(Ministru kabineta

 2021. gada

rīkojums Nr.           )

**Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas**

**plāns**

**2022.–2024. gadam**

**Rīga**

**2021**

# Saturs

[Saturs 2](#_Toc73698097)

[Izmantotie saīsinājumi 2](#_Toc73698098)

[I. Kopsavilkums 4](#_Toc73698099)

[II. Situācijas raksturojums 7](#_Toc73698100)

[1. Statistikas dati 9](#_Toc73698101)

[2. Riska faktoru izplatība un ietekme 18](#_Toc73698102)

[III. Rīcības virzieni 22](#_Toc73698103)

[1. Riska faktoru izplatības un ietekmes uz veselību mazināšana 22](#_Toc73698104)

[2. Visaptveroša valsts organizētā vēža skrīninga pilnveidošana 26](#_Toc73698105)

[3. Ārstniecības kvalitātes un pieejamības uzlabošana 28](#_Toc73698106)

[3.1. Agrīna diagnostika. 28](#_Toc73698107)

[3.2. Ārstēšana. 30](#_Toc73698108)

[3.3. Onkoloģisko pacientu rehabilitācija un paliatīvā aprūpe 33](#_Toc73698109)

[4. Vēža metodiskās vadības izveidošana Latvijā. 37](#_Toc73698110)

[5. Onkoloģisko slimību datu platformu un IT risinājumu pilnveidošana. 38](#_Toc73698111)

[6. Cilvēkresursu pieejamība onkoloģijas jomā. 39](#_Toc73698112)

[7. Pacientu apmierinātība. 43](#_Toc73698113)

[IV. Kopsavilkums par plānā paredzētajiem pasākumiem un to īstenošanai nepieciešamo finansējumu. 45](#_Toc73698114)

# Izmantotie saīsinājumi

|  |  |
| --- | --- |
| ANM plānsANOBI-RAD | Atveseļošanas un noturības mehānisma plānsApvienoto Nāciju OrganizācijaMamogrāfijas attēlveidošanas ziņošana un datu sistēma (Breast Imaging reporting and Data System). |
| BKUS | VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” |
| CNS | Centrālā nervu sistēma |
| CPV | Cilvēka papilomas vīruss |
| ES | Eiropas Savienība  |
| ESFIT | Eiropas Sociālais fondsInformācijas tehnoloģijas |
| KZS | Kompensējamo zāļu saraksts |
| LĢĀA | Latvijas Ģimenes ārstu asociācija |
| LLĢĀA | Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija |
| LM | Labklājības ministrija |
| LU | Latvijas Universitāte |
| MK | Ministru kabinets |
| NA | Normatīvais akts  |
| NMPON | Neatliekamās medicīniskās palīdzības un observācijas nodaļa |
| NRC „Vaivari” | VSIA “Nacionālais rehabilitācijas centrs „Vaivari”” |
| NVD | Nacionālais veselības dienests |
| NVO | Nevalstiskās organizācijas |
| OECI | Eiropas vēža institūtu organizācija (Organisation of European cancer institutes) |
| PSKUS | VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” |
| PVO | Pasaules Veselības organizācija |
| RAKUS | SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” |
| Reģistrs | Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuri slimo ar onkoloģiskām slimībām  |
| SPKC | Slimību profilakses un kontroles centrs |
| SSK - 10 | Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija |
| VIS | Vadības informācijas sistēma |
| VM | Veselības ministrija |
| ESMO | Eiropas medicīnas onkoloģijas biedrība (European Society for medical oncology) |
| NCCN | Nacionālais visaptverošais vēža tīkls (The National Comprehensive Cancer Network) |
| SIOPE | Starptautiskā bērnu onkoloģijas biedrība (International society of pediatric oncology) |
| NOPHO | Ziemeļvalstu bērnu hematoloģijas un onkoloģijas biedrība (Nordic Society of Pediatric Hematology and Oncology) |
| COG | Bērnu onkoloģijas grupa (The Children's Oncology Group) |
| GPOH | Bērnu onkoloģijas un hematoloģijas biedrība (Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie) |
| EGFR | Epidermas augšanas faktora receptors (epidermal growth factor receptor) |
| HER | Cilvēka epidermas augšanas faktora receptors (human epidermal growth factor receptor) |

# I. Kopsavilkums

Ļaundabīgie audzēji ir otrs biežākais nāves cēlonis Latvijas iedzīvotāju vidū, veidojot apmēram piekto daļu no visiem nāves cēloņiem (2019. g. 22%, vecumā līdz 64 gadiem – 26%). Ik gadu ~11 tūkstošiem Latvijas iedzīvotāju tiek diagnosticēts ļaundabīgais audzējs, ~6 tūkstoši ik gadu nomirst ļaundabīgo audzēju dēļ. Dinamikā mirstība no ļaundabīgajiem audzējiem pieaug – no 2010. gada mirstība pieaugusi par 7%.

Agrīna vēža atklāšana ir viens no būtiskākajiem faktoriem veselības atgūšanā. Onkoloģisko slimību riska faktoru mazināšana, agrīna diagnostiska, savlaicīga un efektīva ārstēšana un atbilstoša dinamiskā novērošana ir pamatprincipi, kas jānodrošina, lai mazinātu slimības negatīvo ietekmi uz indivīda veselību un dzīves kvalitāti, mazinot komplikāciju risku un novēršot priekšlaicīgu nāvi. Pašreizējais veselības aprūpes budžets nav pietiekams un būtiski ierobežo iespējas uzlabot un attīstīt veselības aprūpes pakalpojumus onkoloģijas jomā. Ņemot vērā onkoloģisko slimību izplatību un to ietekmi uz sabiedrības veselību kopumā, onkoloģija ir noteikta kā viena no veselības aprūpes jomas prioritātēm, kurā jāveic sistēmiskas izmaiņas un jānodrošina kvalitatīva menedžmenta izveide.

VM mērķis ir radīt nosacījumus, lai iedzīvotāji saņemtu izmaksu efektīvus, savlaicīgus, pieejamus un kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus.

Ņemot vērā minēto, VM ir sagatavojusi vidēja termiņa politikas plānošanas dokumentu „Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2022.–2024. gadam” (turpmāk – Plāns).

Plāna veidošanas ietvaros no 2020. gada decembra līdz 2021. gada martam tika rīkotas onkoloģijas domnīcas, kurās kopā, ar noteiktu regularitāti, strādāja vairākas iesaistītās puses, tādā veidā pārstāvot savu redzējumu, vajadzības un ekspertu viedokli. Savu redzējumu, sniedzot priekšlikumus, domnīcās pārstāvēja ārstniecības personas (primārās veselības speciālisti, dažādu profilu/ jomu onkoloģijas speciālisti, slimnīcu pārstāvji), VM un tās pakļautībā esošās iestādes, VM galvenie speciālisti (onkoloģijā – ķīmijterapijā, ginekoloģijā un dzemdniecībā, uroloģijā, ķirurģijā, fizikālajā un rehabilitācijas medicīnā), vairākas pacientu organizācijas (“Soli priekšā melanomai”, “Dzīvības koks”, Latvijas sieviešu-volontieru biedrība “VITA”, labdarības fonds “Rozā vilciens”, fonds “Movember Latvija”), Latvijas Universitātes Klīniskās un profilaktiskās medicīnas institūts, kā arī farmācijas industrijas pārstāvji.

Onkoloģijas domnīcas procesu virzīja neatkarīgi moderatori un visi dalībnieki piedalījās pēc vienlīdzības principa. Darbs norisinājās grupās, kuru sastāvs regulāri tika mainīts, lai nodrošinātu dalībnieku savstarpēju komunikāciju un dažādās perspektīvas, papildinot problēmu definēšanu un risinājumu veidošanu.

Domnīcā tika uzsvērts bērnu onkoloģisko saslimšanu atšķirīgums no pieaugušo onkoloģiskām saslimšanām, tai skaitā audzēju bioloģijas un sastopamības ziņā, kādēļ ESMO un NCCN diagnostiskās un ārstēšanas vadlīnijas bērnu onkoloģijai nav piemērojamas un arī ne pietiekamas. Tā vietā jāvadās pēc SIOPE, NOPHO, COG un GPOH vadlīnijām un bērnu vecuma audzējus jāārstē multricentrisku darba grupu ietvaros.

Plāna virsmērķis ir veicināt uz cilvēku centrētas un integrētas veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību onkoloģijā, vienlaikus novēršot priekšlaicīgu mirstību no onkoloģiskām slimībām.

Plāna mērķi:

1) veicināt veselīga dzīvesveida paradumus sabiedrībā, uzlabojot iedzīvotāju zināšanas un izpratni par onkoloģisko slimību riska faktoriem un to ietekmi, kā arī onkoloģisko slimību savlaicīgu diagnostiku;

2) pilnveidot esošo skrīningu aptveri un kvalitāti, uzlabot situāciju primārajā diagnostikā un ārstēšanā biežākajās ļaundabīgo audzēju lokalizācijās, tajā skaitā uzlabot medicīniskās un psihosociālās rehabilitācijas pieejamību, kā arī uzlabot diagnostikas, ārstēšanas un dzīves kvalitāti bērniem ar ļaundabīgiem audzējiem;

3) nodrošināt veselības aprūpes pēctecību, stiprinot pārvaldību un veicinot efektīvu veselības aprūpes resursu izlietošanu onkoloģijas jomā.

Plānā veicamie pasākumi ir virzīti uz to, lai:

* mazinātu onkoloģisko slimību riska faktoru izplatību sabiedrībā;
* ik gadu palielinātu vēža skrīninga aptveri, vienlaicīgi uzlabojot pieejamību, kvalitāti un pēcskrīninga diagnostiku;
* uzlabotu onkoloģisko pacientu ārstniecību, tai skaitā ļaundabīgo audzēju diagnostiku, medikamentozo un ķirurģisko ārstēšanu, aprūpi, medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus un pacientu novērošanu remisijas periodā, nodrošinot integrētu un visaptverošu vēža pacientu aprūpi un novēršot nevienlīdzību kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībai;
* attīstītu un veicinātu multidisciplināru pieeju onkoloģisko slimību pacientu ārstēšanā un aprūpē, tai skaitā uzlabojot onkoloģisko pacientu dzīves kvalitāti (medicīniskās un psihosociālās rehabilitācija un paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamību).
* mazinātu nevienlīdzību ārstēšanas iznākumos un pieejamībai, veicinātu pētniecību onkoloģijas jomā.

Plāna mērķi sasniedzami, realizējot septiņus rīcības virzienus:

1. Riska faktoru izplatības un ietekmes uz veselību mazināšana.
2. Visaptveroša valsts organizētā vēža skrīninga attīstība.
3. Ārstniecības kvalitātes un pieejamības uzlabošana.
4. Vēža metodiskā vadības izveidošana Latvijā.
5. Onkoloģisko slimību datu platformu un IT risinājumu pilnveidošana.
6. Cilvēkresursu pieejamība onkoloģijas jomā.
7. Pacientu apmierinātība.

Plāns sagatavots, pamatojoties uz šādiem dokumentiem:

* Nacionālais attīstības plāns 2021.-2027. gadam[[1]](#footnote-1);
* Latvijas Atveseļošanas un noturības mehānisma plāns[[2]](#footnote-2);
* Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021-2027. gadam[[3]](#footnote-3);
* Informatīvais ziņojums “Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas

plāna 2017.–2020. gadam izpilde”[[4]](#footnote-4);

* Eiropas Vēža uzveikšanas plāns[[5]](#footnote-5);
* Eiropas Komisijas Vēža misijas padomes rekomendācijas[[6]](#footnote-6);
* Eiropas Farmācijas stratēģija[[7]](#footnote-7);
* Eiropas Padomes ieteikums (2003.gada 2.decembris) par vēža skrīningu 2003/878/EC;
* Eiropas vadlīnijas krūts, kolorektālā un dzemdes kakla vēža skrīninga kvalitātes nodrošināšanai[[8]](#footnote-8);
* Ziņojums par Eiropas Padomes ieteikumu par vēža skrīningu īstenošanu (2017)[[9]](#footnote-9)
* Eiropas kodekss pret vēzi[[10]](#footnote-10);
* ANO Ilgtspējīgas attīstības mērķi - 3. mērķis - n**odrošināt veselīgu dzīvi un sekmēt labklājību jebkura vecuma cilvēkiem,** 3.4. apakšmērķis, kas paredz līdz 2030. gadam par vienu trešdaļu samazināt nelipīgu slimību izraisītu priekšlaicīgu mirstību, veicot profilakses un ārstēšanas pasākumus un uzlabojot garīgo veselību un labklājību[[11]](#footnote-11).

Nepieciešamais papildu finansējums Plāna pasākumu īstenošanai:

2022.g. – nepieciešamais papildu finansējums – 100 690 226 eiro (finansējums ir indikatīvs);

2023.g. - nepieciešamais papildu finansējums – 124 472 250 eiro (finansējums ir indikatīvs);

2024.g. - nepieciešamais papildu finansējums – 140 819 154 eiro (finansējums ir indikatīvs);

Turpmāk ik gadu nepieciešamais papildu finansējums – 140 819 154 eiro (finansējums ir indikatīvs).

# ****II. Situācijas raksturojums****

Saslimstība ar ļaundabīgiem audzējiem pieaug visā Eiropā, tai skaitā arī Latvijā. Tas skaidrojams gan ar sabiedrības novecošanos un riska faktoru izplatību, gan diagnostikas iespēju uzlabošanos, kā arī vēža savlaicīgas atklāšanas valsts programmu (skrīninga) ieviešanu. Latvijā 2017.gadā, salīdzinot ar 2000.gadu, saslimstība ar ļaundabīgiem audzējiem ir pieaugusi no 373,1 gadījumiem līdz 605,6 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotāju. 2017.gadā Latvijā pirmo reizi diagnosticēts ļaundabīgais audzējs bija 11762 cilvēkiem. Tāpat arī mirstības no ļaundabīgajiem audzējiem rādītāji joprojām ir salīdzinoši augsti. Pēdējo desmit gadu laikā (no 2010. gada) mirstība ļaundabīgo audzēju dēļ Latvijā pieaugusi par 7%.

Attiecībā uz vēlīni diagnosticētiem ļaundabīgiem audzējiem un pacientu izdzīvotību, kopumā ir vērojama pozitīva tendence. Taču joprojām augsts saglabājas 3. stadijas vēža gadījumu īpatsvars (2010.gadā – 18,5%, 2016.gadā – 15,9% un 2017.gadā – 15,2%), bet 4. stadijā – 2010.gadā – 22,4%, 2016. gadā – 19,8% un 2017.gadā – 18,5%. Novērotā 5 gadu izdzīvotība ir ar pieaugošu tendenci (no 41,3% 2005. gadā saslimušajiem pacientiem līdz 45,7% 2009. gadā un 46,3% 2010. gadā saslimušajiem pacientiem).

Runājot par onkoloģiskajām saslimšanām bērnu un pusaudžu vecumā – tā ir reta saslimšana. Ik gadu Eiropā tas skar aptuveni 35 000 bērnu un pusaudžu (no tiem aptuveni 15 000 bērni līdz 15 gadu vecumam un 20 000 no 15 līdz 20 gadu vecumam). Attīstītajās valstīs onkoloģiskās saslimšanas bērniem un pusaudžiem ir arī otrs biežākais nāves cēlonis. Neskatoties uz ievērojamiem uzlabojumiem bērnu vecuma audzēju ārstēšanas rezultātos, pēdējo 30 gadu laikā SIOPE dati[[12]](#footnote-12) par 5-gadu izdzīvotību liecina, ka Austrumeiropas valstīs tā ir par 10-20% zemāka nekā citviet Eiropā (šī atšķirība vēl lielāka ir tām onkoloģiskajām diagnozēm ar jau apriori sliktāku prognozi). Izdzīvotības atšķirības SIOPE saista ar nevienlīdzībām veselības aprūpes pieejamībā.

Lai pagarinātu Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža ilgumu un novērstu priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību, MK 2014.gada 14.oktobrī ar rīkojumu Nr. 589 apstiprināja “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam” (turpmāk – Pamatnostādnes). Lai to sasniegtu, Pamatnostādnēs ir definēts apakšmērķis – samazināt priekšlaicīgu mirstību no neinfekciju slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību, kā arī apakšmērķis – nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un racionālu resursu izmantošanu, lai sekmētu veselības aprūpes veselības sistēmas darbības ilgtspējību un visiem Latvijas iedzīvotājiem vienlīdzīgu pieeju kvalitatīviem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem.

Savukārt, lai sasniegtu Pamatnostādnēs noteiktu apakšmērķi un uzlabotu situāciju primārajā diagnostikā un ārstēšanā biežākajās ļaundabīgo audzēju lokalizācijās, pilnveidotu esošo skrīningu aptveri un kvalitāti, paplašinātu paliatīvās aprūpes pieejamību, 2017. gadā MK tika apstiprināts Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2017. – 2020.gadam. Apkopojums par plānā iekļauto pasākumu realizācijas izpildi pieejams Informatīvajā ziņojumā “Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāna 2017.–2020. gadam izpilde”[[13]](#footnote-13).

Turpinot uzsāktās veselības aprūpes reformas, pilnveidojot un uzlabojot veselības aprūpes pakalpojuma kvalitāti un pieejamību valstī kopumā, tai skaitā arī onkoloģijas jomā, VM ir izstrādājusi jaunu veselības nozares pamatdokumentu “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.-2027. gadam” (turpmāk – Pamatnostādņu projekts).

Pamatnostādņu projektā ir iekļauti pasākumi onkoloģisko saslimšanu profilaksē, ārstēšanā un izpētē, tai skaitā arī atsevišķas digitālās transformācijas aktivitātes, lai veicinātu proaktīvu un uz pacientu centrētu veselības aprūpi, kā arī atsevišķi pasākumi attiecībā uz koordinācijas un vienotas metodiskās vadības vēža profilaksē un ārstēšanā izveidi, nodrošinot skrīninga koordināciju, uzraudzību un kvalitātes vadību, vienotas skrīninga datu vadības sistēmas izveidi, kā arī pilnveidojot onkoloģisko slimnieku reģistru, lai nodrošinātu kvalitatīvu un pilnīgu informāciju lēmumu pieņemšanai onkoloģisko slimnieku veselības aprūpes organizēšanai. Tāpat paredzēts turpināt īstenot veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumus, lai samazinātu neinfekciju slimību riska faktoru negatīvo ietekmi, veicinātu veselīgas un drošas dzīves un darba vides attīstību, uzlabotu ārstniecības personu zināšanas un palielinātu to lomu un iesaisti pacientu ārstēšanas procesa vadīšanā, kā arī paredzēts īstenot pētnieciskās aktivitātes, piemēram, iedzīvotāju dzīvesveida paradumu pētījumus un monitoringu, lai nodrošinātu nozari ar informāciju par veselības riska faktoru izplatību, tās tendencēm un potenciālo ietekmi uz Latvijas iedzīvotāju veselību turpmākās politikas plānošanai un īstenošanai, un veikt pētījumus vides veselības jomā, tai skaitā realizējot vidi piesārņojošo vielu biomonitoringu u.c.

Atbalstot veselības nozares prioritātes, arī Nacionālajā attīstības plānā 2021.-2027. gadam iekļautie uzdevumi ietver atbalsta pasākumus, kas vērsti uz onkoloģisko saslimšanu mazināšanu.

