Wealth) – (Jūsu veselība ir Jūsu bagātība)

Komunikācijas plānošanas process (P-ProcessTM)

Latvija piedāvā iesaistīt valdības partneru daudznozaru komandu, kas veidota no veselības aprūpes, izglītības, lauksaimniecības un citu nozaru speciālistiem, kā arī partnerus mediju vidū un kopienas līmenī. Stratēģijas izstrādei jābūt kolektīvai darbībai, kurā ir iesaistītas visas ieinteresētās puses, tādējādi optimizējot vienprātību un ieinteresētību, kā arī sinhronizējot aktivitātes visu nozaru ietvaros, veselības jomās un sabiedrības līmeņos. Papildus iesaistīšanai plānošanas posmā ieinteresētās puses vēlams iesaistīt arī radošajā posmā, kad tiek izstrādāti un vietējām vajadzībām pielāgoti vēstījumi un materiāli, tajā pašā laikā nodrošinot, lai šie vēstījumi ir saskaņā ar visaptverošo tēmu un kampaņas „zīmolu”. Plaša ieinteresēto pušu iesaistīšana arī stiprina vispārējo pētniecības, pārraudzības un izvērtēšanas procesu, kas apkopo pierādījumus lēmumu pieņemšanai un ietekmes izvērtēšanai. Visbeidzot, ieinteresēto pušu iesaistīšanās un dalība visos līmeņos veicina „mācīšanos procesa gaitā”, kas sekmē iespējas komunikācijas kampaņām nākotnē.

3. attēls: P-Process

P-Process (3. attēls) (HCCC, 2013) sniedz vadlīnijas stratēģiskai komunikācijas plānošanai. Šīs vadlīnijas nodrošina, lai komunikācijas aktivitātes ir koordinētas un saskaņotas, tādējādi sasniedzot norunātos mērķus un uzdevumus. P-Process ir balstīts uz pierādījumiem un tipiski iezīmē prioritārās mērķauditorijas, komunikācijas mērķus, stratēģiskās metodes, pozīciju un vēstījumus, kā arī īstenošanas, pārraudzības un izvērtēšanas plānus. P-Process sastāv no pieciem soļiem.



3. attēls: P-Process

THEORY – TEORIJA

PARTICIPATION – LĪDZDALĪBA

CAPACITY – KAPACITĀTE

1 Inquire – 1 Informācijas ievākšana

2 Design Strategy – 2 Plānošanas stratēģija

3 Create & Test – 3 Radīšana un pārbaude

4 Mobilize & Monitor – 4 Mobilizēšana un pārraudzība

5 Evaluate & Evolve – 5 Izvērtēšana un pilnveidošana

- **Informācijas ievākšanas** mērķis ir gūt dziļāku ieskatu SBCC šķēršļos konkrētā kontekstā, un sociālajos un uzvedības virzītājspēkos, kas veicina vai darbojas kā šķēršļi vēlamās(-o) uzvedības(-u) izpratnē. Latvija jau ir paveikusi lielu darba apjomu šī posma ietvaros un atrodas labā pozīcijā, lai īstenotu savas situācijas analīzi stratēģiskas komunikācijas plānā.
- **Plānošanas stratēģija** ietver tāda plāna izveidi, ko ikviens atbalstīs. Šis process ietver konceptuāla ietvara (izmaiņu teorijas) un tēmas vai zīmola, kas virzīs un vienos visas aktivitātes un vēstījumus, izstrādi. Tiek noteikti un raksturoti konkrēti mērķauditorijas segmenti, kā arī komunikācijas veidi, ar kuriem iespējams uzrunāt vēlamās mērķauditorijas un ar kuriem var īstenot īpašos vēstījuma veidus. Tiek izstrādāti darba plāni, kā arī pārraudzības un izvērtēšanas plāns. Atkārtoti jāatzīmē, ka Latvija jau ir veikusi lielu darba apjomu šajā posmā, bet tāpat var būt nepieciešams veikt neaizsargāto iedzīvotāju grupu papildu analīzi no komunikācijas viedokļa, kā arī jānosaka vienota izmaiņu teorija un programmas zīmols, kas apvienos visas aktivitātes un vēstījumus.
- **Radīšana un pārbaude** ietver programmas komunikācijas produktu, tostarp masu mediju un drukāto materiālu, līdzdalības procesu, apmācību, kopienas pasākumu un citu produktu izstrādi, kas atbilst programmas stratēģijai, tēmai un zīmolam, un kam ir lielākā iespējamība ietekmēt konkrētos uzvedības noteicošos faktorus, kas ir noskaidroti informācijas ievākšanas posmā. Iepriekšēja pārbaude ir būtiska, lai pārliecinātos, ka vēstījumi ir skaidri saprotami un praktiski pielietojami.
- **Mobilizēšana un pārraudzība** ietver procesu īstenošanu un rūpīgu pārraudzību, lai nodrošinātu, ka stratēģiskais plāns īstenojas kā plānots. Vietējām ieinteresētajām pusēm pārraudzības procesā jāpiešķir galvenā loma, lai ir var noteikt šķēršļus un trūkumus un, ja nepieciešams, tos novērst programmas gaitā.
- **Izvērtēšanai un pilnveidošanai** ir nepieciešams veikt starpposma uzvedības noteicošo faktoru, uz kuriem vērsta programmas stratēģija, izmaiņu mērīšanu, kā arī uzvedības un veselības rezultātu, ko izraisījušas šādas starpposma izmaiņas, mērīšanu. Precīza ietekmes izvērtēšana atspoguļo saikni starp programmas ietekmi un rezultātiem, tādējādi iespējams noteikt esošo rezultātu cēloņus un pārliecināties, ka programmai īpaši izstrādātā stratēģija tiešām ir mehānisms, kura ietekmē notiek izmaiņas. Šis ir galvenais izvērtēšanas aspekts, kas ļauj sabiedrības veselības programmām gadu no gada pilnveidoties un kļūt labākām.