Tāpat VM Eiropas ANM plāna ietvaros ir pieteikusi atbalsta pasākumu, kas paredz vienotu pamatprincipu izstrādi onkoloģisko slimību negatīvās ietekmes mazināšanai Latvijā. Attiecīgi, balstoties uz iegūtajiem rezultātiem, varēs tikt nodrošinātas mērķtiecīgas investīcijas ilgtspējīgos risinājumos. Vienlaikus ES fondu darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” ietvaros veselības jomā tiek īstenoti virkne pasākumu arī onkoloģijas jomā:

* ir izstrādātas veselības tīklu attīstības vadlīnijas, tai skaitā onkoloģijas jomā. Tāpat ir paredzēta kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izveide veselības jomā, tai skaitā sistēmas izveide un ieviešana onkoloģijas jomā kā vienā no četrām prioritārajām jomām[[14]](#footnote-14);
* uzsākta projektu īstenošana veselības veicināšanai un slimību profilaksei prioritārajās jomās, tai skaitā onkoloģijas jomā[[15]](#footnote-15);
* tiek īstenots projekts ar mērķi piesaistīt ārstniecības personas darbam reģionos ārpus Rīgas prioritārajās jomās un darbam krīžu situācijās, tai skaitā onkoloģijas jomā[[16]](#footnote-16);
* tiek īstenots projekts ar mērķi uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikāciju prioritārajās jomās, tai skaitā onkoloģijas jomā[[17]](#footnote-17);
* tiek īstenoti projekti veselības aprūpes infrastruktūras uzlabošanai primārajā, sekundārajā un terciārajā veselības aprūpē prioritārajās jomās, tai skaitā onkoloģijas jomā[[18]](#footnote-18).

## 1. Statistikas dati

Ļaundabīgie audzēji ir otrs biežākais nāves cēlonis Latvijas iedzīvotāju vidū; ik gadu ~6 tūkstoši iedzīvotāju nomirst ļaundabīgo audzēju dēļ. Aptuveni 30% no tiem nav sasnieguši 65 gadu vecumu (skat. 1. attēlu).

**1. attēls. Mirstība no ļaundabīgajiem audzējiem Latvijā, uz 100 000 iedzīvotāju**

Mirstība no ļaundabīgajiem audzējiem Latvijā ir augstāka nekā vidēji ES.

2017. gadā vecuma standartizētais ļaundabīgo audzēju izraisītais mirstības rādītājs Latvijā bija augstākais starp Baltijas valstīm – 298 uz 100 000 iedzīvotāju, Igaunijā - 287, Lietuvā - 274, un tas bija augstāks nekā ES dalībvalstu vidējais rādītājs - 259 (2016.gadā)[[19]](#footnote-19) (skat. 2. attēlu).

**2. attēls. Vecuma standartizētā mirstība no ļaundabīgajiem audzējiem Baltijas valstīs, uz 100 000 iedzīvotāju**

Sadalījumā pa reģioniem Latvijā ir vērojamas atšķirības mirstībā no ļaundabīgajiem audzējiem. Augstākais rādītājs vērojams Latgalē, ko varētu ietekmēt iedzīvotāju vecumstruktūra, tomēr, arī, standartizējot pēc vecuma, redzams, ka Latgalē (342 uz 100 000 iedz.) ir būtiski augstāks rādītājs nekā citur Latvijā (vidēji valstī 309) (skat. 3. attēlu). Zemākais standartizētais mirstības rādītājs ir Rīgā - 297 uz 100 000 iedz., kas varētu būt skaidrojams ar pieejamāku veselības aprūpi (diagnostiku, ārstēšanas iespējām).

**3. attēls. Standartizētā mirstība reģionos no ļaundabīgajiem audzējiem 2019. gadā,**

**uz 100 000 iedzīvotāju**



Pēdējo desmit gadu laikā (no 2010. gada) mirstība ļaundabīgo audzēju dēļ Latvijā ir pieaugusi par 7%. Būtiskākais mirstības pieaugums reģistrēts Latgalē – par 18%, Vidzemē – par 13%. Augstākā mirstība no ļaundabīgajiem audzējiem kopš 2015. gada tiek reģistrēta Latgalē. Līdzīgas tendences vērojamas arī vecumgrupā līdz 64 gadiem.

**4. attēls. Mirstība no ļaundabīgajiem audzējiem reģionos un vidēji LV uz 100 000 iedzīvotāju**

Priekšlaicīga mirstība no ļaundabīgajiem audzējiem kopš 2010. gada nedaudz mazinās. Ievērojamākā mirstības rādītāja samazināšanās pēdējo desmit gadu laikā bija Rīgas reģionā – attiecīgi par 18%. Turklāt Latgales reģions ir vienīgais, kur šis rādītājs, salīdzinot ar 2010.gadu, ir pieaudzis.

Tāpat kā priekšlaicīga mirstība no ļaundabīgajiem audzējiem visaugstākā ir Latgales reģionā (147 gad. uz 100 000 iedz., LV 106), arī visvairāk potenciāli zaudēto mūža gadu ļaundabīgo audzēju dēļ ir Latgales reģionā (par 30% pārsniedz valsts vidējo rādītāju)[[20]](#footnote-20). Tas vērš uzmanību uz nevienlīdzību veselības jomā, kas, iespējams, saistīta gan ar nevienlīdzīgu veselības aprūpes pieejamību, gan augstāku riska faktoru izplatību.

 2019. gadā, līdzīgi kā iepriekšējos gados, ir augsta mirstība no priekšdziedzera vēža (428 jeb 48,5 uz 100 000 vīriešu), bronhu un plaušu vēža (913 mirušie jeb 47,7 uz 100 000 iedzīvotāju), kam seko mirstība no kolorektālās daļas ļaundabīgiem audzējiem (679 jeb 35,5 uz 100 000 iedzīvotāju), limfoīdo, asinsrades un radniecīgu audu ļaundabīgiem audzējiem (438 mirušie jeb 22,9 uz 100 000 iedzīvotāju), krūts vēža (426 jeb 41,3 uz 100 000 sieviešu) un kuņģa vēža (396 jeb 20,7 uz 100 000 iedzīvotāju). Katrā no grupām ir dažādas tendences, tāpat tās atšķiras pa reģioniem (skat. 1. tabulu).

**1.tabula. Mirstība no izplatītākajām ļaundabīgo audzēju lokalizācijām vidēji desmit gadu periodā (2010.-2019. gads) reģionos, uz 100 000 iedzīvotāju**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Bronhi un plaušas** | **Kuņģis** | **Resnā zarna, sigmveida un taisnā zarna** | **Limfoīdie, asinsrades un radniecīgie audi** | **Krūts (sievietēm)** | **Aizkuņģa dziedzeris** | **Prostata (vīriešiem)** |
| **Latvija** | 48,0 | 22,8 | 33,9 | 20,3 | 40,0 | 19,6 | 43, |
| Rīgas reģions | 42,6 | 22,7 | 38,3 | 22,0 | 46,2 | 20,3 | 39,3 |
| Pierīgas reģions | 43,4 | 19,1 | 27,8 | 19,6 | 35,2 | 18,2 | 37,9 |
| Vidzemes reģions | 52,6 | 19,2 | 31,4 | 20,4 | 34,6 | 19,8 | 45,1 |
| Kurzemes reģions | 53,4 | 20,5 | 33,2 | 19,2 | 37,4 | 19,8 | 55,4 |
| Zemgales reģions | 50,5 | 23,3 | 30,1 | 17,9 | 37,4 | 19,7 | 43,4 |
| Latgales reģions | 56,2 | 31,8 | 37,7 | 20,4 | 42,2 | 19,5 | 46,5 |

*\*Krāsu skaidrojumi: sarkans  - rādītājs sliktāks, salīdzinājumā ar vidējo rādītāju valstī (>10%); zaļš  - rādītājs labāks, salīdzinājumā ar vidējo rādītāju valstī (>10%);  - rādītājs dinamikā pieaug (>10%);  - rādītājs dinamikā samazinās (>10%).*

Atšķirības pa reģioniem (ko varētu būt ietekmējusi gan pakalpojumu pieejamība, t.sk. sasniedzamība, gan sociāli ekonomiskie apstākļi un iedzīvotāju veselībpratība) raksturo onkoloģijas jomas rādītāju salīdzinošā vērtēšana veselības aprūpes sistēmas darbības snieguma novērtēšanas ietvarā[[21]](#footnote-21). Analizējot indikatoru kopumu (atkarībā no rādītāja izmantoti 2017.-2020.gadu dati), tiem piešķirts vērtējums, salīdzinot starp Latvijas statistiskajiem reģioniem. Attēlojumā redzamais ir signāls (no “sarkans=sliktāk” līdz “zaļš=labāk” nekā citā reģionā) katra reģiona situācijai, kas var noradīt, piemēram, uz salīdzinoši labāku diagnostiku, bet negatīvāku iznākumu, piemēram, augstāku letalitāti un zemāku izdzīvotību, kas varētu liecināt par ierobežojumiem ārstēšanas pakalpojumu pieejamībā. Tāpat jāņem vērā, ka rādītāji pa gadiem starp reģioniem var atšķirties, kā arī viens otru ietekmē ar laika nobīdi.

Onkoloģiskās slimības pieder pie obligāti reģistrējamajām slimībām, un kopš 2008. gada informācija par onkoloģiskajiem pacientiem tiek uzkrāta Reģistrā. 2018. gadā Reģistrs tika iekļauts vienotajā veselības nozares elektroniskajā informācijas sistēmā (turpmāk - Veselības informācijas sistēma)[[22]](#footnote-22), kuras pārzinis ir NVD. Datus par pacientiem, kuriem diagnosticēta onkoloģiska slimība, ārstniecības iestādes sniedz tiešsaistē Veselības informācijas sistēmā. Diemžēl, nepilnīgā datu apjoma dēļ šobrīd Veselības informācijas sistēmā uzkrātā informācija par saslimstību 2018. un 2019. gadā nav salīdzināma ar iepriekšējiem gadiem ne nacionālā, ne starptautiskā līmenī, līdz ar to turpmākajā statistikas datu aprakstā iekļauti Reģistra dati līdz 2017. gadam.

Saskaņā ar Reģistra datiem, ik gadu vairāk nekā 11 tūkstošiem cilvēku Latvijā pirmreizēji tiek diagnosticēts ļaundabīgais audzējs (2017. gadā – 11762 jeb 605,6 uz 100 000 iedz.). Saslimstība ar ļaundabīgajiem audzējiem pakāpeniski pieaug, no 2010. gada līdz 2017. gadam - par 13%. Tas visdrīzāk skaidrojams gan ar izplatības pieaugumu saistībā ar populācijas novecošanos, gan ar diagnostikas uzlabošanos un pieejamību.

**5. attēls. Saslimstība ar ļaundabīgiem audzējiem 2010. - 2017. gadā,**

**uz 100 000 iedzīvotāju**

Par diagnostikas uzlabošanos liecina arī pakāpeniskais agrīni atklāto gadījumu īpatsvara pieaugums - 2010. gadā ar 1. stadiju uzskaitē ņemti 22% pacientu, 2014. gadā – 29% pacientu, bet 2017. gadā – 30%. Ar nelielu tendenci samazināties, bet joprojām augsts saglabājas 3. stadijas gadījumu īpatsvars (2010. gadā 18%, 2014. gadā 17% un 2017. gadā 15%), bet 4. stadijā attiecīgi 22%, 21% un 18%. Jāuzsver, ka agrīna vēža atklāšana ir viens no būtiskiem faktoriem veiksmīgai terapijai un veselības atgūšanai.

Pirmā gada letalitāti un piecu gadu izdzīvotību[[23]](#footnote-23) ietekmē dažādi faktori, piemēram, audzēja lokalizācija, morfoloģija, terapijas iespējas. To būtiski ietekmē arī audzēja stadija diagnozes noteikšanas brīdī – 2017. gadā vēlīni diagnosticētajiem audzējiem (4. stadijā) pirmā gada letalitāte bija 72%, bet agrīni diagnosticētiem audzējiem (1. stadijā) – 5,2%. Savukārt, piecu gadu izdzīvotība 4. stadijā 2013. gadā diagnosticētajiem audzējiem bija tikai 7,3%, bet 1. stadijā – 80%.

Biežāk izplatītās audzēju grupas būtiski ir analizēt arī dzimumu griezumā. Tā, piemēram, vīriešiem biežāk tiek diagnosticēts prostatas (priekšdziedzera), plaušu, citi ādas ļaundabīgie audzēji (neskaitot melanomu) un zarnu ļaundabīgie audzēji (skat. 6. attēlu). 2017. gadā vīriešiem visbiežāk diagnosticēja priekšdziedzera ļaundabīgo audzēju (1286 gadījumi jeb 144,1 uz 100 000 vīriešu). Tam seko bronhu un plaušu vēzis (849 gadījumi jeb 95,1 uz 100 000 vīriešu), citi ādas ļaundabīgie audzēji (neskaitot ādas melanomu) (567 gadījumi jeb 63,5 uz 100 000 vīriešu) un zarnu vēzis (536 gadījumi jeb 60,0 uz 100 000 vīriešu). Turklāt saslimstība ar priekšdziedzera, plaušu, citiem ādas ļaundabīgiem audzējiem (neskaitot ādas melanomu), zarnu vēzi pēdējos gados ir pieaugusi, kas būtu skaidrojums arī ar pacientu vēršanos pie ārsta veselības pārbaudei un izmeklējumu, piemēram, PSA (prostatas specifiskais antigēns) analīzes veikšanu.

**6. attēls. Izplatītākās pirmreizēji reģistrētās ļaundabīga audzēja diagnozes vīriešiem 2010. – 2017.gadā, uz 100 000 iedzīvotāju**

Sievietēm biežākie ir krūts, ādas ļaundabīgie audzēji (neskaitot ādas melanomu), resnās zarnas un dzemdes ķermeņa ļaundabīgie audzēji (skat. 7. attēlu). 2017.gadā sievietēm visbiežāk konstatēja krūts vēzi (1133 gadījumi jeb 107,9 uz 100 000 sieviešu), kam sekoja citi ādas ļaundabīgie audzēji (neskaitot ādas melanomu) -  896 gadījumi jeb 85,4 uz 100 000 un kolorektālais vēzis (595 gadījumi jeb 56,7 uz 100 000).

**7. attēls. Izplatītākās pirmreizēji reģistrētās ļaundabīga audzēja diagnozes sievietēm 2010. – 2017. gadā, uz 100 000 iedzīvotāju**

Nozīmīgu vietu sieviešu ļaundabīgo audzēju saslimstības lokalizāciju struktūrā ieņem dzimumspecifiskie audzēji: olnīcas, dzemdes kakls, dzemdes ķermenis. Dzemdes kakla vēzis ir otrajā vietā (aiz krūts ļaundabīgā audzēja) potenciāli zaudēto mūža gadu cēloņu grupā sievietēm. To galvenokārt ietekmē tas, ka tas attīstās un sievietes no tā mirst salīdzinoši agrākā vecumā nekā no citu lokalizāciju audzējiem. Šīs lokalizācijas audzējus var novērst, savlaicīgi diagnosticējot un veiksmīgi ārstējot pirmsvēža stāvokļus. Neraugoties uz dzemdes kakla vēža skrīningu, pagaidām stabili pozitīva rādītāju dinamika nav novērojama. Nākotnē rādītājam būtu jāsamazinās ieviestās CPV vakcinācijas rezultātā.

Saslimstība ar ādas ļaundabīgajiem audzējiem (neskaitot ādas melanomu) dinamikā pieaug, kopš 2010.gada tā pieaugusi par 50%, 2017.gadā sasniedzot 87 gadījumus uz 100 000 iedzīvotāju. Daļēji tas varētu būt saistīts ar diagnostikas uzlabošanos. Augstāka saslimstība ar ādas ļaundabīgajiem audzējiem (neskaitot ādas melanomu) ir sievietēm, kas varētu būt skaidrojams ar diagnostikas un pakalpojuma pieejamības uzlabošanos, gan daļēji ar to, ka sievietes biežāk pārbauda dzimumzīmītes un citus ādas veidojumus, jo mirstība dzimumu grupās būtiski neatšķiras. Mirstības rādītāji šo audzēju dēļ ir svārstīgi, bet kopumā būtiski nemainās.

Saslimstības ar ļaundabīgajiem audzējiem rādītāji, līdzīgi kā mirstības rādītāji, atšķiras arī reģionu griezumā; atšķirības ir 18% robežās, salīdzinot ar vidējo rādītāju valstī. Augstākais saslimstības rādītājs ar ļaundabīgajiem audzējiem reģistrēts Kurzemes reģionā, turklāt tas būtiski nemainās arī, standartizējot pēc vecuma. Augstāks rādītājs varētu liecināt par labāku diagnostiku, tomēr, ņemot vērā arī salīdzinoši augstāko mirstību šajā reģionā, tas norāda uz augstāku ļaundabīgo audzēju izplatību Kurzemes reģionā.

**8. attēls. Standartizētā saslimstība reģionos ar ļaundabīgajiem audzējiem 2017. gadā, uz 100 000 iedzīvotāju**



Zemākā saslimstība ar ļaundabīgajiem audzējiem ir Zemgales reģionā. Dinamikā kopš 2010. gada saslimstības pieaugums vērojams visos reģionos.

**9. attēls. Saslimstība ar ļaundabīgajiem audzējiem 2017. gadā reģionos,**

**uz 100 000 iedzīvotāju, izplatītākās lokalizācijas**

Lai gan reģionu griezumā izplatītākās lokalizācijas ir tās pašas, kas vidēji Latvijā, tomēr pastāv arī reģionālās atšķirības. Redzamākā atšķirība ir augstā ādas audzēju (t.sk. melanomas) izplatība Kurzemes reģionā[[24]](#footnote-24).

Biežākā onkoloģiskā saslimšana bērna vecumā ir akūta limfoblastu leikēmija (ALL), sastādot 23 % no visiem gadījumiem. Otrā biežākā hematoonkoloģiskā saslimšana ir dažādas limfomas – Hodžkina limfomas (HL) un ne-Hodžkina limfomas (NHL), kopumā sastādot 18%. Tām seko centrālās nervu sistēmas tumori (CNS), sastādot 14% no visiem solidajiem audzējiem. Kaulu un mīksto audzēji sastāda 8% no visiem bērnu vecuma solidajiem tumoriem un g.k. tās ir osteosarkomas un Jūinga sarkomas – pārsvarā augstas malignitātes pakāpes audzēji, kas skar g.k. pusaudžus. Rabdomiosarkomas (RMS) un citi mīksto audu audzēji, akūtas mieloidas leikēmijas (AML) un neiroblastomas katra sastāda vēl 6 % no kopējā onkoloģisko saslimšanu īpatsvara. Nieru audzēji (no tiem bērnu vecumā visbiežākais ir nefroblastoma jeb Wilmsa tumors) sastāda 5 % no visām onkoloģiskajām saslimšanām. Aptuveni 4 % no solidajiem bērnu vecuma audzējiem ir dažādie dīgļšūnu audzēji, kuriem raksturīgākās lokalizācijas ir astes kaula rajons, abdomināla lokalizācija un gonādas. Langerhansa šūnu histiocitoze ir solids tumors ar variablu dabu, kurš pie ļoti lokālas izplatības var būt izārstējams tikai ar ķirurģiskām metodēm – tas sastāda vēl 4 % no visiem audzējiem bērnu vecumā. Aknu audzēji, retinoblastomas, melanomas, vairogdziedzera audzēji u.c. reti audzēji sastāda vēl aptuveni 6 % no kopējā bērnu vecuma audzēju īpatsvara (skat. 10. attēlu).

**10. attēls. Onkoloģisko diagnožu procentuālais sadalījums bērniem Latvijā**

Jāņem vērā, ka katra iepriekš aprakstītā audzēju incidence ir atšķirīga bērnu vecuma grupās. Bērniem vecumā līdz 1 gadam relatīvi biežāk novēro neiroblastomas, retinoblastomas un akūtas mieloblastu leikēmijas. Bērniem vecumā no 1-5 gadiem visbiežāk sastop akūtas limfoblastu leikēmijas un Ne-Hodžkina limfomas. Hodžkina limfomas un kaulu audzēji ir biežākie solidie audzēji bērniem vecumā pēc 10 gadiem. CNS audzēju sastopamība ir vienmērīgi sadalīta visās vecuma grupās[[25]](#footnote-25).