Tomēr, lai mazinātu nevienlīdzību veselības jomā, vides izmaiņu iekļaušana visaptverošā veselības veicināšanas stratēģijā parasti ir efektīvāks līdzeklis nekā tikai izglītošana un komunikācija veselības jautājumos. Izglītotiem cilvēkiem ir labākas zināšanas veselības jautājumos, lielāki resursi, un viņi ir vairāk ieinteresēti savā veselībā, tāpēc šī sabiedrības grupa no veselības izglītošanas kampaņām iegūst vairāk nekā cilvēki ar zemāku izglītību. Pretstatā tabakas izstrādājumu cenas paaugstināšana un veselīgu pārtikas produktu cenu pazemināšana vairāk ietekmē trūcīgo cilvēku uzvedību, salīdzinot ar turīgajiem, savukārt, bezmaksas veselīgas pusdienas skolā uzlabo no trūcīgām ģimenēm nākušu bērnu uzturu.

(ii) Izvērtēšanas ietvars

Plānotais izvērtēšanas ietvars sastāv no 22 rādītājiem un atsevišķa plāna veselības izvērtēšanai vietējā līmenī (3. pielikums). Ieteiktie rādītāji ir klasificēti sešās grupās: vispārējais (viens rādītājs), sirds un asinsvadu slimības (4 rādītāji), onkoloģija (3 rādītāji), garīgā veselība (6 rādītāji), perinatālā veselība (3 rādītāji) un sociāli ekonomiskā situācija (3 rādītāji). Lielākā daļa šo rādītāju ir saistītas ar saslimstību, mirstību un veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu. Katram rādītājam ir noteikts arī datu ievākšanas līmenis („pieejamība” un „lietojamība”). Detalizēti komentāri par rādītājiem ir sniegti pielikumā.

Lai gan šie rādītāji ir svarīgi veselības situācijas novērtēšanai Latvijā, tos nevar izmantot plānotās veselības veicināšanas programmas izvērtēšanai šajā posmā. Saslimstības un mirstības vietā galvenais uzsvars jāliek uz veselības uzvedības un riska faktoru līmeņu pārraudzību, kā arī saistītajām zināšanām un attieksmēm. Šajos starpniekfaktorus izmaiņas var novērot dažu gadu laikā, bet, lai sagaidītu programmas ietekmi uz mirstības līmeni, nepieciešami vismaz 5-10 gadi. Turklāt var pastāvēt virkne veicinošu faktoru, kas ietekmē saslimstību un mirstību, un kas var apgrūtināt veselības veicināšanas aktivitāšu ietekmes nodalīšanu.

Piemēram:

- Ceļu satiksmes drošības kampaņas ietvaros ietekmi uz ceļu satiksmes negadījumu rezultātā izraisīto nāves gadījumu skaitu var mazināt tādi faktori kā neatliekamās medicīniskās palīdzības pieejamība, ceļu seguma stāvoklis vai laika apstākļi. Taču tādi faktori kā drošības jostas lietošana, ķiveres lietošana un braukšanas reibumā biežums ir starprezultāti, kas var kalpot kā labi rādītāji tam, vai īpašās aktivitātes darbojas.
- Skolas veselības kampaņas ietvaros saiknes veidošana ar vēža slimības un sirds un asinsvadu slimību biežumu būs praktiski neiespējama, jo radīsies ievērojama kavēšanās, līdz būs pieejami pietiekami daudzi precedenti. Tomēr var veikt mērījumus attiecībā uz tādu riska faktoru mazināšanos kā, piemēram, bērnu aptaukošanās/ķermeņa masas indekss, fiziskās aktivitātes, tabakas izstrādājumu lietošana, kā arī attiecībā uz konkrētiem rezultātiem, piemēram, pusaudžu grūtniecība.

Programmai būs nepieciešams noteikt konkrētos riska faktorus, kuriem programmas ietvaros plānots pievērsties. Šos riska faktorus jānosaka katrā prioritāšu jomā. Turklāt, ņemot vērā, ka dažādās vecuma grupās galvenie izskatāmie faktori ir atšķirīgi, to noteikšana saskaņā ar dzīves cikla posmu palīdzēs strukturēt programmu. Prioritāro risku saraksts varētu izskatīties šādi:

Zīdaiņi un pirmsskolas vecuma	Skolas vecuma bērni	Bērni pirms pusaudža	Jaunieši	Vidēja vecuma pieaugušie	Veci cilvēki
-------------------------------	---------------------	----------------------	----------	--------------------------	--------------

	bērni		vecumā, pusaudži			
Bērna un mātes veselība, seksuālā un reproduktīvā veselība	Nav vai maz zīdīti ar krūti		STI, pusaudžu grūtniecība	STI, neplānota grūtniecība	STI	
Garīgā veselība un kaitīgie ieradumi		Ņirgāšanās	Smēķēšanas uzsākšana, atkarību izraisošo vielu lietošanas uzsākšana, alkohola lietošana, ņirgāšanās	Smēķēšana, atkarību izraisošo vielu lietošana, pārmērīga alkohola lietošana, stress	Smēķēšana, atkarību izraisošo vielu lietošana, pārmērīga alkohola lietošana	Smēķēšana, atkarību izraisošo vielu lietošana, pārmērīga alkohola lietošana
Sirds un asinsvadu slimības un vēzis		Aptaukošanās, maza augļu un dārzeņu lietošana uzturā, liels sāls patēriņš, nepietiekamas fiziskās aktivitātes	Aptaukošanās, maza augļu un dārzeņu lietošana uzturā, liels sāls patēriņš, nepietiekamas fiziskās aktivitātes	Aptaukošanās, maza augļu un dārzeņu lietošana uzturā, liels sāls patēriņš, nepietiekamas fiziskās aktivitātes Smēķēšana, alkohola pārmērīga lietošana	Aptaukošanās, maza augļu un dārzeņu lietošana uzturā, liels sāls patēriņš, nepietiekamas fiziskās aktivitātes Smēķēšana, alkohola pārmērīga lietošana	Aptaukošanās, maza augļu un dārzeņu lietošana uzturā, liels sāls patēriņš, nepietiekamas fiziskās aktivitātes Smēķēšana, alkohola pārmērīga lietošana
Nelaiemes gadījumi un ārējie cēloņi	Zīdaiņu pēkšņās nāves sindroms (ZPNS), kritieni, noslīkšana, ceļu satiksmes negadījumi			Transportlīdzekļa vadīšana alkohola reibumā, vadīšana bez pieredzes	Transportlīdzekļa droša vadīšana	

Veselības uzvedības, jo īpaši smēķēšanas ieraduma, uzraudzību ir ieteicams veikt katru gadu vai vismaz reizi divos gados, izmantojot interviju vai aptauju par veselības stāvokli. Reizi 4 vai 5 gados ir jāsavāc dati par fiziskajiem un bioloģiskajiem riska faktoriem.

Papildus rādītāju uzraudzībai ir jāņem vērā citas izvērtēšanas pieejas. Pie tām attiecas izvērtēšana un ietekmes izvērtēšana.

Uzraudzības veidi un izvērtēšanas pieejas

Pastāv trīs plaši uzraudzības veidi un izvērtēšanas pasākumi: monitorings (uzraudzība), izvērtēšana un ietekmes izvērtēšana.

Monitorings (Uzraudzība) ir ilgstošs process, kas seko līdz tam, kas notiek programmas ietvaros, un izmanto iegūtos datus, lai informētu par programmas īstenošanu, ikdienas pārvaldīšanu un lēmumiem. Parasti uzraudzība izseko ievadi, aktivitātes un rezultātus. Uzraudzība ir jāveic visās programmās, pat tajās, kurām ir veiksmīgas īstenošanas pieredze.

Izvērtēšana ir periodiska, objektīva plānoto, pašlaik īstenojamo vai pabeigto projektu, programmas vai politikas novērtēšana. Tā tiek izmantota, lai atbildētu uz specifiskiem jautājumiem par izveidi, īstenošanu un rezultātiem. Plašākā nozīmē izvērtēšana var atrisināt trīs veida jautājumus: (i) aprakstošos jautājumus: izvērtēšana cenšas noteikt, kas notiek, un apraksta procesus, apstākļus, organizatoriskās attiecības un ieinteresēto pušu viedokļus; (ii) normatīvos jautājumus: izvērtēšana salīdzina to, kas notiek, ar to, kam vajadzētu notikt, un (iii) cēloņu-seku jautājumus: izvērtēšanas pārbauda iznākumu un mēģina novērtēt, kā iejaukšanās ietekmē rezultātus.

Ietekmes izvērtēšana ir īpašs izvērtēšanas veids, kas cenšas atbildēt uz cēloņa-seku jautājumiem, tas ir, kāda ir programmas ietekme (vai nejaušs efekts) uz interešu rezultātu? Ietekmes izvērtēšana meklē izmaiņas rezultātos, kas ir tieši attiecināmi uz programmu. Ietekmes izvērtēšana var būt dārga, ilgstoša un var ierobežot programmu. Lai attaisnotu tehnisko un finanšu resursu mobilizēšanu, kas nepieciešami, lai veiktu ietekmes izvērtēšanu augstā līmenī, izvērtējamajam iejaukšanās procesam jābūt: (i) inovatīvam – tiek pārbaudīta jauna, daudzpusīga pieeja; (ii) atdarināmam – programma var tikt paplašināta un piemērota atšķirīgā vidē; (iii) stratēģiski atbilstošam – programma ir labākā parauga iniciatīva, tai nepieciešami būtiski resursi, plāno aptvert lielu cilvēku skaitu vai var radīt būtiskus ietaupījumus; (iv) nepārbaudītam – par programmas efektivitāti ir maz zināms; (v) ietekmīgam – rezultāti tiks izmantoti, lai informētu par galvenajiem politikas lēmumiem.

Ietekmes izvērtēšana novērtē programmas ietekmi, salīdzinot iejaukšanās labuma guvējus ar citu iejaukšanās labuma guvēju loku, kas ir līdzīgi, bet negūst labumu no iejaukšanās. Zelta standarta metode, līdzīgi kā medicīniskos eksperimentos, ir sadalīt potenciālo labuma guvēju grupu divās apakšgrupās, ārstēšanas grupā un salīdzinājuma grupā, izmantojot iedalījumu pēc nejaušības principa.

Latvijā noteikti ir iespējas nākt klajā ar ietekmes izvērtēšanas stratēģijām. Piemēram:

1. Tas, ka pastāv vairāk nekā 100 pašvaldības, varētu dot iespēju izvērtēšanas programmām, kas tiek īstenotas pašvaldību līmenī. Piemēram, ja pašvaldībām tiek lūgts nākt klajā ar pašvaldības darbības plānu, varētu domāt par izvērstu plānu, kur 50 nejauši izvēlētas lauku pašvaldības tiek lūgtas nākt klajā ar plānu un to īstenot. Tās varētu būt pašvaldību „ārstēšanas” grupas, kamēr citas pašvaldības būtu „salīdzināšanas” grupas. Ja izvērtēšana parāda, ka programma ir efektīva, to varētu izvērst citās pašvaldībās. Ja izvērtēšana parāda, ka programma nav efektīva, tad būtu labāk neīstenot programmu atlikušajās pašvaldībās un nākt klajā ar labāku pieeju.
2. Par aktivitātēm, kas mērķētas uz bērniem un tiek realizētas skolās, var domāt par izvēršanas plānu, kur skolas tiek atlasītas dalībai izvērtēšanas pētījumā, un puse no skolām tiek iedalīta ārstēšanas grupā, kamēr otra puse tiek izvēlēta salīdzināšanas grupai. Šī metode var būt noderīga, lai iedarbinātu skolas programmas, kas mēģina palielināt fiziskās aktivitātes un uzlabot uztura paradumus skolēnu vidū.