**11. attēls. Onkoloģisko saslimšanu sadalījums pa vecuma grupām**

## 2. Riska faktoru izplatība un ietekme

Pētījumos ir parādīts, ka noteikti riska faktori var palielināt cilvēka iespējas saslimt ar vēzi.

Vēža riska faktori, līdzīgi kā citu slimību riska faktori, ir iedalāmi tādos, kas nav ietekmējami (piemēram, vecums, iedzimtība), un tādos, kas ir kontrolējami/novēršami. Pie pēdējiem pieder vides faktori (piemēram, dažādu vielu iedarbība, starojums) un dzīvesveida paradumi (piemēram, smēķēšana, alkohola un narkotisko vielu lietošana, neveselīgs uzturs, mazkustīgs dzīvesveids, pārmērīga sauļošanās u.c.). Kā atsevišķu vēža veidu riska faktori atzīmējamas arī infekcijas slimības (piem., B un C vīrushepatīti, CPV infekcija).

Tiek lēsts, ka 40% vēža gadījumu ir profilaktiski novēršami[[26]](#footnote-26). Primārā profilakse ļaundabīgo audzēju gadījumā pārsvarā nav specifiska un galvenokārt balstās uz riska faktoru ietekmes mazināšanu vai novēršanu, slimību profilakses un veselības veicināšanas pasākumiem. Rīcība vēža profilakses un veselīga dzīvesveida veicināšanas jomā kalpo arī cīņai pret aptaukošanos un citām neinfekcijas slimībām, piemēram, sirds un asinsvadu slimībām un cukura diabētu, jo tām ir kopīgi riska faktori. Ir zinātniski pierādīts, ka aptaukošanās un neveselīgs uzturs saistīts ar paaugstinātu daudzu lokalizāciju vēža saslimstības risku [[27]](#footnote-27), [[28]](#footnote-28), [[29]](#footnote-29), [[30]](#footnote-30). Turpretim pietiekama fiziskā aktivitāte tiek saistīta ar dažādu lokalizāciju vēža saslimstības riska samazināšanu, piemēram: resnās zarnas vēzis, krūts vēzis, dzemdes vēzis, urīnpūšļa vēzis, barības vada vēzis, kuņģa vēzis[[31]](#footnote-31).

Kā svarīgākie onkoloģisko slimību riska faktori Latvijā ir liekā ķermeņa masa un aptaukošanās, zems dārzeņu, augļu un ogu patēriņš populācijā, mazkustīgs dzīvesveids, smēķēšana un alkohola lietošana.

Lai sniegtu iedzīvotājiem atbalstu onkoloģisko slimību profilaksē, ir izstrādāts un publicēts informatīvs materiāls “Veselīga uztura ieteikumi onkoloģisko slimību profilaksei”[[32]](#footnote-32). Ļaundabīgo audzēju profilaksei veselīga uztura rekomendācijās tiek ieteikts ik dienu uzturā lietot dārzeņus, augļus un ogas, šķiedrvielām bagātus pilngraudu produktus, savukārt, ierobežot sarkanās gaļas, kūpinājumu un grillētas gaļas, kā arī sāls patēriņu[[33]](#footnote-33).

Tāpat ir nozīmīgi ikdienā nodarboties ar regulārām fiziskām aktivitātēm. PVO rekomendē pieaugušajiem būt fiziski aktīviem vismaz 150 minūtes nedēļā, savukārt, bērniem tiek ieteiktas vismaz 60 minūtes katru dienu[[34]](#footnote-34). Veselīga uztura un fizisko aktivitāšu veicināšanas pasākumi tiek plānoti jaunā politikas plānošanas dokumenta “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.-2027.gadam” projekta ietvaros.

Latvijas iedzīvotāju (15-74.g.v.) veselību ietekmējošo paradumu pētījumu dati liecina, ka onkoloģisko slimību riska faktoru izplatība nemazinās, vērojamas atšķirības dzimumu griezumā.

2018.gadā liekā ķermeņa masa bija 33,6% iedzīvotāju (39,0% vīriešu un 30,7% sieviešu) un aptaukošanās - kopumā 24,1% (19,5% vīriešu un 28,3% sieviešu). Salīdzinot ar iepriekšējās aptaujas datiem 2016.gadā, novērojama situācijas pasliktināšanās abu dzimumu grupās[[35]](#footnote-35). Aptaukošanās rādītājs (veicot mērījumus) Latvijā (24,1%) bija augstāks nekā Igaunijā (18%) un vidēji ES (9 valstīs 23,6%), tieši uz sieviešu rēķina. Tāpat aptaukošanās rādītājs pēc pašu ziņotajiem mērījumiem Latvijā (21%) ir augstākais starp Baltijas valstīm (Lietuvā 17%, Igaunijā 19%) un otrs augstākais ES (vidēji 17%). Latvija ir starp valstīm, kam pēdējo desmit gadu laikā vērojams lielākais šī rādītāja pieaugums[[36]](#footnote-36).

Liekās ķermeņa masas (t.sk. aptaukošanās) rādītājs dinamikā pieaudzis arī skolēnu (11, 13 un 15 g.v.) vidū. Pieaugot vecumam, tas mazinās; augstāks tas ir zēniem visās vecuma grupās. Visaugstākais liekā svara īpatsvars 2018.gadā bija 11-gadīgiem zēniem (30%), viszemākais – 15-gadīgām meitenēm (13%)[[37]](#footnote-37). Skolēnu aptaukošanās Latvijā (16%) ir zemāka nekā Igaunijā (19%) un vidēji ES (19%), bet nedaudz augstāka nekā Lietuvā (15%)[[38]](#footnote-38).

Saskaņā ar Bērnu antropometrisko parametru un skolu vides pētījuma 2018./2019.mācību gada aptaujas datiem kopumā 22,8% (2015./2016. – 21,7%) septiņgadīgo skolēnu bija lieka ķermeņa masa un aptaukošanās, attiecīgi 23,7% zēnu un 21,8% meiteņu (2015./2016. - 23,9% zēnu un 19,5% meiteņu). Deviņgadīgu skolēnu īpatsvars ar lieku ķermeņa masu un aptaukošanos bija 25,1% (2015./2016. – 25,8%), attiecīgi 27,2% zēnu un 22,9% meiteņu (2015./2016. – 29,3% zēnu un 22,2% meiteņu).

Ļoti zema ir Latvijas iedzīvotāju fiziskā aktivitāte. 2018. gadā pietiekama fiziskā aktivitāte (pieaugušajiem vismaz 30 minūtes vismaz 4 reizes nedēļā) kopumā ir tikai 9,5% iedzīvotāju (15-74 g.v.) (10,2% vīriešu un 9,0% sieviešu), 2016.gadā kopumā bija 12,5% (13,4% vīriešu un 11,8% sieviešu)[[39]](#footnote-39).

2017./2018. mācību gada aptaujas dati liecina, ka pietiekama fiziskā aktivitāte (vismaz 60 minūtes katru dienu) pēdējās nedēļas laikā ir bijusi 18,8% skolēnu (2013./2014. – 18,5%). Aptaujas rezultāti ļauj secināt, ka Latvijā skolēni savā brīvajā laikā ilgstoši skatās televizoru (ieskaitot video un DVD) visas nedēļas garumā. Vismaz četras stundas darba dienās televīzijas raidījumus, ieskaitot video un DVD, kopumā skatās piektdaļa skolēnu – 22,9%, bet nedēļas nogalēs gandrīz divreiz vairāk – 41,1% skolēnu. Pieaugot vecumam, šis rādītājs ievērojami pieaug[[40]](#footnote-40).

Laika periodā no 2016. līdz 2018. gadam ir pasliktinājušies arī uztura paradumi. Katru dienu uzturā svaigus dārzeņus lieto kopumā 36,9% iedzīvotāju (31,4% vīriešu un 42,0% sieviešu). Salīdzinot ar 2016.gadu, ir vērojams samazinājums. Vēl zemāks ir augļu un ogu patēriņš – katru dienu tās uzturā lieto 24,5% respondentu (18,6% vīriešu un 29,8% sieviešu), 2016.gadā kopumā 29,7% iedzīvotāju[[41]](#footnote-41).

Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījuma 2017./2018. mācību gada aptaujas dati liecina, ka kopumā 26,8% (2013./2014. – 26,1%) 11, 13 un 15-gadīgu pusaudžu vismaz reizi dienā ēd augļus (24,5% zēnu un 29,0% meiteņu), un dārzeņus kopumā 27,2% skolēnu (2013./2014. – 25,7%); analizējot datus pa dzimumiem 24,3% zēnu (2013./2014. - 21,4%) un 30,1% meiteņu (2013./2014. – 29,6%)[[42]](#footnote-42).

Tabakas smēķēšana ir būtisks onkoloģisko slimību riska faktors[[43]](#footnote-43) un galvenais cēlonis bronhu un plaušu vēža attīstībai. Šīs lokalizācijas vēzis ir viens no galvenajiem ļaundabīgo audzēju izraisītas mirstības cēloņiem, kā arī viens no biežāk diagnosticētajiem ļaundabīgajiem audzējiem, īpaši vīriešiem, ņemot vērā to, ka smēķēšanas paradums ilgstoši ir bijis būtiski izplatītāks vīriešu populācijā. Vērtējot dinamikā, novērojama pozitīva virzība smēķēšanas izplatības jomā. Salīdzinot ar 2016.gada aptaujas datiem, samazinājies ikdienas smēķētāju īpatsvars no kopumā 33,0% līdz 24,5% 2018.gadā. Analizējot datus dzimumu grupās, vērojams samazinājums abiem dzimumiem – 38,3% vīriešu (2016. – 48,4%) un 12,0% sieviešu (2016. – 20%)[[44]](#footnote-44). Neraugoties uz samazinājumu, Latvijas rādītājs joprojām ir būtiski augstāks nekā Baltijas valstīs (Igaunijā 17%, Lietuvā 20%) [[45]](#footnote-45).

Pēdējās Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījuma aptaujās, sākot no 2013./2014.mācību gada, būtiski samazinājies regulāri smēķējošu pusaudžu īpatsvars. Samazināšanās tendenci noteica regulāro smēķētāju prevalences izmaiņas 13 un 15-gadīgajiem skolēniem: 3,1% 13-gadīgiem zēniem (11,3% 2010.gadā) un 12,9% 15-gadīgiem zēniem (32,0% 2010.gadā), 2,7% 13-gadīgām meitenēm (7,4% 2010.gadā) un 11,6% 15-gadīgām meitenēm (22,1% 2010.gadā). 2017./2018. mācību gada aptaujā skolēniem tika jautāts par elektroniskās cigaretes lietošanu dzīvē vispār un pēdējo 30 dienu laikā. Kopumā savā dzīvē vismaz vienu dienu elektronisko cigareti ir lietojuši 26,6% skolēnu, attiecīgi 31,1% zēnu un 22,3% meiteņu. Augstākais skolēnu īpatsvars, kuri savā dzīvē ir lietojuši kaut vienu dienu elektronisko cigareti ir 15-gadīgo grupā – 46,9% (13-gadīgo – 27,8% un 11-gadīgo – 7,6%). Pēdējo 30 dienu laikā vismaz vienu dienu elektronisko cigareti ir lietojuši 9,6% skolēnu, attiecīgi 12,5% zēnu un 6,8% meiteņu, un augstākā izplatība abiem dzimumiem ir 15-gadīgo skolēnu grupā.

Pēdējos gados būtiski izdevies samazināt pasīvo smēķēšanu darba vietās (vismaz stunda piesmēķētā telpā): no 14% 2010. gadā - uz 4% 2018. gadā. Lai gan būtiski sarucis arī to iedzīvotāju īpatsvars, kuri pakļauti pasīvajai smēķēšanai mājās (no 45% 2010.gadā uz 26% 2018.gadā), tas joprojām ir ļoti augsts[[46]](#footnote-46).

Pēdējos gados gan Eiropā, gan Latvijā ir ienākuši arī citi dažādi tabaku un nikotīnu saturoši produkti, kā piemēram, karsējamā tabaka, kas lietojama karsēšanas ierīcēs un nikotīnu saturoši beztabakas spilventiņi, kas tiek piedāvāti kā alternatīvie produkti tradicionālajiem tabakas izstrādājumiem un ir kļuvuši populāri jauniešu vidū. PVO vēl šobrīd tiek veikti pētījumi par jaunievestu tabakas izstrādājumu, tai skaitā karsējamās tabakas un nikotīnu saturošu produktu ietekmi uz veselību. Ņemot vērā iepriekšminēto un arī pieejamos pētījumus, kas apstiprina tabakas un nikotīna negatīvo ietekmi uz veselību, pamatnostādņu projektā ir iekļauti uzdevumi, lai noteiktu stingrāku tabakas un nikotīna saturošu izstrādājumu regulējumu, lai mazinātu šādu produktu pieejamību, tiešu un netiešu šādu produktu reklāmu, mārketingu. Ņemot vērā iepriekš norādīto, plāna projektā nav iekļauti specifiski pasākumi tabakas kontroles politikas jomā. Vienlaikus Latvijā darbojas konsultatīvais tālrunis smēķēšanas atmešanai, kas sekmīgi darbojas jau vairākus gadus. Palīdzības saņemšana smēķēšanas atmešanā ievērojami palielina smēķēšanas atmešanas varbūtību. Bez palīdzības, smēķēšanu veiksmīgi izdotas atmest retāk, savukārt smēķēšanas atmešanas farmakoloģiskie līdzekļi un profesionāls atbalsts var dubultot smēķēšanas atmešanas varbūtību. Lai nodrošinātu vienu no atbalsta veidiem - konsultācijas smēķēšanas atmešanas gadījumā, plānā paredzēts turpināt nodrošināt smēķēšanas atmešanas konsultatīvā tālruņa darbību, lai sniegtu iedzīvotājiem informāciju un atbalstu smēķēšanas atmešanas gadījumā.

Kā viens no būtiskiem atsevišķu onkoloģisko slimību riska faktoriem ir pārmērīga alkohola lietošana[[47]](#footnote-47). Latvijā ir augstākais (12,6 litri 2018.gadā) absolūtā alkohola patēriņš (litros uz 15 gadus vecu un vecāku iedzīvotāju) starp Baltijas valstīm (Lietuvā 11,2 litri, Igaunijā 10,1 litri), kā arī tas būtiski pārsniedz ES vidējo (10 litri)[[48]](#footnote-48). Saskaņā ar 2015.gada pētījuma datiem 44,5% iedzīvotāju (15-64 g.v.) pēdējā gada laikā ir lietojuši alkoholu pārmērīgā jeb riskantā veidā (2011. gadā 43,7%); vairāk šāda uzvedība raksturīga vīriešiem (2015. gadā 61,5%; 2011. – 62,0%) nekā sievietēm (2015.- 28,4%; 2011. – 26,0%)[[49]](#footnote-49). Šie rādītāji ir augstāki nekā vidēji ES (33,1%) un Igaunijā (41,8%), tomēr zemāki nekā Lietuvā (49,3%)[[50]](#footnote-50).

Pētījuma “Atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) 2019” aptaujas dati rāda, ka 89% skolēnu (15-16 g.v.) kaut reizi dzīvē ir pamēģinājuši kādu alkoholisko dzērienu, kas ir tieši tikpat, cik 2015. gadā, un joprojām ir viens no augstākajiem ESPAD pētījuma dalībvalstu vidū. Analizējot dzimumu griezumā, tie ir 87% zēnu un 91% meiteņu.

Pēdējo 12 mēnešu laikā alkoholiskos dzērienus vismaz vienu reizi ir lietojuši 75% skolēnu (80% zēnu, 70% meiteņu), saglabājoties rādītājam 2015. gada līmenī. Rādītājs, kas atspoguļo regulāru alkohola lietošanas paradumu nostiprināšanos (20 un vairāk reižu alkohola lietošanas gadījumu), gan ESPAD dalībvalstīs kopumā, gan Latvijā turpina samazināties. 2019. gadā Latvijā tas bija 10%. Latvijas meiteņu vidū ir lielāks to īpatsvars, kuras pēdējā gada laikā ir lietojušas alkoholiskos dzērienus 20 reizes un biežāk, sasniedzot 12%. Zēnu vidū šis rādītājs ir 8%.

Pēdējo 30 dienu laikā alkoholiskos dzērienus vismaz vienu reizi ir lietojuši 47% Latvijas skolēnu, kas ir tikpat daudz, cik ESPAD valstīs vidēji 2019. gadā. Salīdzinot ar 2015. gadu, šis rādītājs Latvijā ir nedaudz palielinājies – par 3,4 procentpunktiem. Vērtējot dzimumu griezumā, redzams, ka Latvijā nesenas alkohola lietošanas pieredze zēnu vidū četru gadu laikā ir saglabājusies nemainīga (42%), savukārt meitenēm pieaugusi par astoņiem procentpunktiem no 45 % līdz 53%.

2019.gadā 44% (skolēnu atzīst, ka savas dzīves laikā kaut reizi ir bijuši piedzērušies (2015.-44%), vidēji ESPAD valstīs - 36%. Pēdējā mēneša laikā kā zēni, tā meitenes vienlīdz bieži atzinuši, ka bijuši piedzērušies (12%). Atbilstoši jauniešu atbildēm pēdējo 30 dienu laikā 36% (meitenes - 38%, zēni - 33%, pretēji iepriekšējo gadu rādītājiem) skolēnu bija izdzēruši piecas vai vairāk alkohola devas vienā iedzeršanas reizē (riskanta alkohola lietošana). Kopš 2007. gada šis rādītājs Latvijas skolēnu vidū samazinājies un 2019. gadā ir pietuvojies ESPAD dalībvalstu vidējam rādītājam (34%).

 Lai samazinātu alkohola nodarīto kaitējumu sabiedrības veselībai, ierobežojot alkoholisko dzērienu lietošanas izplatību un radītās sekas, vienlaikus uzlabojot alkohola atkarības ārstēšanas un rehabilitācijas pakalpojumus, VM izstrādāja un 2020. gada 30. jūlijā Ministru kabinetā tika apstiprināts “Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plāns 2020. – 2022.gadam“ (turpmāk – Alkohola plāns). Alkohola plānā ir iekļauti pasākumi alkoholisko dzērienu pieejamības samazināšanai, kā arī alkoholisko dzērienu mārketinga un reklāmas ierobežošanai, izstrādājot atbilstošu normatīvo regulējumu, tāpat paredzēti sabiedrības izglītošanas pasākumi par alkoholisko dzērienu kaitīgo ietekmi uz veselību. Minētie pasākumi balstīti PVO labās prakses rekomendācijās “Best buys”[[51]](#footnote-51) alkohola kaitējuma mazināšanai kā arī citu valstu pieredzē. Vienlaikus arī pamatnostādnēs ir iekļauti pasākumi sabiedrības izglītošanai par alkoholisko dzērienu kaitējumu veselībai, kā arī paredzētas speciālas programmas selektīvās profilakses attīstīšanai personām ar augstāku risku. Ņemot vērā iepriekšminēto, šajā plānā specifiski pasākumi nav iekļauti.