Citas programmas, tādas kā centieni samazināt sāls daudzumu apstrādātos produktos, neatbilst ietekmes izvērtēšanai, jo nav iespējams identificēt ietekmes un salīdzināšanas grupas. Taču šo programmas veidu

var uzraudzīt un izvērtēt, piemēram, varētu būt noderīgi periodiski savākt Latvijā pārdodamās maizes paraugus un nodrošināt, ka sāls saturs pakāpeniski samazinās.

Veselības aprūpes iestāžu datu izmantošana parasti ir laikietilpīga, un tiem vajadzīga ļoti rūpīga interpretācija, lai izvairītos no neobjektīviem secinājumiem. Jo īpaši ambulatoro pacientu diagnostikas procedūras bieži ir vāji definētas, un datu struktūra nav sistemātiska. Turklāt, veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas palielināšanās, piemēram, ar garīgās veselības problēmām, var norādīt uz palielinātu saslimstību un reālu pieprasījumu, bet arī uz labāku pakalpojumu pieejamību. Ierosināto onkoloģijas rādītāju ieguve var būt laikietilpīga, bet tie var būt pieejami nacionālajā uz iedzīvotājiem balstītā vēža reģistrā SPKC. Miršanas reģistrs parasti ir diezgan ticams Eiropas valstīs, un parasti ir visticamākais iznākumu rādītājs, kas pamatojas uz reģistru. Tomēr, kā minēts iepriekš, mirstība no hroniskām un neinfekcijas slimībām mainās relatīvi lēni – parasti ir nepieciešami vismaz 5-10 gadi, lai redzētu veselības veicināšanas pasākumu ietekmi uz mirstību. Turklāt Latvijas pašvaldību mazā iedzīvotāju skaita dēļ mirstība un citi rādītāji var tikt izmantoti tikai valsts vai, ja atbilstošs, reģionu līmenī.

Kritēriji veselības novērtēšanai vietējā līmenī.

Ierosinātie „Kritēriji veselības novērtēšanai vietējā līmenī” ir tehniski sarežģīti un visticamāk nav izpildāmi, daži no rādītājiem neiederas Latvijas apstākļos. Lai aprēķinātu ierosinātos saslimstības un mirstības rādītājus, Latvijas pašvaldībās ir pārāk maz iedzīvotāju. Pat ja nepieciešamie dati būtu pieejami, kas varētu arī nebūt, gadījumu skaits katrā pašvaldībā (analīzes vienība) būs pārāk mazs (ar tieksmi uz nejaušu novirzi), lai varētu veikt jebkādu nozīmīgu statistisku salīdzināšanu. Tādēļ saslimstības un mirstības rādītājus var izmantot tikai reģionālā un valsts līmenī, un ierosinātais AK izvērtēšanas modelis nav izpildāms Latvijas apstākļos.

Analizējot demogrāfiskā riska faktora datus, analīzes vienība ir saistīta ar pētījuma parauga kopas lielumu. Vajadzīgais izlases lielums (jauda) mainās atkarībā no mainīgā procentos, bet parasti ir vismaz 500 katrā nodalījumā (teritorija, dzimums, vecuma grupa u.c.). Eiropas Veselības pārbaudes pārskata (EHES) protokolā ieteicamais minimālais izlases lielums ir 4000 vienā valstī. Izmantojot šo izlases lielumu Latvijā, nozīmīgus salīdzinājumus var veikt kopumā 10 nodalījumos, t.i., dati var tikt analizēti, nodalot pēc dzimuma un sešiem izpētes apgabaliem (Rīga un pieci reģioni). Lielāks izlases lielums ir iespējams, ja ir pieejami nepieciešamie resursi. Cits svarīgs faktors, papildus izlases lielumam, kas ietekmē gan statistisko jaudu, gan arī iegūto datu ticamību, ir atsaucības līmenis. Lai iegūtu ticamu iedzīvotāju novērtējumu, atsaucības (līdzdalības) līmenim jābūt pēc iespējas lielākam, vismaz 70%. Diemžēl tikai dažas Eiropas valstis savos veselības pētījumos ir spējīgas sasniegt šādu līdzdalības aktivitātes līmeni.

No otras puses ierosinātie procesa rādītāji ir noderīgi un arī izpildāmi veselības veicināšanas pasākumu uzraudzībā pašvaldību līmenī, un tie sniedz datus arī par valsts novērtējumu. Procesu uzraudzību varētu veikt katru gadu, savācot datus no pašvaldībām, ieskaitot turpmāk minētos rādītājus, piemēram:

- pašvaldībai ir pilna/nepilna laika veselības veicināšanas personāls;
- pašvaldībai ir deleģēta veselības veicināšanas kontaktpersona;
- pašvaldībai ir veselības veicināšanas politikas plāns;
- veselības veicināšana ir iekļauta pašvaldības vietējā (daudznozaru) plānošanas dokumentā (un pašvaldībai ir daudznozaru veselības veicināšanas koordinēšanas mehānisms);
- pašvaldība piedalās veselību veicinošo pašvaldību/pilsētu programmā;
- pašvaldība piedalās veselību veicinošo skolu programmā (un iesaistījušos skolu skaits);
- datu apkopojums par veselības veicināšanas pasākumiem pašvaldībā;
- pašvaldības budžets veselības veicināšanai.

Ir jāatzīmē, ka Latvijas pašvaldības un pilsētas ļoti atšķiras pēc lieluma. Rīga ir galvaspilsēta, kamēr citas pilsētas un pašvaldības ir mazas. Tādēļ, lai novērtētu veselības veicināšanas pasākumus un resursus Rīgā, var būt nepieciešami īpaši izveidoti izvērtēšanas instrumenti.

7. Konstatējumu kopsavilkums

Pēdējo desmitgažu laikā Latvijas iedzīvotāju veselības stāvoklis ir ievērojami uzlabojies. Taču neskatoties uz pozitīvo attīstību paredzamais dzīves ilgums joprojām ir zemāks un mirstība, jo īpaši no sirds un asinsvadu slimībām, ir augstāka nekā kaimiņos esošajās Ziemeļvalstīs. Arī salīdzinājumā ar divām pārējām Baltijas valstīm Latvijā veselības stāvoklis ir nedaudz sliktāks nekā Igaunijā un Lietuvā. Ir jāatzīmē arī, ka Latvijā, tāpat kā citās Baltijas valstīs, dzimumu atšķirība pēc paredzamā dzīves ilguma un mirstības ir daudz lielāka nekā Ziemeļvalstīs.

Izvēlētajās prioritārās jomas - sirds un asinsvadu slimības, vēzis, mātes un perinatālā mirstība, kā arī garīgā veselība - ir pamatotas un pamatojas uz epidemioloģisko datu rūpīgu interpretāciju. Temati par plānotajiem veselības veicināšanas pasākumiem – veselīgs uzturs, fiziskās aktivitātes, garīgā veselība, seksuālā un reproduktīvā veselība, zīdīšanas veicināšana, traumatisma profilakse, infekcijas slimību profilakse un atkarību izraisošo vielu lietošanas samazināšana – arī ir piemēroti līdzekļi, lai palīdzētu risināt slimību slogu no izvēlētajām prioritārajām slimībām, un atbilst vislabākajai starptautiskai praksei. Taču sirds un asinsvadu slimību un vēža profilakses kontekstā ir jānošķir dažāda veida atkarību izraisošās vielas, tabaka, alkohols un nelegālās narkotikas. Šo trīs atkarību izraisošo vielu līmeņa samazināšanas stratēģijas ir atšķirīgas. Pamatojoties un pieejamajiem datiem par riska faktoriem, smēķēšanas izplatības samazināšana ir prioritāra darbības joma. Alkohola patēriņš arī ir augsts. Dati par uzturu un fiziskajām aktivitātēm ir mazāk visaptveroši, var būt nepieciešama papildu informācija, lai izstrādātu pamatotas stratēģijas un pasākumus uzlabošanai. Veselīga uztura jomā būtiski svarīgas sastāvdaļas ir augļu un dārzeņu lietošana uzturā, sāls patēriņš un apjoms, kā arī tauku veids.

Veselības veicināšanas politika Latvijā būtībā ir pamatota. VM veic politisku, normatīvu un regulējošu vadību. Latvijas Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC) koordinē pasākumus un sniedz tehnisku atbalstu pašvaldībām, kuras (lielākā daļa no tām) ir iecēlušas pašas savas veselības veicināšanas kontaktpersonas. Būtiski svarīgi ir, lai gan SPKC, gan pašvaldībām būtu nepieciešamie resursi un organizatoriskā stabilitāte. Ir jānostiprina starpnozaru sadarbība gan valsts, gan vietējā līmenī, kā arī nevalstisko dalībnieku loma, labāk jāapzina sabiedriskās organizācijas un privātais sektors.

Plānoto veselības veicināšanas pasākumu un stratēģiju pieeja ir diezgan šaura un kā uzvedības maiņas metodi izmanto galvenokārt izglītības un informācijas izplatīšanu un iejaukšanos individuālā līmenī. Lielāks uzsvars ir jāliek uz (sociālās, kultūras, ekonomikas un fiziskās) vides maiņu. Turklāt, veselīgu uzvedību noteicošie faktori lielā mērā atrodas ārpus veselības nozares pilnvarām, un tādēļ ir nepieciešama citu nozaru iesaistīšanās un daudznozaru darbība.

Plānotais izvērtēšanas ietvars galvenokārt balstās uz saslimstības un mirstības datu apkopošanu, kas ir svarīga informācija iedzīvotāju vispārējā veselības stāvokļa novērtēšanai, bet nav sensitīva un pietiekami savlaicīga, lai uzraudzītu un izvērtētu veselības veicināšanas programmu. Tādējādi galvenais uzsvars ir jāliek uz regulāru un sistemātisku datu savākšanu par uzvedības, psiholoģiskiem un bioloģiskiem riska faktoriem un to noteicošajiem faktoriem. Ir jānorīko (vai jāizveido) organizācijas, kas ir atbildīgas par datu savākšanu un to epidemioloģisko analīzi, un ir jāpiešķir tam nepieciešamie resursi.

8. Rekomendācijas

Ņemot vērā šā novērtējuma rezultātus, turpmāk minētajās sadaļās ir apkopotas rekomendācijas Latvijas veselības veicināšanas programmas uzlabošanai un sniegti ieteikumi nākamajiem potenciālajiem soļiem.

(i) Veselības veicināšanas politikas organizācija

Veselības veicināšanas politikas organizācija Latvijā ar tās trīs līmeņiem – politisko (VM), valstiski tehnisko (SPKC) un vietējo (vietējās pašvaldības un kontaktpersonu tīkls pašvaldībās) – būtībā ir pamatota. Taču ir jāgarantē organizatoriskā stabilitāte un pietiekami resursi. Gan valsts, gan vietējā līmenī ir jāizveido pastāvīgas struktūras starpnozaru sadarbībai. Ir nepieciešama sadarbība un savstarpējā saprašanās starp VM un Labklājības ministriju.

SPKC pilnvaras ir būtiski svarīgas veselības veicināšanas un slimību profilakses koordinēšanai un tehniskajam atbalstam. Vajadzētu apspriest, vai pilnvaras varētu aptvert arī veselīgas uzvedības un riska faktoru datu savākšanu un uzraudzīšanu.