# III. Rīcības virzieni

## 1. Riska faktoru izplatības un ietekmes uz veselību mazināšana

Onkoloģisko slimību gadījumā svarīga ir profilakse, jo pirmsvēža izmaiņas un ļaundabīgie audzēji agrīnās stadijās ne vienmēr rada sūdzības un tām nav specifisku simptomu. Profilaktiskās pārbaudes sniedz iespēju agrīni atklāt pirmsvēža vai onkoloģiskās slimības un uzsākt savlaicīgu ārstēšanu. Atsevišķām ļaundabīgo audzēju lokalizācijām iespējama sekundārā profilakse - skrīnings, kas, mērķtiecīgi izmeklējot noteiktas iedzīvotāju riska grupas, palīdz audzēju savlaicīgāk diagnosticēt un līdz ar to arī veiksmīgāk ārstēt. Metodiski organizēta un uzraudzīta vēža skrīningprogramma var būtiski mazināt konkrētās slimības radīto slogu, mazinot kopējo slimības aktīvas terapijas ilgumu un intensitāti, uzlabojot dzīvildzi un dzīves kvalitāti. Skrīnings par efektīvu atzīts kolorektālajam, krūts un dzemdes kakla ļaundabīgajam audzējam[[52]](#footnote-52). Latvijā tiek īstenota valsts apmaksāta savlaicīgas vēža atklāšanas programma, kurā ir iekļautas trīs agrīnās vēža diagnostikas pārbaudes: krūts vēža izmeklējums ar mamogrāfijas metodi (vienu reizi divos gados sievietēm vecumā no 50 līdz 69 gadiem), dzemdes kakla vēža pārbaude (vienu reizi trijos gados sievietēm vecumā no 25 līdz 70), kolorektālā (zarnu) vēža pārbaude jeb slēpto asiņu izmeklējums fēcēs (vienu reizi gadā sievietēm un vīriešiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem).

Krūts ļaundabīgā audzēja, kas ir sievietēm visbiežāk konstatētais audzējs, agrīnā diagnostikā skrīningam ir ļoti liela nozīme. 2020. gadā krūts vēža skrīninga atsaucība bija tikai 29,9%. Lai gan kopš 2010. gada (19,4%) skrīninga atsaucības rādītāji ir pieauguši, joprojām tie ir nepietiekami[[53]](#footnote-53).

Saskaņā ar Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2018. gada datiem 87% sieviešu vecumā no 50-68 gadiem pēdējo divu gadu laikā bija saņēmušas NVD uzaicinājuma vēstuli veikt bezmaksas mamogrāfiju, un pēdējo divu gadu laikā 68% šo sieviešu ir veikušas mamogrāfiju, izmantojot uzaicinājuma vēstuli uz valsts apmaksātu krūts vēža skrīningu. Tomēr 27% sieviešu to nav veikušas, kaut arī ir saņēmušas minēto uzaicinājuma vēstuli. Vairāk kā puse (58%) šo sieviešu kā iemeslu valsts apmaksātas mamogrāfijas neveikšanai minējušas, ka jūtas veselas un viņām nav nekādu sūdzību, 45% sieviešu pašas regulāri veicot krūšu pašpārbaudi[[54]](#footnote-54).

Dzemdes kakla ļaundabīgais audzējs ir viens no izplatītākajiem ļaundabīgajiem audzējiem gados jaunākām sievietēm (25-45 gadu vecumā). Dzemdes kakla vēža skrīninga mērķis ir atklāt dzemdes kakla vēža priekšvēža stāvokļus vai slimību agrīnās stadijās (0, I, II stadija), kad atbilstoša ārstēšana ir efektīva (priekšvēža stāvokļu gadījumā saslimšanu ar vēzi var novērst) un var uzlabot dzīves kvalitāti un izdzīvotību. Lai gan kopš 2010. gada atsaucība dzemdes kakla vēža skrīningam ir augusi (no 15,3% 2010. gadā līdz 33,8% 2020. gadā), tā tomēr ir nepietiekama[[55]](#footnote-55). Jāņem vērā, ka daļa sieviešu izmeklējumus veic par privātajiem līdzekļiem, līdz ar to reālā populācijas aptvere precīzi nav zināma. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2018.gada dati rāda, ka 74% sieviešu vecumā no 25-67 gadiem pēdējo trīs gadu laikā bija saņēmušas NVD uzaicinājuma vēstuli veikt bezmaksas dzemdes kakla vēža skrīningu. 66% no šīm sievietēm tika veikušas dzemdes kakla vēža skrīningu, izmantojot NVD uzaicinājuma vēstuli. Savukārt, 18% no uzaicinājumu saņēmušajām sievietēm to nav veikušas. Kā iemesli tiek norādīti: jūtas veselas un nav nekādu simptomu (52%), nav brīva laika un ir pārāk aizņemtas (33%)[[56]](#footnote-56).

Valsts apmaksāta skrīninga programma ir arī zarnu vēzim, un tā tiek organizēta ar ģimenes ārstu starpniecību. Pēc oficiālajiem datiem šim skrīningam aptvere ir tikai 14,6% 2020. gadā[[57]](#footnote-57). Saskaņā ar pētījuma datiem tikai 40% (33% vīriešu un 44% sieviešu) attiecīgās grupas iedzīvotāju ģimenes ārsts pēdējā gada laikā ir ieteicis veikt zarnu vēža skrīningu. 22% respondentu norāda, ka ģimenes ārsts izsniedzis nosūtījumu uz izmeklējumu, 18% saņēmuši no ārsta testa komplektu un informāciju par izmeklējuma veikšanu mājas apstākļos. Pēdējā gada laikā zarnu vēža skrīningu ir veikuši tikai 35% respondentu (27% vīriešu un 39% sieviešu) no tiem, kam ārsts ir ieteicis to veikt. Kā galvenie iemesli zarnu skrīninga neveikšanai ir informācijas trūkums par nepieciešamību veikt zarnu vēža skrīningu (67%) un tas, ka respondentiem nav nekādu sūdzību, jūtas labi (67%)[[58]](#footnote-58).

Pēdējos gados ir pierādīts, ka arī vakcinācija ir efektīvs līdzeklis onkoloģisko slimību profilaksei. CPV izraisa dažādu lokalizāciju ļaundabīgos audzējus un vakcinācija dod iespēju ierobežot dažādu tipu CPV.

Igaunijas Tartu universitātes zinātnieki ir izvērtējuši CPV vakcīnas ietekmi uz sabiedrības veselību. Ņemto vērā to, ka sabiedrības veselības problēmas Igaunijā un Latvijā ir līdzīgas, šo pētījumu var attiecināt arī uz Latviju. Igaunijā veiktā pētījumā norādīts, ka 85-100% dzemdes kakla, 80-90% kolorektālā, 29-74% vaginālo un 35-40% mutes un rīkles audzēju ir saistīti ar CPV. Pēc PVO datiem 2001.gadā pasaulē bija 630 miljonu cilvēku (9-13%), kas inficējušies ar CPV. Igaunijas 2015.gada CPV vakcīnu izmaksu un efektivitātes pētījumā[[59]](#footnote-59) aprēķināts, ka 10 000 divpadsmitgadīgu meiteņu vakcinācija novērstu 116–157 ar CPV saistītus audzēju gadījumus un 33–44 ar CPV saistītus nāves gadījumus.

ASV Nacionālais vēža institūts ir norādījis, ka ņemot vērā to, ka CPV infekcija ir tik izplatīta, lielākā daļa cilvēku to iegūst īsi pēc tam, kad pirmo reizi kļūst seksuāli aktīvi. Arī persona, kurai ir bijis tikai viens dzimumpartneris, var iegūt CPV infekciju[[60]](#footnote-60).

Šobrīd visplašāk izplatītais CPV izraisītais audzējs ir dzemdes kakla vēzis. Šī tāpat kā citas onkoloģiskās saslimšanas, ir hroniska slimība, kas attīstās daudzu gadu laikā, tādējādi sieviete var saslimt pat 20-30 gadus pēc inficēšanās ar CPV.

Visbiežākie dzemdes kakla vēža izraisītāji ir CPV 16. un 18. tips – aptuveni 70% no visiem dzemdes kakla ļaundabīgo audzēju gadījumiem saistīti tieši ar šiem CPV tipiem.

CPV izraisa dažādus audzējus, ne tikai dzemdes kakla vēzi: piemēram, balsenes papilomatozi maziem bērniem, kondilomas uz dzimumorgāniem; dzemdējot sieviete CPV var nodot savam bērnam. Šobrīd Latvijā pieejamā vakcīna pret CPV darbojas gandrīz pret visiem CPV vīrusu tipiem un ir iespējama profilakse pret ģenitāliju, galvas un kakla audzējiem, pret kuriem šobrīd nav pat metodes, kā tos laikus atklāt un citādi novērst.[[61]](#footnote-61)

Plašai vakcinācijai ir potenciāls samazināt saslimstību ar CPV izraisītiem vēžiem pasaulē vismaz par divām trešdaļām. Turklāt savlaicīga vakcinācija nākotnē var samazināt nepieciešamību izmantot medicīniskās aprūpes pakalpojumus: samazinās nepieciešamība veikt invazīvas procedūras (biopsijas), kas saistītas ar pārbaudēm pēc novirzēm dzemdes kakla skrīninga testēšanā. Tādējādi vakcinācija palīdz samazināt veselības aprūpes izmaksas.[[62]](#footnote-62)

Vakcinācija pasargā ne tikai vakcinēto indivīdu pret inficēšanos ar noteiktiem CPV vīrusu tipiem, bet vakcīna arī samazina vīrusa cirkulāciju sabiedrībā, tādējādi pasargājot tās personas, kuras nav vakcinētas. Tādējādi vakcinācijai pret CPV ir nozīme ne tikai meiteņu un sieviešu veselībai, bet arī puišu un vīriešu veselībai.

Vērtējot vakcinācijas pret CPV aptveri Latvijā, jāatzīmē, ka pēdējos gados pieaug meiteņu vakcinācijas atvere pret CPV, tomēr joprojām tā nav pietiekama, lai ierobežotu vīrusa cirkulāciju un panāktu sabiedrības aizsardzību pret CPV izraisītiem audzējiem. 2010.gadā pirmo poti pret CPV saņēma 49,2% meiteņu 12 gadu vecumā, 2019.gadā – 62,9%; jāpiebilst, ka pa gadiem šī rādītāja tendence ir ļoti svārstīga. Pilnu vakcinācijas kursu pret CPV 2019. gadā bija saņēmuši 56,5% meiteņu, 2017.g. - 40%. Vakcinācijas atteikumu skaits ir pieaudzis no 12,8% - 2011. gadā līdz 20% - 2019.gadā.

CPV vakcinācijā galvenā loma ir ģimenes ārstiem, tāpēc būtiski ir veicināt ģimenes ārstu iesaisti CPV vakcinācijas aptveres palielināšanā. Ģimenes ārstiem aktīvāk uzrunājot un iesaistoties pusaudžu izglītošanā reproduktīvās veselības un vakcinācijas jautājumos, ir iespējams palielināt CPV vakcināciju pusaudžu vidū[[63]](#footnote-63). Tādējādi ir jāturpina meiteņu vakcinācijas pret CPV veicināšana, kā arī ir jāpaplašina vakcinācijas pieejamība, paredzot arī zēnu no 12 gadu vecuma vakcināciju pret CPV.

Lai novērstu un samazinātu onkoloģisko slimību riska faktoru izplatību un ietekmi uz veselību, ir jāturpina veicināt iedzīvotāju veselīga dzīvesveida paradumi (veselīgs uzturs, pietiekama fiziskā aktivitāte, atkarību izraisošo vielu lietošanas mazināšana), īstenojot mērķtiecīgus slimību profilakses un veselības veicināšanas pasākumus dažādām mērķa grupām. Vienlaikus riska faktoru izplatības mazināšanā, kā arī iedzīvotāju veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu īstenošanā (t.sk. skrīnings, vakcinācija, kā arī savlaicīga vēršanās pēc veselības aprūpes), būtiska loma ir iedzīvotāju veselībpratībai. Tā ietver ne tikai informētību, bet arī cilvēka spēju izprast informāciju par veselību, veselīga dzīvesveida paradumu nozīmi, riska faktoriem, veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī prasmes šo informāciju pielietot, lai pieņemtu atbilstošus un savai veselībai nozīmīgus lēmumus.

Pamatnostādņu projektagalvenais mērķis ir uzlabot Latvijas iedzīvotāju veselību, pagarinot labā veselībā nodzīvoto mūžu, novēršot priekšlaicīgu mirstību un mazinot nevienlīdzību veselības aprūpē. Pamatnostādņu projekta vieni no izvirzītajiem apakšmēŗkiem ir nodrošināt iedzīvotājiem iespēju saglabāt un uzlabot savu veselību, samazinot neinfekcijas slimību riska faktoru un traumatisma negatīvo ietekmi, vienlaikus īstenojot veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumus veselīgas, drošas dzīves un darba vides attīstīšanai, kā arī mazināt infekcijas slimību izplatīšanās riskus un to ietekmi uz sabiedrības veselību. Minēto apakšmērķu ietvaros tiek plānots īstenot dažādas veselīgu dzīvesveidu veicinošas aktivitātes un pasākumus saistībā ar galveno veselību ietekmējošo riska faktoru mazināšanu – sabalansēts uzturs, pietiekama fiziskā aktivitāte, atkarību profilakse, psihoemocionālā veselība, infekciju slimību profilakse, vides veselība u.c. Tāpat tiek plānots veicināt veselības komunikācijas un iedzīvotāju veselībpratības pilnveidošanu, tā paaugstinot iedzīvotāju rūpes par savu veselību. Vienlaikus plānots uzlabot sabiedrības informēšanu par aktualitātēm nozarē, veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām, izglītot iedzīvotājus par konkrētām slimībām, blakussaslimšanām, veselības problēmu savlaicīgu atpazīšanu hronisku slimību gadījumā u.c. pasākumi.

Līdz ar to, lai nedublētu īstenojamos pasākumus vairākos politikas plānošanas dokumentos, šajā Plānā rīcības virzienā “Riska faktoru izplatības un ietekmes uz veselību mazināšana” nav iekļauti VM plānotie Pamatnostādņu projekta pasākumi sabiedrības izglītošanai un riska faktoru ietekmes uz sabiedrības veselību mazināšanai.

**Identificētās problēmas/ izaicinājumi:**

* Latvijā ir augsta saslimstība un mirstība no neinfekciju slimībām (t.sk. onkoloģiskām slimībām), kuru attīstību lielā mērā ietekmē cilvēka dzīvesveids (uztura paradumi, fiziskās aktivitātes un atkarību izraisošo vielu lietošana) un ar to saistītie riska faktori.
* Salīdzinoši zems savlaicīgi 1. un 2. stadijā atklātu ļaundabīgo audzēju īpatsvars;
* Onkoloģisko slimību riska faktori (aptaukošanās, nepietiekama fiziskā aktivitāte, neveselīgs uzturs, smēķēšana, alkohola lietošana) ir izplatīti Latvijas iedzīvotāju vidū.
* Ir jāveicina Latvijas iedzīvotāju veselībpratība: ne tikai informētība par riska faktoriem, bet arī motivācija mainīt savu uzvedību un paradumus.
* Nepietiekama sabiedrības CPV vakcinācijas aptvere.
* Latvijā pret CPV tiek vakcinētas tikai meitenes.

## 2. Visaptveroša valsts organizētā vēža skrīninga pilnveidošana

Reģistra uzskaitē 2017. gada beigās bija 77341 pacients ar onkoloģisku diagnozi. Desmit gadu periodā (no 2007. – 2017. gadam) tas pieaudzis par 38%. Tas ir skaidrojams ar skrīninga ieviešanu, arvien efektīvākas diagnostikas un ārstēšanas iespēju pieejamību. Slimību atklājot agrīni, daļā gadījumu iespējama pilnīga izārstēšana, bet daļā – būtisks dzīves pagarinājums. Pieaug agrīni atklāto gadījumu īpatsvars, kā arī pakāpeniski pieaug arī onkoloģisko pacientu novērotā piecu gadu izdzīvotība.

Kopš 2009.gada Latvijā tiek īstenota vēža savlaicīgas atklāšanas programma jeb vēža skrīnings, ņemot vērā ES Padomes 2003.gadā pieņemtās rekomendācijas visām ES dalībvalstīm ieviest organizētu krūts vēža, dzemdes kakla vēža un kolorektālā vēža skrīningu.

Šobrīd Latvijā nav visaptverošas onkoloģisko slimību uzraudzības institūcijas (metodiskā daļa), kura pārraudzītu un organizētu vēža skrīningu, tai skaitā monitorētu skrīninga kvalitāti. Iesaistītās institūcijas, atbilstoši kompetencei, nodrošina atsevišķas organizētā skrīninga tehniskās funkcijas, tādējādi iztrūkst vienota vēža skrīninga koordinācijas un uzraudzības vadība, līdz ar ko nav iespējams izsekot visiem skrīninga procesiem, kā arī valstī nav izveidota metodiskā vadība onkoloģijas nozarē kopumā.

Būtiska nozīme ir regulāra vēža profilaktisko pārbaužu veikšanai, jo pirmsvēža izmaiņas nerada sūdzības un tām nav simptomu. Profilaktiskās pārbaudes sniedz iespēju gūt pārliecību par veselības stāvokli, savukārt, gadījumā, ja tiek atklāta slimība – uzsākt savlaicīgu ārstēšanu. Metodiski organizēta un uzraudzīta vēža skrīningprogramma var būtiski mazināt konkrētās slimības radīto slogu, mazinot kopējo slimības aktīvas terapijas ilgumu un intensitāti, uzlabojot dzīvildzi un pacienta dzīves kvalitāti. Šobrīd iedzīvotāju atsaucība dalībai vēža skrīningā pakāpeniski palielinās, taču tā nav pietiekama (skat. 2. tabula), lai atbilstu Eiropas vadlīnijās par vēža skrīningu noteiktajam minimālajam atsaucības rādītājam – vismaz 45%. Ģimenes ārstiem organizējot, uzaicinot un strādājot individuāli ar mērķa grupas pacientiem ir sasniedzama augstāka valsts organizētā vēža skrīninga aptvere. Līdz ar to liela nozīme ir ģimenes ārstu prakšu iesaistei valsts organizēto vēža skrīningprogrammukoordinācijā un uzraudzībā. Lai palielinātu organizētā vēža skrīninga aptveres rādītājus, kas ir viens no svarīgākajiem Plāna uzdevumiem, VM ieskatā ir nepieciešams ieviest augsti efektīvu valsts organizētā vēža skrīninga programmu, nodrošinot skrīninga pakalpojumu sistēmisku kvalitātes kontroli un uzraudzību visos skrīninga etapos, kā arī ieviest skrīninga procesa metodisko vadību, kas atbilstoši ES rekomendācijām ir obligāti priekšnosacījumi organizētā vēža skrīningā.

Pamatojoties uz augstāk minēto, kā arī, izvērtējot esošās SPKC un NVD kompetences veselības aprūpes jomā, VM jau 2019. gadā bija uzsākusi darbu un sagatavojusi grozījumus Pacientu tiesību likumā[[64]](#footnote-64) ar mērķi piešķirt SPKC tiesības apstrādāt pacientu datus organizētā vēža skrīninga uzraudzības un kvalitātes kontroles nolūkos. Ņemot vērā, ka lielākā onkoloģisko pacientu plūsma ir RAKUS Latvijas Onkoloģijas centrā, kurā ik gadu ārstējas apmēram 80% no visiem onkoloģiskajiem pacientiem, VM plāno arī Latvijas Onkoloģijas centra iesaisti skrīninga metodiskajā vadībā.

**2. tabula. Skrīninga atsaucības rādītāji**[[65]](#footnote-65)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Izmeklējumu veikušo personu skaits/izsūtīto uzaicinājuma vēstuļu skaits periodā | **2010.g.** | **2011.g.** | **2012.g.** | **2013.g.** | **2014.g.\*** | **2015.g.** | **2016.g.** | **2017.g.** | **2018.g.** | **2019.g.**  | **2020.g.** |
| **Dzemdes kakla vēža skrīnings** |  15,3% |  34,5% |  26,7% |  27,4% |  27,8% | 25,0% | **25,2%** | **39,0%** | **43,8%** | **39,7%** | 33,8% |
| **Krūts vēža skrīnings** | 19,4% | 33,8% | 32,7% | 34,2% | 35,9% | 34,9% | **27,4%** | **44,0%** | **42,1%** | **39,1%** | 29.9% |
| **Zarnu jeb kolorektālā ļaundabīgā audzēja skrīnings** **(populācijas aptvere)**  | 7,57% | 7,09% | 7,63% | 9,64% | 10,59% | 10,9% | **11,8%** | **13,4%** | **16,0%** | **15,0%** | 14.6% |

\*No 2014.gada zarnu jeb kolorektālā ļaundabīgā audzēja skrīninga mērķa grupa ir sievietes un vīrieši no 50 līdz 74 gadiem.

Uzlabojot agrīnu zarnu jeb kolorektālo ļaundabīgo audzēju diagnostiku, VM, ņemot vērā pieejamos finanšu un cilvēkresursus, izvērtēs iespēju primāri nozīmēt kolonoskopiju pacientu grupai vecumā no 50 gadiem, kurai ir augsts risks saslimst ar zarnu jeb kolorektālo ļaundabīgo audzēju, neveicot slēpto asiņu testu. Kolonoskopija ir visprecīzākā un informatīvākā izmeklēšanas metode, ar kuras palīdzību var izmeklēt resno zarnu no iekšpuses un savlaicīgi diagnosticēt un ārstēt resnās un taisnās zarnas slimības. Tāpat ir nepieciešams izstrādāt vienotus (standartizētus) zarnu jeb kolorektālā ļaundabīgā audzēja skrīninga kolonoskopijas standartus (protokolus), lai kolonoskopijas laikā resnā zarna tiktu izmeklēta visā tās garumā un lai mazinātu viltus negatīvu izmeklējumu skaitu, kā arī pārskatīt esošos skrīninga kolonoskopijas tarifus un šim mērķim ieplānotu nepieciešamo papildus finansējumu.

Papildus, lai veicinātu iedzīvotāju atsaucību veikt zarnu jeb kolorektālo ļaundabīgo audzēju profilaktisko pārbaudi reizi gadā, VM plāno īstenot pilotprojektu un izsūtīt uzaicinājuma vēstules uz personas deklarēto dzīvesvietas adresi, līdzīgi, kā tas ir krūts un dzemdes kakla vēža skrīningā. Vienlaikus veicot atkārtotus uzaicinājumus uz izmeklējumu, ja izmeklējums nav veikts noteiktā laika periodā. Pilotprojekta mērķis ir rast optimālāko pacientu uzrunāšanas veidu zarnu jeb kolorektālā ļaundabīgā audzēja profilaktisko pārbaužu veikšanai.

Savukārt, lai uzlabotu mamogrāfijas pakalpojumu sniegto kvalitāti, būtiski ieviest standartizētu mamogrāfijas attēlu vērtēšanas sistēmu, izmantojot BI-RAD klasifikācijas sistēmu. BI-RAD klasifikācijas sistēmu svarīgi ieviest visās ārstniecības iestādes, kuras sniedz mamogrāfijas pakalpojumus. Sākotnēji VM sadarbībā ar NVD veiks pilotprojektu klīnisko universitāšu slimnīcās RAKUS un PSKUS, ar mērķi nodrošināt BI-RAD sistēmas testēšanu, identificēt būtiskākās problēmas un novērst tās. Jaunās klasifikācijas sistēmas mērķis ir strukturēta apraksta izveidošana mamogrāfijā, kas nodrošinās, ka turpmāk visas ārstniecības iestādes, kuras sniedz mamogrāfijas pakalpojumus, mamogrāfijas attēla aprakstīšanu veiks vienādi (tiek izstrādāta vienota apraksta veidlapa). Vienlaikus nepieciešams arī pārskatīt esošos tarifus skrīninga mamogrāfijas attēlu aprakstīšanā, jo, veicot aprakstu, ārstam ir jāizvērtē iepriekšējo mamogrāfiju attēli un apraksti.

Ņemot vērā minēto, VM plāno pilnveidot esošo valsts organizētā vēža skrīninga programmu, nodrošinot skrīninga pakalpojumu sistēmisku kvalitātes kontroli un uzraudzību visos skrīninga etapos, kā arī nodrošināt skrīninga procesa metodisko vadību, kas atbilstoši ES rekomendācijām ir obligāti priekšnosacījumi organizētā vēža skrīningā. Lai to nodrošinātu, VM ieskatā būtu jāizveido vēža skrīninga procesu metodiskā daļa, kura organizē un koordinē skrīninga procesu valstī, kā arī jāievieš skrīninga kvalitātes kontroles sistēma un uzraudzība. Vienlaikus jāatzīmē, ka ne visās Eiropas valstīs ir ieviestas valsts organizētas vēža skrīninga programmas.

VM skatījumā būtiski ir turpināt pēctecību valsts organizētā vēža skrīninga pilnveidošanā, izskatot iespēju veikt auditu arī dzemdes kakla un zarnu jeb kolorektālā ļaundabīgā audzēja programmai, ar mērķi noskaidrot esošo situāciju skrīninga pakalpojuma nodrošināšanā, identificēt būtiskākās problēmas un sagatavot ieteikumus pakalpojuma uzlabošanai. Vienlīdz svarīgi ir izstrādāt arī kvalitātes kritērijus un pacienta ceļus katrai vēža skrīninga programmai, nodrošinot efektīvas organizētas vēža skrīninga programmas ieviešanu valstī.

**Identificētās problēmas/ izaicinājumi:**

* Nepietiekama iedzīvotāju atsaucība valsts organizētajiem ļaundabīgo audzēju skrīningiem.
* Nepietiekama ģimenes ārstu iesaiste valsts organizētā vēža skrīningā.
* Nepietiekama primārās aprūpes ārstu iesaiste, veicot profilaktiskās apskates nepietiekami izvērtēts onkoloģisko slimību risks.
* Nav precīzi definēts pacieta ceļš, veicot skrīninga un pēc skrīninga izmeklējumus.
* Valsts organizētā skrīninga programmā nav ieviesta skrīninga pakalpojumu kvalitātes kontrole un uzraudzība, kā arī skrīninga procesa metodiskā vadība, kā to rekomendē Eiropas vadlīnijas dzemdes kakla vēža, kolorektālā vēža un krūts vēža skrīninga kvalitātes nodrošināšanai.
* Nav izveidota institūcija, kas pārrauga un kontrolē visus organizētā vēža skrīninga etapus.
* Iztrūkst sistēmiskas kvalitātes kontroles visos skrīninga etapos, kas ir obligāts priekšnoteikums organizētā vēža skrīningā.
* Nav vienotas organizētā vēža skrīninga datu platformas, kas ļautu analizēt skrīninga efektivitāti un būt par pamatu kvalitātes kontrolei, kā arī salīdzināt iepriekšējo gadu skrīninga rezultātus.

## 3. Ārstniecības kvalitātes un pieejamības uzlabošana

Situācija, kad pacientiem ar aizdomām par onkoloģisku slimību ārstēšanās vai dinamiskās novērošanas laikā ilgstoši jāatrodas gaidīšanas rindās uz izmeklējumiem, speciālistu konsultācijām un plānveida ārstēšanos stacionārā, ir nepieņemama, jo novēlota diagnostika un ārstēšana ir papildu negatīvs faktors visā turpmākajā ārstēšanās procesā. Ilgs gaidīšanas laiks veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai būtiski ietekmē arī pakalpojumu pēctecības un nepārtrauktības nodrošināšanas iespējas. Ja pacientam nav iespējams nodrošināt pēctecīgu veselības aprūpi (savlaicīga slimības atklāšana, specializēta ārstēšana un atbilstoša rehabilitācija), nav iespējams pilnvērtīgi nodrošināt veselības rādītāju uzlabošanos.

Ņemot vērā pieejamo veselības aprūpes finansējumu un cilvēku resursus, no 2016.gada 1.oktobra veselības nozarē ir veiktas būtiskas izmaiņas, lai uzlabotu pacientu ar onkoloģiskām slimībām ātrāku un efektīvāku slimību diagnostiku un nodrošinātu iespēju uzsākt savlaicīgu ārstēšanu.

### 3.1. Agrīna diagnostika.

Onkoloģisko slimību gadījumā būtiska nozīme ir agrīnai diagnostikai un savlaicīgi uzsāktai ārstēšanai, tādēļ “zaļais koridors” jeb iespēja saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus ātrākos termiņos ir būtisks uzlabojums veselības aprūpes organizēšanā. Ir paplašināta diagnostikas pieejamība pacientiem ar aizdomām par onkoloģisku slimību. Ieviešot “zaļā koridora” principu, ir pieaudzis pirmreizēji atklāto ļaundabīgo audzēju skaits no 49.8% 2015.gadā līdz 54.65% 2017.gadā, kā arī tiek biežāk diagnosticēta vēža 1. un 2. stadija. Tāpat uzlabota ļaundabīgo audzēju sekundārā diagnostika jeb kārtība kādā ārstniecības iestāde, kurā personai veikta ļaundabīgo audzēju primārā diagnostika, nodrošina konsultāciju pie ārsta speciālista. Šobrīd, atbilstoši rindu veidošanas nosacījumiem, sekundārās ambulatorās onkoloģijas pakalpojumiem ir jābūt nodrošinātiem ne vēlāk kā 10 darbdienu laikā, no dienas, kad persona vērsusies ārstniecības iestādē pakalpojuma saņemšanai.

Ņemot vērā augstāk minēto, ja ārstniecības iestādē gaidīšanas laiks ārstu – speciālistu konsultācijām vai diagnostiskajiem izmeklējumiem ir garāks par 10 kalendārajām dienām, ārstniecības iestādei ir jāveido “logi“ “zaļā koridora pacientiem“ savlaicīga pakalpojuma saņemšanai. Lai pacienti pēc diagnozes noteikšanas, savlaicīgi saņemtu ārstēšanu, ir jānosaka maksimālie gaidīšanas laiki veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai.

Bērnu vecumā onkoloģisku saslimšanu diagnoze bieži ir novēlota, jo to simptomi ir relatīvi nespecifiski. Tos biežāk novēro pie labdabīgām saslimšanām. Vidējais laiks no simptomu parādīšanās līdz diagnozei ir trīs nedēļas leikēmijas gadījumā, deviņas nedēļas CNS audzēju gadījumā, 11.7 nedēļas citu solido tumoru gadījumā. Bērnu onkoloģijas gadījuma atklāšana vairumam ģimenes ārstu ir vienreizējs jeb *once-in-a career* notikums, līdz ar to nav iespējams uzkrāt pietiekamu pieredzi bērnu onkoloģijas gadījumu atpazīšanā[[66]](#footnote-66), tādēļ būtu organizējami izglītojoši pasākumi primārās aprūpes speciālistiem, skaidri definējot “sarkanā karoga simptomus”, kas liecina par augstu onkoloģiskas saslimšanas varbūtību bērnam. Dati no starptautiskiem pētījumiem liecina, ka laiku līdz diagnozei papildus paildzina novēlota pacienta novirzīšana uz specializētu bērnu onkoloģijas centru Latvijā. Šāds onkoloģijas centrs bērnu vecuma audzējiem ir tikai BKUS, tādēļ primārās aprūpes speciālistiem jānodrošina skaidrs klīniskais ceļš bērna nekavējošai novirzīšanai uz BKUS.

Lai uzlabotu diagnostikās radioloģijas izmeklējumu pakalpojuma kvalitāti valstī kopumā, VM pēc kopīgām pārrunām ar onkoloģijas jomas speciālistiem ir secinājusi, ka diagnostiskajā radioloģijā ir nepieciešami vienoti izmeklēšanas protokoli. Tādēļ VM jau 2020. gada sākumā uzsāka pārrunas ar Latvijas Radiologu asociāciju, lai izskatītu iespējas izstrādāt standartizētus diagnostiskās radioloģijas protokolus konkrētām lokalizācijām. Latvijas Radiologu asociācijas viens no mērķiem ir veicināt diagnostiskās radioloģijas attīstību Latvijā, sadarboties ar valsts institūcijām radioloģijas jomā, kā arī piedalīties radioloģisko izmeklēšanas algoritmu izstrādē un pilnveidošanā. Ņemot vērā minēto un plašo diagnostikās radioloģijas izmeklējumu apjomu, sākotnēji protokolus varētu izstrādāt konkrētām lokalizācijām, piemēram, zarnu jeb kolorektālajam ļaundabīgajam audzējam, kuņģa vai aizkuņģa dziedzera vēzim. Pēc sākotnējām aplēsēm, lai izstrādātu vienotus standartizētus diagnostikās radioloģijas protokolus, ir jārod papildu finansējuma iespējas to izstrādei.

Tāpat nozīmīgs diagnostiskās radioloģijas kvalitātes faktors ir iespēja visus izmeklējumu attēlus nolasīt jebkurā ārstniecības iestādē pie atbilstošas darba stacijas, kā arī speciālistam - iespēja redzēt pacienta iepriekšējos izmeklējumu attēlus, ja tādi ir veikti. Tas būtiski samazinātu otrreizēji veikto radioloģisko izmeklējumu skaitu, kā rezultātā viennozīmīgi ietaupot kopējo veselības aprūpes finansējumu. Savukārt, lai nodrošinātu šādu tehnoloģisko risinājumu pie tik liela informācijas apjoma, kādi ir radioloģiskie izmeklējuma attēli, ir jāizvērtē vienota digitālo attēlu centrāla arhīva (platformas) izveides iespējas, tai skaitā, Latvijā veikto skrīninga mamogrāfijas attēlu saglabāšanai.

Bērnu vecuma audzēju korektai radioloģiskai, histopatoloģiskai un laboratoriskai izmeklēšanai izšķiroša nozīme ir uzkrātajai pieredzei, kura ir atkarīga no gadījumu skaita. Latvijas mērogā bērnu onkoloģijā nelielās populācijas un, līdz ar to, nelielās incidences dēļ, kvalitatīvai un uz pierādījumiem balstītai interpretācijai ir nepieciešama katra gadījuma konsultācija Eiropas bērnu onkoloģijas references centros un specializētās darba grupās. Šāda līmeņa konsultāciju pastāvīgai nodrošināšanai jāparedz atbilstoši resursi.

Patoloģijas jomas nozīmīgums onkoloģijā aizvien palielinās, jo pamatojoties uz audu parauga morfoloģiskās izmeklēšanas rezultātiem tiek pierādīta onkoloģiska diagnoze un balstoties uz patologa slēdzienu, tiek izvēlēta piemērotākā ārstēšanas metode. Tā nodrošina gan diagnostiku, gan personalizētas medicīnas priekšnoteikumus, gan arī visus ar to saistītos izmeklējumus. Patoloģijas izmeklējumi ir nozīmīgi ne tikai onkoloģijas diagnostikā, bet arī dažādu citu slimību diagnostikā, līdz ar to sadarbībā ar reģionālajām slimnīcām, RAKUS, PSKUS, BKUS ir nepieciešams izvērtēt patoloģijas jomas attīstību valstī kopumā. Ņemot vērā, ka šī plāna tvērums ir onkoloģijas joma, tādējādi plānā nav ietvertas konkrētas aktivitātes, kas vērstas uz patoloģijas jomas attīstību valstī kopumā.

### 3.2. Ārstēšana.

Specializēta onkoloģiska pacienta aprūpe ietver uz pacientu orientētu, multidisciplināru pieeju, lai nodrošinātu labākus ārstēšanas rezultātus.

Attīstoties medicīnas nozarei, pacientam jau šodien efektīvas multidisciplināras ārstēšanas rezultātā izdzīvotība ir būtiski uzlabojusies, tādējādi palielinot kopējā uzskaitē esošo pacientu skaitu. Ņemot vērā, ka onkoloģiskās slimības vienlaikus ir arī hroniskas slimības, pacientam ir svarīgi veikt regulāras pārbaudes iespējamai recidīva kontrolei jeb dinamisko novērošanu. Vienlīdz svarīgi ir mazināt jau konstatētās slimības vai tās ārstēšanas radīto negatīvo ietekmi uz indivīda veselību, mazinot komplikāciju risku un novēršot priekšlaicīgu nāvi. Pašlaik onkoloģisko pacientu dinamisko novērošanu veic onkologi ķīmijterapeiti, bet bērnu onkoloģijā – bērnu hematoonkologi. Onkoloģisko pacientu mērķtiecīga novērošana turpinās visa mūža garumā. Lai racionāli tiktu izmantoti cilvēkresursi un veicināta koordinēta un pēctecīga veselības aprūpe, onkoloģisko pacientu dinamiskajā novērošanā vairāk būtu iesaistāmi primārās veselības aprūpes speciālisti. Būtu vērtējama ģimenes ārstu iesaiste onkoloģisko pacientu dinamiskajā novērošanā, lai nodrošinātu savlaicīgu pārslimotās onkoloģiskās slimības recidīva vai citas lokalizācijas audzēja attīstības atklāšanu. Lai to realizētu, būtu nepieciešams izstrādāt ģimenes ārstiem vienkāršus un ērti lietojamus algoritmus ļaundabīgo audzēju recidīvu diagnostikai biežākajās lokalizācijās.

Ņemot vērā specifiskās onkoloģiskās palīdzības pakalpojumu, atbilstošu medicīnisko tehnoloģiju un cilvēkresursu pieejamību, VM ir jāturpina sadarbībā ar onkoloģijas jomas profesionāļiem uzsāktās aktivitātes, izstrādājot algoritmus ļaundabīgo audzēju recidīvu diagnostikai noteiktām lokalizācijām (sākotnēji krūts, priekšdziedzera un/ vai plaušu vēzim), kā arī pakāpeniski izstrādājot un ieviešot tos arī citām ļaundabīgo audzēju lokalizācijām, un izstrādājot dinamiskās novērošanas plānu pacientiem pēc aktīvās ārstēšanas.

Mūsdienīgu medicīnisko datu apriti bērnu onkoloģijā varētu nodrošināt elektroniska datubāze, kurā būtu iespēja redzēt informāciju par pacientam nepieciešamo novērošanas plānu un analizēt pacientu datus. Vienlaikus, uzlabojot ārsta un pacienta savstarpējo komunikāciju, nodrošināt ilgtermiņā pienācīgu slimības seku gaitas novērošanas procesu, kas ir vienlīdz būtiski arī 18 gadu vecumu sasniegušo pacientu pārejai uz pieaugušo onkologu aprūpi.

Jau šobrīd ESF līdzfinansētā projekta (Projekts Nr.9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros”) īstenošanas ietvaros veiktajā iepirkumā ir izstrādāti klīniskie algoritmi, klīniskie ceļi un indikatori veselības aprūpes prioritārajās jomās, tai skaitā, onkoloģijas jomā (audzēju primārā un atkārtotā vizuālā diagnostika, Latvijā biežāk sastopamo audzēju primārā un metastāžu terapija, vēža slimnieku dinamiskā novērošana, vēža sāpju terapija, vēža slimnieku rehabilitācija). Ērtākai lietošanai jomas profesionāļiem izstrādātie klīniskie algoritmi un klīniskie ceļi ir pieejami SPKC mājas lapā[[67]](#footnote-67).

Attiecībā uz vēža operācijas kvalitāti jānorāda, ka jau šobrīd slimnīcās onkoloģisko pacientu kvalitatīvu ķirurģisko ārstēšanu veic, ievērojot labas klīniskās prakses vadlīnijas, kā arī slimnīcu un/ vai nodaļu vadītāju kompetencē ir sekot līdzi ķirurģiskā darba kvalitātei. 2018. gadā NVD stratēģisko iepirkumu līgumos plānveida stacionāro onkoloģisko pakalpojumu sniedzējiem noteica pakalpojumu sniegšanas kvalitātes prasības – tika definēts, kurās iestādēs ir atļauts operēt konkrētas lokalizācijas audzējus, kādai jābūt iestādes un speciālistu pieredzei konkrētā lokalizācijā un citas prasības.