Kritiski jānovērtē veselības veicināšanas infrastruktūra kopumā, ieskaitot organizāciju, personālu un finansējumu. Ir nepieciešams precizēt dažādu organizāciju lomu un atbildību veselības veicināšanas pasākumu plānošanā un īstenošanā, epidemioloģisko datu savākšanā un analizēšanā un pasākumu izvērtēšanā. Kā iespēju vajadzētu apsvērt nacionālā sabiedrības veselības institūta (NSVI/Slimību kontroles centra (SKC)) izveidošanu – ar plašām pilnvarām aptvert veselības veicināšanu un aizsardzību, slimību profilaksi, uzraudzīt riska faktorus un iedzīvotāju veselības stāvokli, tostarp gan infekcijas, gan neinfekcijas slimības.

Veselības veicināšanas stratēģijā galvenais uzsvars būtu jāliek uz galveno neinfekcijas slimību riska faktoru, jo īpaši tabakas smēķēšanas un alkohola lietošanas samazināšanu. Ir nepieciešams iegūt vairāk datus par iedzīvotāju uzvedības (paradumu) riska faktoriem, tādu kā uzturs un fiziskās aktivitātes, un par bioloģiskajiem riska faktoriem (glikozes un holesterīna līmenis asinīs) un garīgo veselību.

Veselības veicināšanā īpaša uzmanība nepieciešama vides maiņai. Lai arī veselīga uzvedība tāpat kā smēķēšana, alkohola lietošana un fiziskās aktivitātes ir individuāls lēmums, to lielā mērā ietekmē sociālā, kultūras, ekonomiskā un fiziskā vide. Vides maiņa arī ir līdzeklis, lai uzlabotu veselības kapitālu. Veselīgai izvēlei vajadzētu būt vienkāršai un pieejamai.

Lai gan veselību noteicošie faktori lielākoties atrodas ārpus veselības aizsardzības nozares, svarīgi iesaistīt veselības veicināšanā un slimību profilaksē veselības pakalpojumu sniedzējus. Pirmkārt, riska izvērtēšanai un, ja nepieciešams, paradumu maiņu atbalstam jāklūst par daļu no kontakta ar ikvienu pacientu. Bez paradumu maiņas ārsti un citi veselības aizsardzības nozarē strādājošie profesionāļi atbild arī par tādu bioloģisko riska faktoru farmaceitisku ārstēšanu kā augsts asinsspiediens, augsts holesterīna un cukura līmenis asinīs. Otrkārt, veselības aizsardzības nozarē strādājošie profesionāļi ir atzīti eksperti un sabiedrības locekļi savas kopienas ietvaros, un viņu spējas nepieciešamas vides maiņas veicināšanai un veselīgas vides izveidei.

Stratēģijai jābūt skaidri definētiem mērķiem un uzraudzības rādītājiem. PVO neinfekcijas slimību rīcības plāns un tā deviņi brīvprātīgie mērķi, kā arī 25 saistītie rādītāji, pielāgoti Latvijas apstākļiem, varētu tikt izmantoti kā stratēģiskās plānošanas pamats. Kaimiņu Baltijas valstis un Ziemeļvalstis var izmantot salīdzinošai novērtēšanai.

Starpnozaru sadarbība un daudznozaru darbība veselības labā ir jānostiprina gan valsts (valdības), gan vietējā (pašvaldību) līmenī. Īpaši svarīga ir sadarbība starp VM un Labklājības ministriju, bet ir vajadzīga arī citu nozaru iesaistīšanās. Turklāt, ir nepieciešama nevalstisko organizāciju, tādu kā sabiedrisko organizāciju, profesionālo biedrību un privātā biznesa sektora, iesaistīšanās.

Beidzot, nepieciešams izveidot veselības veicināšanas finansēšanas sistēmu. Veselības veicināšana un attiecīgs finansējums iekļauti Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.-2020.gadam. Nākamajos gados no ES tiks saņemta liela daļa finansējuma. Tomēr būtiski plānot pietiekamu finansējumu Latvijas vispārējā budžetā, paredzot to veselības veicināšanai, lai finansējums nebūtu atkarīgs vienīgi no ES un citiem no ārpusē piedaistītiem līdzekļiem. Veselības veicināšanas finansējuma iespējamie avoti varētu būt, piemēram, daļa no iekasētā alkoholisko dzērienu un tabakas izstrādājumu akcīzes nodokļa.

(ii) Veselības veicināšanas pasākumi

Veselības veicināšanā ir jāiekļauj vispusīga pieeja:

- veselības izglītība un saziņa (ieskaitot programmas, kas paredzētas īpašām viegli ievainojamām iedzīvotāju grupām);
- vides maiņa
 - o cenu un nodokļu politika;
 - o likumdošana un regulēšana;
 - o vides plānošana;
- sabiedrības piedalīšanās;
- daudznazaru darbība;
- privātā sektora iesaistīšanās;
- veselības pakalpojumu pārorientācija
 - o riska faktoru (un vēža) skrīnings;
 - o īpaši pakalpojumi sociālās atstumtības grupām.

Plānoto veselības veicināšanas pasākumu temati ir atbilstoši un pamatoti ar pieejamiem epidemioloģiskiem datiem. Taču to īstenošanai ir vajadzīga daudz vispusīgāka pieeja. Jo īpaši šajā pieejā jāiekļauj daži vides maiņas elementi.

Piemēram, lai samazinātu tabakas smēķēšanu, ir jāapsver šādas iejaukšanās:

- cenas un nodokļu palielināšana;
- no tabakas dūmiem brīva vide;
- reklāmas un pārdošanas veicināšanas aizliegums;
- ilustrēti brīdinājumi un vienkāršs iepakojums;
- smēķēšanas uzsākšanas novēršana jaunu cilvēku vidū;
- palīdzība smēķētājiem atmest smēķēšanu;
- nelegālā importa kontrole.

Fiziskās aktivitātes un veselīgu uzturu var veicināt, izmantojot:

- vispārēju izglītību un informācijas sniegšanu veselības jautājumos;
- veselību veicinošu cenu un nodokļu politiku;
- likumdošanu un regulēšanu (ieskaitot pārtikas produktu marķēšanu);
- produktu attīstību un sadarbību ar privāto sektoru;
- vides maiņu un veselību veicinošu pilsētplānošanu;
- fizisko aktivitāšu un veselīgu maltīšu nodrošināšanu skolās.