Visu pacientu, kuriem ir nepieciešama onkoloģiska operācija, veselības stāvoklis tiek apspriests un izvērtēts, kā arī veicamās operācijas tiek noteiktas onkoloģiskajos konsilijos. Tāpat regulāri tiek veikta ķirurģiskā darba analīze. Piemēram, visas lielās ķirurģiskās un onkoloģiskās operācijas tiek kodētas pēc starptautiski atzītas Clavien-Dindo klasifikācijas, kura iedala ķirurģiskās komplikācijas piecās kategorijās, atkarībā no komplikāciju smaguma. Lai identificētu un novērstu komplikāciju iemeslus, ārstniecības iestādē tiek uzskaitīti un pēc tam analizēti rezultāti, kā arī pārskatīti procesi. Lai izvērtētu operācijas rezultātus (histoloģijas slēdzienu) un lemtu par tālāko ārstēšanu, atbilstoši Eiropas vadlīnijām, visu operēto pacientu veselības stāvoklis onkoloģiskajā konsilijā tiek apspriests arī pēc onkoloģiskām operācijām. Tāpat notiek regulāra ķirurgu apmācība Eiropas mēroga kursos un kongresos, kā arī pieejamā finansējuma ietvaros tiek ieviestas jaunas, modernas tehnoloģijas, kuras ievērojami uzlabo operāciju rezultātus.

Lai papildus uzlabotu veikto onkoloģisko operāciju kvalitāti, VM sadarbībā ar klīniskajām universitātes slimnīcām un profesionālajām asociācijām turpina uzsāktās diskusijas un jautājumu risināšanu par vienotu operāciju standartu izstrādi konkrētām audzēju lokalizācijām, kā arī operāciju sniegšanas vietu definēšanu, atbilstoši to sarežģītības pakāpei, operāciju skaitam un ķirurgu pieredzei.

Savukārt, lai veicinātu efektīvāku un uz rezultātu orientētu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, noris darbs pie jaunu manipulāciju izstrādes un aprēķiniem - multidisciplinārs ārstu konsilijs terapijas taktikas pieņemšanai atkārtotam ambulatoram vai stacionāram pacientam ar onkoloģisko slimību. Jaunās manipulācijas tiks pielietotas tiem onkoloģiskajiem pacientiem, kuriem pēc pirmreizējā konsīlija medicīnisku iemeslu dēļ ir nepieciešami papildu izmeklējumi un/vai terapija vai konstatēta slimības progresija, vai arī ir jāmaina nozīmētā ārstēšana dēļ blaknēm, kuras būtiski ietekmē pacienta veselību un/vai dzīves kvalitāti, diagnostikas un ārstēšanas taktika ir precizējama atkārtoti, tādēļ ir nepieciešami atkārtoti konsīliji.

Tāpat jāuzsver, ka atkārtotajos konsilijos vērtētās klīniskās situācijas lielākoties ir augstākas sarežģītības pakāpes nekā pirmreizējos konsilijos apspriestās.

Kā norāda klīniskās universitātes slimnīcas, liela daļa no konsilijiem terapijas taktikas pieņemšanai pacientam ar onkoloģisko slimību, tiek organizēti stacionāra etapā, jo nav nepieciešamības ambulatori veikt pirmsoperācijas konsiliju vai pirmsoperācijas etapā nav norādes uz onkopatoloģiju, vai pacients tiek stacionēts un operēts neatliekamā kārtā.

Specifiskās onkoloģiskās palīdzības pakalpojumu, tai skaitā staru terapija, nodrošināšanai būtisks faktors ir atbilstošu medicīnisko tehnoloģiju pieejamība, nodrošinot ārstēšanas efektivitāti un pakalpojuma drošību kā pacientiem, tā personālam. Tādēļ nepieciešams pārskatīt esošās apstarošanas aparatūras resursu atbilstību pacientu skaitam, plūsmai un tehnoloģiju nolietojumam.

Vienlaikus jāatzīmē, ka veselības aprūpes budžeta iespējas nav pietiekamas, lai pilnvērtīgi nodrošinātu diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumus onkoloģiskiem pacientiem, un būtiski ierobežo iespējas uzlabot un attīstīt veselības aprūpes pakalpojumus onkoloģijas jomā. Piemēram, esošie tarifi bieži vien nesedz ieguldīto darbu, īpaši attiecībā uz liela apjoma ķirurģiskām operācijām, un operāciju materiālu izmaksas. Vienlīdz svarīgi ir nodrošināt, ka ārstniecības iestādes sniegtais veselības aprūpes pakalpojums ir kvalitatīvs.

Papildus, lai veicinātu efektīvāku un uz rezultātu orientētu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, ir jāpārskata stratēģiskā iepirkumā noteiktie kvalitātes kritēriji stacionārām ārstniecības iestādēm onkoloģijas jomas pakalpojumiem.

Lai bērnu onkoloģijā sasniegtu labāko iespējamo ķirurģisko rezultātu – maksimālu radikalitāti un vienlaikus pēc iespējas mazāk kropļojošu/ invalidizējošu operāciju, būtu nepieciešama konsultācija references centrā vai īpaši sarežģītu vai retu operāciju nodrošināšanai, vienlaikus izskatot iespēju pacienta nosūtīšanai uz specializētu centru citviet Eiropā.

Pēdējos piecos gados Zāļu iegādes kompensācijas sistēmai piešķirtie kopējie budžeta līdzekļi nav būtiski palielinājušies. Tomēr katru gadu palielinās to pacientu skaits, kuri ir saņēmuši kompensējamās zāles, tai skaitā arī onkoloģijā (skat. 12. attēlu).

**12. attēls. Zāļu kompensācijai piešķirtie līdzekļi kopumā**

**un uz vienu unikālo pacientu**



No 2018.gada, ņemot vērā valsts piešķirto finansējumu un sarunu rezultātā panākto izmaksu samazinājumu, būtiski pieauga KZS iekļauto onkoloģisko medikamentu skaits dažādas lokalizācijas audzēju ārstēšanai. Esošajā brīdī KZS iekļauta inovatīva terapija, tai skaitā mērķterapija un imūnterapija, pacientu ar metastatisku plaušu vēzi, zarnu vēzi, krūts vēzi (gan HER2 pozitīvs, gan HER2 negatīvs audzējs), prostatas vēzi, gastroenteropātisku audzēju, melanomu, tai skaitā acs melanomu, olnīcu vēzi, aknu vēzi, vairogdziedzera vēzi, kunģa vēzi, kā arī dažāda veida onkohematoloģisku audzēju, ārstēšanai. Bez tam tiek nodrošināta arī terapijas turpināšana tiem pacientiem, kas uzsākuši inovatīvo terapiju iepriekšējos gados.

Valsts finansējums zāļu nodrošināšanai nepalielinās atbilstoši pacientu skaita pieaugumam. Nepietiekamais finansējuma apjoms veicina to, ka viss potenciālais ietaupījums tiek izlietots pacientu nodrošināšanai ar KZS esošajām zālēm, līdz ar to ir apgrūtinātas iespējas paplašināt jau esošo zāļu kompensāciju citiem vēža veidiem vai stadijām (kur tā šobrīd ir ierobežota) vai iekļaut jaunas zāles. 2020. - 2021. gados pārsvarā gadījumos jaunu zāļu iekļaušanu un kompensācijas paplašināšanu notika galvenokārt uz sarakstā jau iekļauto zāļu izmaksu samazinājuma vai ražotāju finansiālās līdzdalības rēķina.

Lai mazinātu invaliditātes un priekšlaicīgas mirstības risku, uzlabotu pacientu izdzīvotību, novēršot priekšlaicīgu nāvi no neinfekcijas slimībām, tai skaitā onkoloģijas, nozīmīga loma ir inovatīvo medikamentu pieejamībai onkoloģijā. Diemžēl, ierobežotā finansējuma dēļ, nav iespējas papildināt valsts KZS ar nepieciešamajiem inovatīviem medikamentiem visaptverošas ārstēšanas procesa nodrošināšanai. Nepietiekama finansējuma dēļ joprojām ir vairāku lokalizāciju audzēji, kuru ārstēšanai vispār KZS nav pieejama inovatīva terapija (piemēram, mīksto audu sarkoma, aizkunģa dziedzera vēzis, dzemdes kakla vēzis) vai arī netiek nodrošināta terapijas pēctecība (piemēram, pacientiem ar nesīkšūnu plaušu vēzi, aknu vēzi, olnīcu vēzi). Lai uzlabotu jaunu medikamentu pieejamību onkoloģiskajiem pacientiem, nodrošinot personalizētu un mērķtiecīgu ārstēšanu, jautājumu par papildu valsts budžeta līdzekļu pieprasījumu VM 2022.gadam un turpmākiem gadiem virzīt Ministru kabinetā kopā ar visu ministriju un citu centrālo valsts iestāžu iesniegtajiem prioritāro pasākumu pieteikumiem gadskārtējā valsts budžeta likumprojekta un vidējā termiņa budžeta ietvara likumprojekta sagatavošanas un izskatīšanas procesā atbilstoši valsts budžeta finansiālajām iespējām.

Lai optimāli izlietotu piešķirto finansējumu, ir nepieciešams izstrādāt noteiktus skaidrus kritēriju un noteikt prioritātes onkoloģisko zāļu iekļaušanai KZS, lai finanšu līdzekļu plānošanas process būtu saistīts ar prioritārajām vajadzībām vai nenosegtajām vajadzībām no medicīniskā viedokļa.

### 3.3. Onkoloģisko pacientu rehabilitācija un paliatīvā aprūpe

Ļaundabīgais audzējs prasa ne tikai momentānu izmeklēšanu un ārstēšanu, bet tas ir hroniski noritošs process, kam nepieciešama pastāvīga uzraudzība, ārstēšana; tas ietekmē dzīves kvalitāti un var radīt invaliditāti[[68]](#footnote-68). Ļaundabīgie audzēji ir viens no galvenajiem invaliditātes cēloņiem. 24% pieaugušo pirmreizējās invaliditātes cēlonis 2019. gadā bija ļaundabīgie audzēji[[69]](#footnote-69).

Onkoloģisko pacientu rehabilitācija gan globālā, gan nacionālā līmenī ir svarīgs sabiedrības veselības jautājums, ņemot vērā, ka onkoloģisko slimību incidence ir palielinājusies un saistībā ar agrīnāku, precīzāku onkoloģisko slimību diagnostiku, sekmīgu ārstēšanu pieaudzis arī onkoloģisko pacientu izdzīvošanas rādītājs. Taču vienlaikus ar šīm pozitīvajām tendencēm palielinās onkoloģisko pacientu skaits ar ļoti daudzveidīgiem funkcionēšanas traucējumiem - fiziskiem, emocionāliem, kognitīviem, kas saistīti ar slimību vai ārstēšanas blakusefektiem un kopumā rada ilgstošus cilvēka funkcionēšanas traucējumus mobilitātes, pašaprūpes, aktivitāšu un dalības jomās. Nenodrošinot rehabilitāciju, kas ir daļa no kopējā ārstēšanas un aprūpes procesa, tiek samazināta atdeve no onkoloģisko pacientu diagnostikā un ārstēšanā ieguldītajiem resursiem.

Šobrīd onkoloģiskie pacienti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus saņem MK noteikumos Nr. 555 noteiktajā vispārējā kārtībā. Onkoloģisko slimību pacienti ar funkcionēšanas traucējumiem, atbilstoši konkrētajam funkcionēšanas traucējumu veidam, tiek iekļauti esošajās programmās ārstēšanai stacionārā. Pēc NVD datiem stacionāros rehabilitācijas pakalpojumus NRC “Vaivari” 2015. gadā ir saņēmuši 30 onkoloģiskie pacienti, savukārt 2014.gadā rehabilitācijas pakalpojumus saņēma 12 pacienti un 2013. gadā 13 pacienti. Nelielais onkoloģisko pacientu skaits, kas saņēmuši valsts apmaksātos stacionāros rehabilitācijas pakalpojumus, varētu būt skaidrojams ar to, ka pacienti ir saņēmuši ambulatoros rehabilitācijas pakalpojums vai arī onkoloģiskā slimība netika norādīta kā pamatdiagnoze, saņemot rehabilitācijas pakalpojumus.

Onkoloģisko pacientu rehabilitācijas medicīnas pakalpojumu organizācija, līdzīgi kā citām pacientu grupām, tiek iedalīta akūtā, subakūtā un ilgtermiņa rehabilitācijā. Kā norādījuši jomas speciālisti, medicīniskā rehabilitācija, atbilstoši pacienta veselības stāvoklim un indikācijām uzsākama pēc diagnozes uzstādīšanas. Onkoloģiskiem pacientiem medicīniskā rehabilitācija kopumā tiek sniegta pēc vispārīgiem principiem, rehabilitācijas plānam pamatojoties uz onkoloģiskās ārstēšanas plānu. Piemēram, daļai onkoloģisko slimību pacientu funkcionēšanas traucējumi ir saistīti ar konkrētā orgāna vai orgānu sistēmas bojājumu, piemēram, pacienti ar centrālās nervu sistēmas vai muskuloskeletālās sistēmas audzējiem būtu rehabilitējami atbilstošās rehabilitācijas programmās, bet citai daļai pacientu funkcionēšanas traucējumi izpaužas vairāk nespecifiski - vispārējas astēnijas, limfostāzes, t.s. “*deconditioning*” stāvokļi, tad noderīgas mazāk specifiskas pacientu programmas, kuras var tikt realizētas rehabilitācijas stacionārā, dienas stacionārā vai ambulatori tuvāk pacienta dzīvesvietai.

Ņemot vērā minēto, pacientam izrakstoties no stacionāra, būtu jāsaņem realizējams un saskaņots ārstēšanas un rehabilitācijas plāns ar dinamiskās kontroles intervāliem vismaz tuvākajiem 3-6 mēnešiem. Onkoloģisko pacientu rehabilitācijā īpaši svarīga ir multidisciplināras pieejas nodrošināšana, tai skaitā veicinot psihosociālo rehabilitāciju un sabiedrības aktivitātes, piemēram, sadarbību ar pacientu organizācijām.

Kā jau minēts iepriekš, onkoloģiska diagnoze ir saistīta ne tikai ar fiziskajiem simptomiem, bet izraisa arī psihoemocionālas grūtības un sociālus ierobežojumus. Par to liecina arī Onkoloģisko pacientu atbalsta biedrības “Dzīvības koks” 2015.gadā veiktā pētījuma dati. Diagnozes noteikšanas brīdī 73% piedzīvojuši bailes, 69% izmisumu, 47% bēdas. Ārstēšanas periodā 79% piedzīvojuši stresu, 73% bailes, 72% trauksmi. Dinamiskās novērošanas periodā 15% ir bijis ļoti izteikts stress, bailes, trauksme un depresija[[70]](#footnote-70). Lai sekmētu to, ka pacienti ar onkoloģiskajām slimībām var pēc iespējas optimāli pārdzīvot terapijas procesu un pēc iespējas kvalitatīvāk atgriezties sociālajā un ekonomiskajā apritē, nepieciešams nodrošināt ne tikai terapiju, bet arī psihosociālo rehabilitāciju.

Jāmin, ka viena no VM veselības nozares reformas jaunajām politikas iniciatīvām 2019.gadā bija psihoemocionālā atbalsta dienas centra (turpmāk – Centrs) izveide RAKUS. Centra mērķis ir nodrošināt psihoemocionālu atbalstu onkoloģiskajiem pacientiem un viņu tuviniekiem no brīža, kad uzzināta diagnoze, kā arī akūtās ārstēšanas procesā. Centra uzdevumi ir nodrošināt multidisciplināru veselības aprūpes speciālistu komandu (kas sevī var ietvert ārstniecības personas, ārstniecības atbalsta personas, psihoterapeitu, psihologu, sociālo darbinieku u.c.), onkoloģisko pacientu aprūpē iesaistītā atbalsta personāla un ārstniecības personu apmācību, kā arī veicināt pacientu informētību un izpratni par slimību un ar to saistītiem procesiem.

Jau šobrīd dažādu jomu speciālisti – psihologi, psihoterapeiti, fizisko aktivitāšu speciālisti un citi profesionāļi ikdienā konsultē, sniedz padomus un palīdz cilvēkiem tikt galā ar emocionāli smagām un sarežģītām dzīves situācijām, uzzinot diagnozi vai ārstēšanās procesa gaitā saskaroties ar dažādām veselības problēmām un attiecību sarežģījumiem. Tāpat Centrā norit dažādas grupu terapijas nodarbības, piemēram, darbojas drāmas un mūzikas terapijas grupas, kā arī fizisko aktivitāšu grupa. Papildus, atbilstoši pacientu izteiktajām vēlmēm, Centrs ir plānojis ieviest fizioterapeita un uztura speciālista pakalpojumus. Centrā profesionālu bezmaksas palīdzību ir saņēmuši jau vairāk nekā 400 cilvēki. Būtiski, ka pacienti var saņemt palīdzību uzreiz, tiklīdz tā viņiem ir nepieciešama – vienkārši atnākot uz pirmo konsultāciju pie speciālistiem.

Nodibinājums “Bērnu slimnīcas fonds” kopš 2020. gada īsteno ESF projektu “Holistisks un multidisciplinārs atbalsts bērniem ar funkcionāliem traucējumiem un viņu ģimenes locekļiem”[[71]](#footnote-71), kurā bērniem ar funkcionāliem traucējumiem, kuriem ir noteikta invaliditāte onkoloģiskas saslimšanas dēļ un kuri ilgstoši ārstējas BKUS, tiek sniegts sociālās rehabilitācijas pakalpojums, izmantojot holistisku un mutisdisciplināru pieeju. Tas ir šobrīd inovatīvs starpnozaru pakalpojums, kas ļauj mazajiem pacientiem un viņu likumiskajiem pārstāvjiem (vecākiem, audžuvecākiem, aizbildņiem) saņemt operatīvu un individuālu speciālistu atbalstu vienuviet, papildinoši ārstniecības kursam.

Savukārt, lai cilvēks ar onkoloģisku saslimšanu pēc ārstēšanās kursa slimnīcā beigām sekmīgāk pārvarētu slimības sekas, ir pieejams valsts finansēts psihosociālās rehabilitācijas pakalpojums. Kopš 2018. gada personām - vienām vai kopā ar vienu sevis izvēlētu tuvinieku, ir tiesības saņemt vienu no valsts budžeta finansētu 6 dienu ilgu psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma kursu pēc vienas lokalizācijas audzēja ārstēšanas kursa beigām. Kursa ietvaros personai tiek nodrošinātas speciālistu (klīniskais psihologs, psihoterapeits, onkologs ķīmijterapeits, uztura speciālists u.c. speciālistu) vadītas grupu nodarbības un individuālās konsultācijas.

Kursa uzdevums ir:

- nodrošināt personai un tās izvēlētam tuviniekam profesionālu informāciju par slimību un iespējām turpināt pilnvērtīgu dzīvi;

- palīdzēt novērst emocionālo spriedzi;

- panākt personas un tuvinieku savstarpēju psihoemocionālo atbalstu.

Šādu valsts finansēto psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu personām ar onkoloģisku slimību nodrošina Onkoloģisko slimnieku atbalsta biedrība “Dzīvības koks”, sniedzot atbalstu jau 1003 cilvēkiem, t.sk. 785 personām ar onkoloģisku saslimšanu un 218 viņu tuviniekiem.

Nodrošinot efektīvu atbalstu un starpnozaru aprūpi cilvēkiem ar onkoloģisku slimību, VM sadarbībā ar LM, kā arī piesaistot citus sadarbības partnerus, turpinās uzsāktās aktivitātes veselības aprūpes pakalpojuma cilvēkiem ar onkoloģisku slimību satura pilnveidošanā, lai izveidotu un sniegtu starpnozaru atbalstu un pakalpojumus, t.sk. psiholoģiskā atbalsta jomā.

Paliatīvā aprūpe ir starpdisciplināra tādu pacientu aprūpe, kuru slimība ir dzīvildzi ierobežojoša un nav radikāli ārstējama. Tās mērķis ir nodrošināt pacientiem un viņu ģimenēm pēc iespējas labāku dzīves kvalitāti. Šī aprūpe apvieno sāpju un citu simptomu remdēšanu, psiholoģisku, sociālu un garīgu problēmu risināšanu, kas ļauj pacientam maksimāli komfortabli un kvalitatīvi pavadīt pēdējo dzīves posmu, kā arī nodrošina atbalstu piederīgajiem pēc tuvinieka nāves. Paliatīvā aprūpe apstiprina dzīves vērtību, miršanu uzskatot par dabisku procesu. Tā nepaātrina un neaizkavē nāves iestāšanos un nodrošina iespējami labāko dzīves kvalitāti līdz pat nāves brīdim[[72]](#footnote-72).

Arī paliatīvā aprūpe ir daļa no kopējā ārstēšanas un aprūpes procesa, tāpat kā rehabilitācija. Lēmumu par nepieciešamās paliatīvās aprūpes veidu, piemēram, ambulatori, mājās vai stacionārā, var pieņemt ģimenes ārsts vai ārsts-speciālists kopā ar pacientu un viņa tuviniekiem, individuāli izvērtējot katra pacienta gadījumu, ievērojot pacienta vajadzības un iespēju robežās viņa izteikto gribu. Ja pacienta ārstēšana ir sarežģīta un nepieciešama vairāku specialitāšu ārstu konsultācija vai viedoklis, ārstējošais ārsts sasauc ārstu konsīliju.

Jāmin, ka 2020. gada 15. decembrī MK tika apstiprināts VM sadarbībā ar LM izstrādātais konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā”[[73]](#footnote-73). Ziņojumā ir apkopota informācija par pašreiz pieejamajiem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem Latvijā, kā arī apkopoti nozares speciālistu un iesaistīto institūciju ieteikumi paliatīvās aprūpes uzlabošanai. Analizējot esošo situāciju, pieejamos cilvēkresursus un veselības nozares finansējumu, secināms, ka valsts apmaksāto paliatīvās aprūpes pakalpojumu apmērs gan pieaugušajiem, gan bērniem ir nepietiekams, pakalpojumu sniegšanas struktūra ir sadrumstalota, kā arī nav atrodama vienota informācija par pakalpojumu saņemšanas iespējām.

Ņemot vērā sabiedrības struktūras mainību – iedzīvotāju novecošanu, onkoloģisko un citu slimību pieaugumu un to, ka palielinās diagnostikas un ārstēšanas iespējas, kā arī pagarinās cilvēku dzīves ilgums - šobrīd pieaug un nākotnē ievērojami palielināsies to cilvēku skaits, kuriem būs nepieciešama paliatīvā aprūpe.

VM un LM mērķis ir izveidot visaptverošu, uz cilvēku centrētu paliatīvo aprūpi, kas neatkarīgi no iedzīvotāju sociālekonomiskā stāvokļa nodrošinātu savlaicīgus, kvalitatīvus un izmaksu ziņā pieejamus pakalpojumus, tai skaitā psihoemocionālo atbalstu dzīves nogalē gan cilvēkam, gan viņa ģimenei.

Lai gan kopumā paliatīvās aprūpes pakalpojumi tiek nodrošināti, paliatīvās aprūpes pakalpojumu jomu nepieciešams attīstīt un pilnveidot multidisciplināri, uzlabojot pakalpojuma pieejamību un aprūpes nepārtrauktību, kā arī nepieciešams uzlabot ārstniecības personu un sociālās jomas speciālistu sadarbību. Paliatīvās aprūpes pacientu aprūpē nepieciešama ne tikai multidisciplināra, bet arī starpnozaru sadarbība, tai skaitā izvērtējot hospisa pakalpojumu nepieciešamību, nedziedināmi slimo pacientu aprūpei.

**Identificētās problēmas/ izaicinājumi:**

* Veselības aprūpes budžeta iespējas nav pietiekamas, lai pilnvērtīgi nodrošinātu diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumus onkoloģiskiem pacientiem, un būtiski ierobežo iespējas uzlabot un attīstīt veselības aprūpes pakalpojumus onkoloģijas jomā.
* Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi nesedz faktiskās izmaksas.
* Nevienlīdzīga veselības aprūpes pieejamība reģionos: diagnostika, ārstēšanas iespējas.
* Pacientu ar aizdomām par onkoloģisko slimību pieejamību nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ietekmē vispārējā pacientu plūsmas organizācija ārstniecības iestādē.
* Valstī nav definēti maksimālie gaidīšanas laiki veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai.
* Onkoloģisko pacientu dinamiskā novērošana nav pietiekami koordinēta un pēctecīga veselības aprūpe (“dzeltenā koridora” izveide).
* Pacienti ar slimības recidīvu veselības aprūpes pakalpojumus saņem vispārējā kārtībā un to saņemšanai ir garas gaidīšanas rindas.
* Nav izstrādāts algoritms veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai pacientiem ar audzēja recidīvu.
* Nav iespējams pilnvērtīgi salīdzināt diagnostikās radioloģijas veiktos izmeklējumus.
* Salīdzinoši maz tiek veiktas mazinvazīvas operācijas un invazīvās radioloģijas pakalpojumi.
* Nepietiekoši koordinēta onkoloģisko pacientu plūsma ārstniecības iestādēs.
* Nav izstrādāti vienoti vēžu operāciju standarti konkrētām audzēju lokalizācijām, lai nākotnē mazinātu iespējamu negatīvu gadījumu atkārtošanās iespējas.
* KZS iekļauto zāļu pieejamība. Pastāvīgi pieaugot kompensējamo zāļu lietotāju skaitam (esošie pacienti turpina ārstēšanos, jauni uzsāk), nav proporcionāla valsts budžeta finansējuma pieauguma.
* Ierobežotā finansējuma dēļ, nav iespējas papildināt kompensējamo zāļu sarakstu ar inovatīvām zālēm onkoloģisko slimību ārstēšanai.
* Daļai onkoloģisko pacientu kompensējamo zāļu sarakstā iekļautās zāles nesniedz vēlamo rezultātu, līdz ar to vērtējama personalizētās medicīnas principu, t.sk. valsts apmaksātās biomarķieru noteikšanas, ieviešana.
* Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas iespējas ir ierobežotas.
* Nav izstrādāti pacientu ceļi un pietiekoša informācija veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai.
* Nodrošinot pacienta veselības aprūpes un sociālās jomas vajadzības, nepieciešams uzlabot pakalpojuma pieejamību un aprūpes nepārtrauktību, kā arī nepieciešams uzlabot ārstniecības personu un sociālās jomas speciālistu sadarbību.
* Paliatīvās aprūpes pakalpojumu jomā nepieciešami vairāki kompleksi uzlabojumi, jo pacientu, kuriem nepieciešama paliatīva aprūpe, ir daudz un to skaits pieaug.
* Psihoemocionālā atbalsta attīstīšana terapijas laikā.

## 4. Vēža metodiskās vadības izveidošana Latvijā.

Kā daļa no integrēta pakalpojuma - onkoloģija veselības nozarē ir noteikta kā viena no veselības aprūpes jomas horizontālajām prioritātēm, kuras ietvaros ir jāveic sistēmiskas izmaiņas un jāveido metodiskās vadības un vēža centrs onkoloģijā, tādējādi nodrošinot kvalitatīvu pārvaldības sistēmu Latvijā. Būtiski ir veikt visaptveroša vēža pacientu ārstēšanas un aprūpes infrastruktūras uzlabošanu. Šobrīd nav vienotu pamatprincipu onkoloģijas jomas attīstībai - nedz infrastruktūrai un funkcionalitātei, nedz nacionālam redzējumam vēža centra attīstībai, ir dažādas pieejas pacientu ārstēšanā, sadarbība starp iesaistītajām pusēm ir pilnveidojama, attiecīgi nepieciešams izveidot un nodrošināt tādu veselības aprūpes pakalpojuma infrastruktūru un sniegšanu, kas atbilstu noteiktām kvalitātes, efektivitātes un drošības prasībām. LU DG Reform Tehniskā atbalsta instrumenta (SRSS) ietvaros ir pieteikusi projektu onkoloģijas jomas attīstībai, kas tiks īstenots, iesaistot VM un onkoloģijas jomas partnerus, un kas būs par pamatu ANM plānā paredzēto pasākumu onkoloģijas jomā attīstīšanai. LU projekta ietvaros, izmantojot Eiropas Komisijas ekspertu iesaisti, tiks iegūti nepieciešamie pierādījumi, lai plānveidīgi un zinātniski pamatoti veiktu onkoloģijas jomas attīstību. LU projektā paredzēta:

• ar skrīningu saistīto datu izvērtējuma veikšana un rekomendācijas to papildināšanai;

• visaptverošas vēža infrastruktūras/ tīklu stratēģiska plānošana, rekomendācijas tīkla izveidei;

• vēža skrīninga stratēģiska plānošana, tostarp rekomendācijas;

• vēža reģistra pilnveidojumu rekomendāciju izstrāde.

Savukārt, ANM plāna ietvaros kā papildinājums LU projektā paredzētajām aktivitātēm, paredzēts izstrādāt rekomendāciju kopumu onkoloģijas nozares pilnveidei un ārstniecības procesa uzlabošanai.

**Identificētās problēmas/** izaicinājumi:

* Valstī nav vienotas un visaptverošas pieejas vēža pacientu ārstēšanas un aprūpes infrastruktūrai.
* Nav nodrošināta vienota onkoloģijas ārstēšanas un aprūpes jomas pārvaldība un metodiskā vadība, kā arī slimnīcu, kas specializējas onkoloģisku pacientu ārstēšanā un aprūpē, sadarbības tīkla izveide.
* Nav izstrādāta kvalitātes sistēma onkoloģijā.

## 5. Onkoloģisko slimību datu platformu un IT risinājumu pilnveidošana.

Atbilstoši normatīvajiem aktiem, datus par katru pacientu, kuram ir diagnosticēta ļaundabīga audzēja diagnoze C00-C97 un audzēji *in situ* D00-D09 pēc SSK-10, veselības informācijas sistēmā sniedz nekavējoties, bet ne vēlāk kā 14 dienu laikā pēc diagnozes noteikšanas, ārstēšanas un slimības norises izvērtēšanas. NVD reizi mēnesī no veselības informācijas sistēmas sniedz Reģistram nepersonalizētu informāciju statistikas datu apkopošanai.

Datu apjoms, kuru ietver esošais Reģistrs par visām ļaundabīga audzēja lokalizācijām, ir šāds:

• diagnozes datums, diagnozes atklāšanas veids un pamatojums (morfoloģija);

• TNM un slimības stadija, citas klīniskās klasifikācijas: FIGO, Gleason skaitlis, melanomas dziļums pēc Breslow u.c., kuras norāda slimības stadiju un audzēja izplatību;

• ķirurģiskā ārstēšana: operācijas apjoms (radikāla, audzēja masu samazinoša, paliatīva, neprecizēta), operācijas datums, nosaukums un kods atbilstoši NOMESCO ķirurģisko manipulāciju klasifikācijai;

• staru terapija: radikāla, pirms operācijas, pēc operācijas u.c. un veids: stereotaktiskā staru terapija, intensitātes modulēta staru terapija, radioķirurģija. Terapijas sākuma un beigu datums;

• sistēmiska terapija (medikamentoza) – ķīmijterapija, endokrīnā terapija, imūnterapija, mērķterapija (kompensējamo zāļu sarakstā iekļauto medikamentu uzskaite: B, C saraksta un individuāli kompensējamie medikamenti). Sākums un beigu datumi, kursu skaits pie ķīmijterapijas un mērķterapijas. Simptomātiskās terapijas sākuma datums;

• slimības gaitas uzskaite: slimības progresija, lokāls recidīvs, jaunas attālās metastāzes, slimības remisija, mirstības dati.

Reģistrs sākotnēji tika veidots, lai nodrošinātu oficiālās statistikas programmas un starptautisko saistību izpildi statistiskās informācijas apkopošanā un sniegšanā, līdz ar to tas nesatur pilnīgu detalizētu klīnisko informāciju par pacientu. Informācija, kuru šobrīd reģistrā neparedz uzskaitīt, ir radioloģiskā un laboratoriskā atradne, molekulāri ģenētiskie rādītāji (KRAS, BRAF, EGFR, HER u.c.), medikamentu devas (kursu intervāli), ārstēšanas komplikācijas, medikamentozā toksicitāte, blakusslimības, pacienta vispārējais stāvoklis pēc ECOG vai Karnovska skalas.

Ņemot vērā minēto, Reģistra dati nav pietiekami ne onkoloģisko pacientu dinamiskās novērošanas, klīnisko izmeklējumu, ārstniecības pakalpojumu kvalitātes un efektivitātes izvērtēšanai, ne pētniecības jomas vajadzībām. Šobrīd Reģistra iespējas neatļauj pilnvērtīgi ievadīt datus arī par bērnu vecuma audzējiem. Lai to nodrošinātu, nepieciešama esošā Reģistra pilnveidošana sadarbībā ar bērnu onkologiem.

Precīza un kvalitatīva datu apstrāde, uzkrāšana un analīze mūsdienās ir fundamentāli svarīga, lai varētu kvalitatīvi sniegt ārstēšanas pakalpojumus, analizēt rezultātus un plānot cilvēku resursus, investīcijas tehnoloģijās un valsts kompensētos medikamentus.

Plānojot un veidojot jauno pieeju Reģistram, ir būtiski neradīt papildu administratīvo slogu ārstniecības personām un iestādēm, ievadot vienus un tos pašus datus atkārtoti dažādās informācijas sistēmās, bet veidot dažādu informācijas sistēmu sadarbības un datu apmaiņas risinājumus, tādējādi Reģistrā apkopojot datus no dažādiem informācijas avotiem. Tāpat svarīgs aspekts ir ārstniecības iestāžu informācijas sistēmu attīstība un sadarbības spēja klīnisko procesu datu nodrošināšanā, kas attiecīgi dotu pienesumu Reģistra pilnveidei. Šobrīd VM kopā ar NVD jau ir uzsākusi darbu pie Reģistra satura veidošanas.

**Identificētās problēmas/ izaicinājumi:**

* Šobrīd dati par onkoloģisko slimību diagnostiku un ārstēšanu ir nepilnīgi un sadrumstaloti, kā arī tie nesatur detalizētu klīnisko informāciju par pacientu, tādējādi nepieciešams uzlabot onkoloģisko slimību reģistrāciju – gan tehniskos risinājumus, gan datu kvalitātes uzraudzību;
* Valstī nav vienotas pacientu veselības datu un izmeklējumu datu bāzes onkoloģijā;
* Nav nodrošināta onkoloģisko pacientu datu pieejamība, tie ir sadrumstaloti, ārstiem nav pieejami visi pacienta veselības dati;
* Nav iespējas izvērtēt terapijas rezultātu un slimības attīstības gaitu, ārstēšanas izmaksas un efektivitāti;
* Onkoloģijas pacientiem nav vienuviet pieejama informācija par skrīninga uzaicinājumiem, nosūtījumiem, receptēm;
* Ārstniecības iestāžu dati nav digitalizēti;
* Nav iespējams visus diagnostiskās radioloģijas izmeklējumu attēlus nolasīt jebkurā ārstniecības iestādē pie atbilstošas darba stacijas, kā arī speciālistam nav iespēja redzēt pacienta iepriekšējos izmeklējumu attēlus, ja tādi ir veikti.

## 6. Cilvēkresursu pieejamība onkoloģijas jomā.

Ar mērķi mazināt veselības aprūpes nozares sadrumstalotību un pārlieku šauro specializāciju, jo cilvēkresursu trūkums veselības aprūpē nosaka nepieciešamību sagatavot pēc iespējas plašāka profila speciālistus un veicināt mediķu mobilitāti ārstniecības iestādes un nozares ietvaros, 2009.gadā tika pārskatīts ārstniecības personu specialitāšu skaits un sadalījums pamatspecialitātēs, apakšspecialitātēs un papildspecialitātēs un noteikta ārstniecības personu kompetence ārstniecībā. Līdz 2009.gadam bija noteikta ārsta pamatspecialitāte – onkologs, kurai attiecīgi bija šādas apakšspecialitātes: onkoloģijas ķirurgs, onkoloģijas ķīmijterapeits, onkoloģijas ginekologs. Mainoties ārstniecības personu klasifikatoram tika noteikts, ka apakšspecialitāte onkoloģijas ginekologs kļūst par ārsta pamatspecialitātes – ginekologs, dzemdību speciālists apakšspecialitāti, bet onkoloģijas ķīmijterapeits kļūst par ārsta profesijas pamatspecialitāti, savukārt onkoloģijas ķirurga kompetence tika ietverta ārsta pamatspecialitātes ķirurga kompetencē.

Atbilstoši Latvijas Ārstu biedrības un Latvijas Radiologu asociācijas, kā arī VM galvenā speciālista diagnostiskajā radioloģijā priekšlikumam (pamatots ar UEMS Radioloģijas sekcijas Eiropas Komisijā iesniegtajiem labojumiem attiecībā uz Radioloģijas specialitāti) 2018.gadā veiktas izmaiņa normatīvajā regulējumā un aizstāts specialitātes “Radiologs diagnosts” nosaukumu ar specialitātes nosaukumu “Radiologs”[[74]](#footnote-74).

Tiecoties uz integrētas veselības aprūpes sistēmu, kuras centrā ir pacients, ir būtiski mainījusies arī māsu loma, prasot no māsas tādas papildus kompetences, kā spēju patstāvīgi diagnosticēt, kad ir nepieciešama pacientu aprūpe, spēju patstāvīgi konsultēt un spēju patstāvīgi nodrošināt pacientu aprūpes kvalitāti, to novērtēt un analizēt. Vienlīdz svarīgi māsu kompetences pilnveidē ir arī novērst profesijas sadrumstalošanos pa vairākām pamatspecialitātēm. Līdz ar to, izmaiņas ir paredzēts ieviest arī māsu profesijā un atbilstoši 2019.gadā valdībā atbalstītajai reformai sākot ar 2022.gadu tiks ieviesta vispārējās aprūpes māsas profesija. Vispārējās aprūpes māsas profesijā kompetenču loks ir plašs un dominē caurviju kompetences, kas ir pielietojamas terapeitisko, ķirurģisko, ambulatoro pacientu aprūpē, tāpēc tiek samazināts māsas pamatspecialitāšu skaits, izslēdzot ambulatorās aprūpes māsas, internās aprūpes māsas un ķirurģiskās aprūpes māsas pamatspecialitātes, kā arī diabēta aprūpes māsa, onkoloģiskās aprūpes māsa, nieru aizstājterapijas un nefroloģiskās aprūpes māsa, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas māsa, transfuzioloģijas māsa un neonatoloģijas māsa papildspecialitātes. Māsas kompetence onkoloģisko pacientu aprūpē ir māsas (vispārējās aprūpes māsas) profesijas kompetences ietvarā. Vienlaikus reformas ietvaros plānots pāriet uz māsu darba modeli, kurā māsa veic noteikta skaita pacientu grupas aprūpi. Pacientu grupas lielums ir atkarīgs no pacienta aprūpes līmeņa, piemēram, pacienti, kuri pilnībā spēj veikt pašaprūpi tiek iedalīti I aprūpes līmenī; II aprūpes līmenī – tie pacienti, kuriem ir nepieciešams neliels atbalsts pašaprūpes darbību veikšanā; III līmenī tie pacienti, kuri nespēj veikt pašaprūpi.

MK 2009.gada 24.marta noteikumi Nr.268 „Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” nosaka ārstniecības personas, kas veic profesionālo darbību attiecīgajā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē vai papildspecialitātē, kompetenci ārstniecībā un pacientu aprūpē, tai skaitā onkoloģisko slimību pacientu ārstēšanā un aprūpē. Līdz ar to veicot pasākumus veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanā onkoloģijas jomā, jāņem vērā cilvēkresursu veselības aprūpē nodrošinājums, jo onkoloģisko pacientu ārstēšana un aprūpe ir multidisciplināra.