Līdzīgi pārmērīga alkohola patēriņa samazināšanai ir jāapsver šādas iejaukšanās:

- cenas un nodokļu palielināšana;
- reklāmas un pārdošanas veicināšanas ierobežošana;
- kopējā alkohola patēriņa samazināšana;
- nelegālā importa kontrole.

Ir jāsavāc dati par riska faktoriem un ar to saistītajiem veselības rezultātiem un jāanalizē saistībā ar sociālekonomiskā fona faktoriem. Vides maiņa un veselības noteicošo sociālekonomisko faktoru ietekmēšana ir efektīvs līdzeklis, lai samazinātu nevienlīdzību veselības jomā. Turklāt, ir nepieciešama arī mērķtiecīga individuāla iejaukšanās, lai uzlabotu visievainojamāko iedzīvotāju grupu veselību.

Veselīga uztura un fizisko aktivitāšu veicināšanai vajag vairāk datu par visu iedzīvotāju un atsevišķu iedzīvotāju apakšgrupu uztura paradumiem. Tomēr sāls uzņemšana, augļu un dārzeņu patēriņš, kā arī tauku veids un daudzums ir galvenie uztura jautājumi neinfekcijas slimību profilaksē, un tāpēc tiem jābūt veselības veicināšanas aktivitāšu uzmanības centrā. Fizisko aktivitāšu veicināšanai ir jānosaka konkrēti fizisko aktivitāšu veidi (t.i., darbā, regulāros pārbraucienos un brīvā laikā).

Uz vidi balstītu veselības veicināšanu varētu īstenot arī (i) aktivizējot un paplašinot esošo veselīgas pilsētas un pašvaldības un veselīgu skolu tīklu, un (ii) apsverot veselīgu darbavietu tīkla un pasākumu ieviešanu.

Visbeidzot, ir jānostiprina arī sadarbība un komunikācija veselības veicināšanas tīkla ietvaros. To var paveikt ar turpmāk minētajiem līdzekļiem, pasākumiem un ieguldījumiem:

- internetā balstītiem līdzekļiem;
- informatīviem izdevumiem;
- regulārām tikšanās reizēm un mācību pasākumiem;
- ikgadēju veselības veicināšanas konferenci;
- nepieciešamā budžeta piešķiršanu.

(iii) Izvērtēšanas ietvars:

Ir jāizveido visaptveroša veselības veicināšanas izvērtēšanas shēma un jāprecizē dažādu organizāciju (VM, Centrālās Statistikas pārvaldes, SPKC, vēža reģistra, universitāšu, pašvaldības iestāžu u.c.) loma un atbildība. Ir jāanalizē pieejamie dati (par veselības pakalpojumiem, riska faktoriem, zināšanām un attieksmi, saslimstību un mirstību, veselības pakalpojumu izmantošanu u.c.), un jāizstrādā plāns turpmākai datu savākšanai un uzraudzībai.

Izskatītie dokumenti satur tikai rādītājus galīgo rezultātu līmenī. Monitoringa (uzraudzības) un izvērtēšanas stratēģijai ir noderīgi iegūt galīgo rezultātu rādītājus, lai saprastu programmas pamatu, identificētu galvenos jautājumus un pārbaudītu, vai rādītāji pārvietojas pareizā virzienā. Tomēr šis augsta līmeņa rādītāju veids neļauj uzraudzīt vai izvērtēt programmas efektivitāti, jo pastāv pārāk daudz apgrūtinājošu faktoru, kas arī ietekmē šos rādītājus. Turklāt, ir vajadzīgs daudz ilgāks laiks, lai novērotu veselības veicināšanas iejaukšanās potenciālo ietekmi uz saslimstības un mirstības rādītājiem. Tādējādi, izvērtējot rezultātus, galvenais uzsvars ir jāliek uz nepārtrauktu veselības uzvedības un fizisko un bioloģisko riska faktoru uzraudzību.

Veselības uzvedības uzraudzība jāveic katru gadu vai reizi divos gados, izmantojot jau tādas izstrādātas aptaujas/ pētījumus kā GJTA, GPTA un Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumu. Lai izvērtētu fizisko un bioloģisko riska faktoru līmeni iedzīvotāju vidū, jāizveido jauna veselības pārbaudes aptaujas sistēma, izmantojot EVPI, *STEPS*. Aptaujās var iekļaut Latvijas apstākļiem atbilstošas papildu sastāvdaļas.

Papildus rādītāju uzraudzībai ir jāapsver citas izvērtēšanas pieejas, ieskaitot izvērtēšanu un ietekmes izvērtēšanu.

Tā iemesla dēļ, ka lielākajā daļā Latvijas pašvaldību ir maz iedzīvotāju, rezultātu izvērtēšana ir jāveic, pamatojoties uz lielākām vienībām, valstiskā līmenī vai, ja atbilst, reģionālā līmenī. Papildus ģeogrāfiskajam izvietojumam dati jāanalizē pēc dzimuma, vecuma grupas un sociālekonomiskā stāvokļa. Nepieciešamā parauga lieluma dēļ apakšgrupu analīzes var veikt tikai valsts līmenī. Veselības rādītāju (risku faktoru, saslimstības, mirstības) novērtēšana nav iespējama vietējā līmenī, bet vietējā līmeņa procesu izvērtēšana var būt nozīmīga.

(iv) Ierosinājumi nākamajiem soļiem

Lai sniegtu detalizētākas un plašākas rekomendācijas Latvijas veselības veicināšanas programmas uzlabošanai, kā potenciālos nākamos soļus tiek ierosināts veikt turpmāk minētos pasākumus:

1. Mācību vizīte(-es) Somijā (viena vai divas grupas)

- dalībnieki
 - o veselības veicināšanas personāls (dažādi līmeņi un organizācijas);
 - o politisko lēmumu sagatavotāji;
 - o citu nozaru pārstāvji;
- vietas, kas jāapmeklē
 - o Nacionālais veselības un labklājības institūts (vizītes koordinators);
 - o Sociālās labklājības un Veselības ministrija;
 - o Nacionālais arodveselības institūts;
 - o NVO(-as) (ASH, Somijas sirds asociācija, Somijas plaušu veselības apvienība u.c.);
 - o pilsētas/pašvaldības veselības centrs;
 - o Somijas vēža reģistrs;
 - o Parlaments, Sociālās labklājības un veselības komisija;
- ierosinātais laiks: 2015. gada septembris;
- vizītes programma tiks plānota un galīgi izstrādāta sadarbībā ar Veselības un labklājības nacionālo institūtu (*THL*) Somijā un VM un citām organizācijām Latvijā.

2. Veselības veicināšanas un NIS profilakses seminārs Latvijā

- dalībnieki
 - o VM un SPKC veselības veicināšanas pamatpersonāls;
 - o veselības un veselības veicināšanas profesionāļi valsts un vietējā līmenī;
 - o politisko lēmumu sagatavotāji (valsts un vietējā līmenī);
 - o citu valdības nozaru pārstāvji, piemēram, Labklājības ministrijas, Izglītības un zinātnes ministrijas, Finanšu ministrijas utt.;
 - o nevalstiskās organizācijas;
 - o privātais sektors;
 - o preses un mediju pārstāvji;
- ziņotāji un koordinatori
 - o Latvijas veselības veicināšanas eksperti un politiskie vadītāji;
 - o PB veselības un veselības veicināšanas eksperti;
 - o Somijas ziņotāji, kas iepazinušies ar veselības veicināšanu un slimību profilaksi Somijā un arī starptautiskā līmenī;
 - o PVO/PVO Eiropas personāls;
 - o ES *SANTE* pārstāvis;
- ierosinātais laiks: 2015.gada septembris-oktobris.

3. Veselības veicināšanas aktivitāšu finansēšanas papildu, ilgtspējīgu un paredzamu avotu noteikšana.

„Grēku nodokļi” jeb nodokļi par sabiedrības veselībai kaitīgu vielu un pakalpojumu patēriņu var kalpot gan kā dzīvesveida izvēles uzlabotāji, gan ieņēmumu paaugstinātāji, lai kompensētu kaitējumu, ko sabiedrībai nodara šīs preces un pakalpojumi. Latvijā pašreiz nodokļi, kas piemērojami tabakas izstrādājumiem, atbilst PVO pēdējām rekomendācijām (75% no mazumtirdzniecības cenas), un Finanšu ministrija arī iekasē akcīzes nodokli par alkoholu, azartspēlēm un loterijām. Tomēr nav skaidrs, kā šie ieņēmumi no iekasētiem „grēku nodokļiem” Latvijā tiek izmantoti. Filipīnās, piemēram, šos ieņēmumus izmanto, lai samaksātu par Universālo veselības aprūpes programmu un atbalstītu tabakas audzētājus un citus, kuri cieš zaudējumus no samazināta tabakas izstrādājumu patēriņa. Savienotajās Valstīs ieņēmumus no valsts loterijām bieži vien izmanto valsts izglītības finansēšanai. Viena no iespējām nodrošināt veselības veicināšanas aktivitāšu finansējumu Latvijā būtu piešķirt noteiktu procentuālo daļu šo „grēku nodokļu” – piemēram, 2 procentus no visiem ieņēmumiem, kas gūti no nodokļiem par tabakas izstrādājumiem – konkrētām veselības veicināšanas aktivitātēm, kas varētu būt saistītas ar tabakas lietošanu – piemēram, smēķēšanas atmešanas programmām.

Vēl viens „grēku nodoklis”, ko Latvijā būtu vērts apsvērt, varētu būt iekasēts par neveselīgu pārtiku – piemēram, pārtiku, kas satur noteiktu daudzumu cukura vai konkrētus tauku veidus. Kaut arī šis nodokļa veids varētu kalpot neveselīga uztura patēriņa samazināšanai, tas varētu būt arī ievērojami regresīvs, ņemot vērā, ka nabadzīgākie iedzīvotāji lielāko daļu mājsaimniecības izdevumu tērē pārtikas iegādei. Šo jautājumu varētu risināt, par mērķi izvēloties restorānus vai citus pārdevējus, kuru ieņēmumi pārsniedz izvēlēto sliekšni. Un atkal ideālākajā gadījumā daļu iegūto ieņēmumu vajadzētu nodot veselības sistēmai.

- Ņemot vērā Latvijas pašvaldību pašreizējo lomu veselības veicināšanas aktivitātēs, līdz ar finansējumu no centrālā budžeta, būtu vērts apsvērt iespēju īstenot programmu „samaksa atbilstoši rezultātam”, kas būtu noformēta kā veselības „izaicinājums”, ļoti līdzīgi ASV Izglītības ministrijas īstenotajai programmai „Ātrumsacīkstes virsotnes sasniegšanai”. Šajā gadījumā pašvaldības tiktu atalgotas ar samaksu vienīgi *pēc* konkrētu mērķu sasniegšanas. Piemēram, Veselības ministrija varētu apsolīt atalgojumu, ja 85 procentiem visu pacientu, kas pieder noteiktai vecuma grupai un reģistrēti pie pašvaldībā praktizējošiem ģimenes ārstiem, holesterīna līmenis būtu zemāks par konkrētu līmeni vai, ja 75 procentiem visu bērnu vecumā no 6 līdz 18 gadiem nebūtu diagnosticēta aptaukošanās. Finansēšanas strukturēšana šādā veidā liek pašvaldībām meklēt risinājumus, kas derētu vietējā mērogā un nodrošinātu, ka vismaz tā daļa no paredzētā centrālā budžeta, kas paredzēta veselības veicināšanai, netiktu izmantota nelietderīgi.