Onkoloģisko pacientu diagnostikā, ārstēšanā un aprūpē jāuzsver uz profesionāļu komandu orientēta pieeja, lai nodrošinātu pakalpojumu kvalitāti, plašu kompetenču loku un optimizētu ierobežotos cilvēkresursus. Atbilstoši kompetencei onkoloģijas jomā iesaistās ļoti daudz speciālisti gan specifiski strādājot ar onkoloģijas pacientiem, gan kā piemēram, ģimenes ārsti, kuriem onkoloģisko pacientu aprūpe ir tikai viens no pienākumiem primārās aprūpes nodrošināšanas ietvaros.

Latvija ilgstoši saskaras ar darbaspēka trūkumu veselības aprūpes nozarē, ko atspoguļo viens no zemākajiem māsu skaita rādītājiem ES valstīs (2017. gadā – 43 uz 10 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar 85 ES vidēji) un par ES vidējo rādītāju nedaudz zemāks ārstu skaits (34 uz 10 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar 36 ES vidēji). Lai gan ārstniecības personu skaits valstī kopā atsevišķās specialitātēs ir pietiekošs, tomēr liels izaicinājums ir nodrošināt, ka veselības nozarē, tai skaitā onkoloģijas jomā, uzlabojas cilvēkresursu pieejamība atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izvietojumam valstī.

Lai realizētu uz pacientu orientētu, multidisciplināru pieeju onkoloģisko pacientu aprūpē, analizējot praktizējošo ārstniecības personu skaitu un praktizēt tiesīgo ārstniecības personu skaitu darbspējīgā vecumā secināms (skat. 3.tabulu), ir jāpaloelina ģimenes ārstu, radiologu terapeitu, patologu, māsu, māsu palīgu un fizioterapeitu skaits. Savukārt tādās specialitātēs, kā piemēram, anesteziologs, reanimatologs; dermatologs, venerologs; ginekologs, dzemdību speciālists, psihoterapeits arī fizioterapeits, ir svarīgi piesaistīt šos speciālistus valsts un pašvaldību ārstniecības iestādēs, tai skaitā onkoloģijas jomā.

**3. tabula. Ārstniecības personu kopējais nodrošinājums valstī pa specialitātēm un profesijām, kuru kompetencē ir arī onkoloģisko slimību diagnostika, ārstniecība un onkoloģisko pacientu aprūpe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ārstniecības personas** | **Tiesīgi praktizēt (dati uz 01.01.2021.)** | **Darbspējīgā vecumā (līdz 65 gadiem)** **(dati uz 01.01.2021.)** | **Praktizē profesijā (gan pamatdarbā, gan blakus darbā)****(dati uz 01.01.2021.)** |
| **Ārsti speciālisti**  |
| Onkologi ķīmijterapeiti | 67 | 54 | 55 |
| Ģimenes (vispārējās prakses) ārsti | 1 437 | 1 136 | 1 347 |
| Radiologi | 272 | 225 | 230 |
| Radiologi terapeiti | 25 | 21 | 22 |
| Ķirurgi | 304 | 232 | 250 |
| Urologi | 73 | 58 | 60 |
| Anesteziologi, reanimatologi  | 380 | 321 | 274 |
| Dermatologs, venerologs | 182 | 160 | 151 |
| Ginekologi, dzemdību speciālisti | 416 | 337 | 385 |
| Onkoloģijas ginekologs | 13 | 9 | 12 |
| Hematologi | 21 | 16 | 13 |
| Bērnu hematoonkologi | 8 | 8 | 6 |
| Patologi | 43 | 36 | 35 |
| Paliatīvās aprūpes speciālisti | 12 | 10 | 9 |
| Fizikālās un rehabilitācijasmedicīnas ārsti | 149 | 108 | 139 |
| Psihoterapeiti | 74 | 66 | 65 |
| **Pārējās ārstniecības personas** |
| Māsas (medicīnas māsa) | 12 891 | 10836 | 8 901 |
| Radiologa asistenti | 482 | 374 | 390 |
| Radiogrāferi | 143 | 141 | 110 |
| Fizioterapeiti | 1 439 | 1428 | 1 139 |
| Māsas palīgi | 3 125 | 2804 | 2 351 |

Onkoloģijas jomas cilvēkresursu attīstības galvenie nosacījumi ir piesaistīt un noturēt onkoloģijas profesionāļus, sākot ar mūsdienīgas un kvalitatīvas izglītības pieejamības nodrošinājumu, tai skaitā mērķtiecīgi palielinot to profesionāļu skaitu, kuri sākotnēji izvēlas onkoloģiju kā savu profesionālo karjeru. Alga ir ļoti svarīgs, taču iespēju noturēt speciālistus onkoloģijas jomā ietekmē arī citi būtiski faktori, piemēram - darba vide, darba kultūra, mentoringa programmu pieejamība un tas, cik lielā mērā sākotnējās cerības par darbu onkoloģijas jomā gūs piepildījumu (gan darbiniekam, gan darba devējam).

Veselības aprūpes cilvēkresursu kvalitātes un ilgtspējas nodrošināšanai jāturpina ārstniecības personu izglītības un apmācības kvalitātes palielināšana un stiprināšana. Profesionālās zināšanas onkoloģijas jomā ārstniecības personām ir iespēja palielināt šādās profesionālās pilnveides programmās, kas finansētas no ESF līdzekļiem[[75]](#footnote-75).

**4. tabula. Ārstniecības personu profesionālo spēju uzlabošanas pasākumi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Programmas nosaukums** | **Ilgums, stundās** | **Mērķauditorija** |
| Jaunākās tendences onkoloģisku saslimšanu profilaksē, diagnostikā, ārstēšanā, rehabilitācijā un ķīmijterapijā | 8 teorija | Ārsts, ārsta palīgs, māsa |
| [Krūts vēža skrīninga kodēšanas sistēmas maiņa Latvijā – pāreja uz BI\_RADS sistēmu](https://talakizglitiba.lv/kruts-veza-skrininga-kodesanas-sistemas-maina-latvija-pareja-uz-birads-sistemu) | 4 teorija1 prakse | Ārsti (krūts vēža skrīninga procesā iesaistītie speciālisti) - radiologi, ķirurgi, onkologi, ķīmijterapeiti, patologi, ginekologi, dzemdību speciālisti, ģimenes ārsti |
| Paliatīvā aprūpe | 25 teorija15 prakse | Ārsts, māsa, ārsta palīgs, farmaceits |
| Atbilstoša uztura lietošana pacientiem ar hroniskām slimībām | 6 teorija2 prakse | Ārsts, māsa, ārsta palīgs, funkcionālais speciālists, farmaceits un farmaceita asistents, un citas ārstniecības personas |
| Krūts vēža profilakse un diagnostika | 6 teorija2 prakse | Ārsts, māsa, ārsta palīgs, vecmāte, citas ārstniecības personas |
| Krūts vēža skrīnings mamogrāfijas metodoloģijā | 12 teorija20 prakse | Radiologi, radiologu asistenti, radiogrāferi |
| Onkoloģijas pacientu klīniskās aprūpes principi | 25 teorija15 prakse | Māsa, masas palīgs |
| Ergonomijas principi onkoloģijas pacientu aprūpē | 17 teorija7 prakse | Māsa, māsas palīgs, funkcionālais speciālists |
| Reproduktīvā vecuma onkoloģisko pacientu izglītošana par partnerattiecībām ārstēšanas laikā un turpmāk | 12 teorija4 prakse | Ārsts, māsa, ārsta palīgs, farmaceits, funkcionālais speciālists |
| Rehabilitācija onkoloģiskiem pacientiem akūtās, subakūtās un ilgtermiņa rehabilitācijas periodā | 11 teorija7 prakse | Ārsts, māsa, ārsta palīgs, funkcionālais speciālists |
| Onkoloģijas pacientiem raksturīgu kritisko stāvokļu simulācijas un to analīze | 12 teorija4 prakse | Ārsts, māsa, ārsta palīgs |
| Ļaundabīgo audzēju ārstēšanas metodes | 24 teorija | Ārsts, māsa, ārsta palīgs |
| Onkoloģisko saslimšanu savlaicīga diagnostika bērniem un pieaugušajiem | 15 teorija9 prakse | Ārsts, ārsta palīgs, māsa |
| Medikamentozās terapijas pamatprincipi onkoloģijā | 18 teorija6 prakse | Ārsts, māsa, farmaceits |
| Endoskopijas metode māsu praksē | 32 teorija38 prakse | Māsa |

Onkoloģijas cilvēkresursu attīstība ir būtiska sadaļa visaptverošā veselības nozares cilvēkresursu stratēģijā, kuras izstrāde tiks uzsākta 2021.gada otrajā pusē Eiropas Komisijas Strukturālo reformu atbalsta programmas ietvaros. Svarīgākie darba uzdevumi cilvēkresursu stratēģijas izstrādē, ir sniegt detalizētu informāciju par veselības aprūpes speciālistu skaitu, kas strādā dažādās veselības aprūpes jomās valsts un privātajā sektorā visos aprūpes līmeņos, un izstrādāt nepieciešamo cilvēkresursu “kartējumu”, kā arī analizēt medicīniskās izglītības sistēmu, ieskaitot profesionālo pilnveidi, uzsverot izglītošanās iespējas nepārtrauktību un gatavību pielāgoties un savlaicīgi reaģēt uz tehnoloģiskām un organizatoriskām inovācijām veselības aprūpes sniegšanā. Projekta rezultātā tiek sagaidīti ieteikumi, kā uzlabot koordināciju starp organizācijām, kas iesaistītas veselības darbaspēka apmācības plānošanā un nodrošināšanā, lai palielinātu sinerģiju un palielinātu apmācību efektivitāti un kvalitāti.

**Identificētās problēmas/ izaicinājumi:**

* Cilvēkresursi pacientu ar onkoloģiskajām slimībām ārstēšanā un aprūpē nav pietiekami, īpaši valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai un ārstniecības iestādes reģionos Latvijā.
* Vienlaikus cilvēkresursu plānošanas kritēriji šajā jomā nav izstrādāti pietiekamā detalizācijā, lai noteiktu nepieciešamo speciālistu, māsu un citu mediķu skaitu un izvietojumu ārstniecības iestādēs Latvijā.
* Kā arī ir nepieciešams pilnveidot atbalsta pasākumus, lai mazinātu šķēršļus jauno speciālistu ienākšanai valsts finansētajā veselības sektorā, veicinot efektīvu paaudžu nomaiņu.

## 7. Pacientu apmierinātība.

Kvalitatīvs veselības aprūpes pakalpojums ietver pacienta tiesību ievērošanu. Atbilstoši Pacientu tiesību likumam, pacientam ir tiesības saņemt no ārstējošā ārsta informāciju par savu veselības stāvokli, tajā skaitā par slimības diagnozi, ārstēšanas, izmeklēšanas un rehabilitācijas plānu, prognozi un sekām, arī slimības radītajiem funkcionēšanas ierobežojumiem, profilakses iespējām, kā arī tiesības pēc ārstniecības ietvaros veiktas izmeklēšanas un ķirurģiskās vai cita veida invazīvās iejaukšanās saņemt informāciju par ārstniecības rezultātiem, par iepriekš neparedzētu iznākumu un tā iemesliem. Taču vienlīdz būtisks ir cilvēciskais faktors komunikācijā starp pacientu un ārstu, jo īpaši onkoloģisku slimību gadījumā. Jāņem vērā sabiedrībā izveidojies priekšstats par vēzi kā neārstējamu slimību, kas pacientos un viņu tuviniekos rada papildu bailes, norobežošanos u.c. Līdz ar to būtiski ir veikt sabiedrības informēšana pasākumus par to, cik svarīgi ir agrīni atklāt onkoloģisku slimību un savlaicīgi uzsākt ārstēšanu.

Aizvien biežāk, runājot par onkoloģisku slimības diagnosticēšanu, ārstēšanu, aprūpi pēc ārstēšanas, tiek uzsvērta tieši ārsta (un citu ārstniecības personu) un pacienta komunikācijas kvalitātes nozīme. Svarīgi ir KĀ pateikt pacientam par diagnozi, kā to izskaidrot, veicinot pacienta līdzestību un izpratni ārstēšanas procesā kopumā. Tādēļ būtiska ir onkoloģisko pacientu aprūpē iesaistītā atbalsta personāla un ārstniecības personu apmācība komunikācijai ar pacientiem, tajā skaitā jautājumos par krīžu komunikāciju. Šobrīd komunikācijai ar pacientiem, tajā skaitā par krīžu komunikāciju, ir apmācīti RAKUS darbinieki (stacionāru nodaļu vadītāji, ārsti – speciālisti, virsmāsas, māsas).

Pacienta pieredze ir neatņemama veselības aprūpes kvalitātes sastāvdaļa, tā ietver vairākus veselības aprūpes sniegšanas aspektus, kurus pacienti ļoti augstu novērtē, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus, piemēram, savlaicīgi saņemta aprūpe, ērta piekļuve informācijai un laba saziņa ar veselības aprūpes sniedzējiem[[76]](#footnote-76). Arī onkoloģijas jomā šiem aspektiem ir ļoti liela nozīme.

Pacienta pieredzes izpratne ir galvenais solis, virzoties pacienta centrētas veselības aprūpes virzienā. Apskatot dažādus pacienta pieredzes aspektus, var novērtēt, cik lielā mērā pacienti saņem aprūpi, kas ir cieņpilna un atbilstoša individuālajām pacienta vēlmēm, vajadzībām un vērtībām. Pacientu pieredzes novērtēšana kopā ar citiem komponentiem, piemēram, aprūpes efektivitāti un drošumu, ir būtiska, lai sniegtu pilnīgu priekšstatu par sniegtās veselības aprūpes kvalitāti.

Pozitīva pacienta pieredze ir neatkarīgs un svarīgs mērķis veselības aprūpes sistēmā. Turklāt pierādījumi apliecina, ka pastāv saistība starp pozitīvu pacienta pieredzi, piemēram, labu saziņu starp pakalpojumu sniedzēju un pacientu, un ārstniecības procesa rezultātu. Šie procesi un rezultāti ietver labāku pacienta līdzestību ārstēšanās procesā, labākus klīniskos rezultātus, labāku pacientu drošības praksi un samazina nevajadzīgu veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu[[77]](#footnote-77) [[78]](#footnote-78) [[79]](#footnote-79) [[80]](#footnote-80).

Pacientu pieredzes mērījumi var atklāt arī svarīgas sistēmas problēmas, piemēram, kavēšanos ar diagnostisko rezultātu paziņošanu un saziņas nepilnības, kurām var būt nozīmīga ietekme uz klīniskajiem rezultātiem, drošību un efektivitāti[[81]](#footnote-81).

Tāpēc VM īsteno projektu “Atbalsts pacienta ziņotās pieredzes pasākumu izstrādei veselības sistēmas darbības novērtēšanai Latvijā”[[82]](#footnote-82), kura ietvaros tiek izstrādāta vienota pacientu ziņotās pieredzes (PREMS) datu apmaiņas platforma. Projekta pilotprojektā ir iesaistījušās trīs slimnīcas - RAKUS, PSKUS un BKUS, kuras sniedz veselības aprūpes pakalpojumus onkoloģijas slimību gadījumos.

**Identificētās problēmas/ izaicinājumi:**

* Pacientu pieredzes noskaidrošana un izmantošana, lai ārstniecības iestādes uzlabotu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, pacientam uzturoties stacionārā ar onkoloģijas diagnozi.

# IV. Kopsavilkums par plānā paredzētajiem pasākumiem un to īstenošanai nepieciešamo finansējumu.

Ministru prezidents Arturs K. Kariņš

Veselības ministrs Daniels Pavļuts

Iesniedzējs: Veselības ministrs Daniels Pavļuts

Vīza: Valsts sekretāre Indra Dreika

1. https://www.pkc.gov.lv/sites/default/files/inline-files/NAP2027\_apstiprin%C4%81ts%20Saeim%C4%81\_1.pdf [↑](#footnote-ref-1)
2. Apstiprināts ar MK 2021. Gada 28.aprīļā rīkojumu Nr. 292 (prot. Nr. 36 27. §) [↑](#footnote-ref-2)
3. “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.-2027.gadam” šobrīd ir izstrādātas un izsludinātas Valsts sekretāru sanāksmē 2021. gada 25. februārī, pieejamas: http://tap.mk.gov.lv/lv/mk/tap/?pid=40498718 [↑](#footnote-ref-3)
4. Informatīvais ziņojums “Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāna 2017.–2020. gadam izpilde” šobrīd tiek izstrādāts. [↑](#footnote-ref-4)
5. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/non\_communicable\_diseases/docs/eu\_cancer-plan\_en.pdf [↑](#footnote-ref-5)
6. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/research\_and\_innovation/funding/documents/ec\_rtd\_mission-board-report-cancer.pdf [↑](#footnote-ref-6)
7. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020DC0761&from=EN [↑](#footnote-ref-7)
8. https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/2\_December\_2003%20cancer%20screening.pdf [↑](#footnote-ref-8)
9. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/major\_chronic\_diseases/docs/2017\_cancerscreening\_2ndreportimplementation\_en.pdf [↑](#footnote-ref-9)
10. https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/ [↑](#footnote-ref-10)
11. http://www.pkc.gov.lv/nap2020/ilgtsp%C4%93j%C4%ABgas-att%C4%ABst%C4%ABbas-m%C4%93r%C4%B7i [↑](#footnote-ref-11)
12. <https://worldspanmedia.s3-eu-west-1.amazonaws.com/media/siope/PDF/the-siope-strategic-plan.pdf> [↑](#footnote-ref-12)
13. Informatīvais ziņojums “Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāna 2017.–2020. gadam izpilde” šobrīd tiek izstrādāts. [↑](#footnote-ref-13)
14. Darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.3. specifiskā atbalsta mērķis "Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, bērnu (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) aprūpes un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai" [↑](#footnote-ref-14)
15. Darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.4.specifiskā atbalsta mērķis “Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” [↑](#footnote-ref-15)
16. Darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.5.specifiskā atbalsta mērķis “Uzlabot pieejamību ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kas sniedz pakalpojumus prioritārajās veselības jomās iedzīvotājiem, kas dzīvo ārpus Rīgas” un 9.2.7. specifiskais atbalsta mērķis "Atbalsts ārstniecības personām, kas nodrošina pacientu ārstēšanu sabiedrības veselības krīžu situāciju novēršanai" [↑](#footnote-ref-16)
17. Darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.6.specifiskā atbalsta mērķis “Uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikāciju” [↑](#footnote-ref-17)
18. Darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.3.2.specifiskā atbalsta mērķis “Uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru” [↑](#footnote-ref-18)
19. Eurostat datubāze, skatīts 24.03.2021. [↑](#footnote-ref-19)
20. Latvijas reģionu veselības profils 2010-2019, SPKC 2020 [↑](#footnote-ref-20)
21. https://www.spkc.gov.lv/lv/veselibas-sistemas-darbibas-snieguma-novertejums [↑](#footnote-ref-21)
22. 2014. gada 11. marta Ministru kabineta noteikumu Nr. 134 “Noteikumi par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu” (turpmāk - Noteikumi) 7. punkts [↑](#footnote-ref-22)
23. pacientu ar ļaundabīgu audzēju izdzīvotība 5 gadus un ilgāk pēc ļaundabīgā audzēja diagnosticēšanas. [↑](#footnote-ref-23)
24. Latvijas reģionu veselības profils 2010-2019, SPKC 2020 [↑](#footnote-ref-24)
25. BKUS dati [↑](#footnote-ref-25)
26. <https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_en> [↑](#footnote-ref-26)
27. <https://www.cdc.gov/cancer/obesity/> [↑](#footnote-ref-27)
28. Diet, nutrition, and cancer risk: what do we know and what is the way forward? *BMJ 2020;* <https://doi.org/10.1136/bmj.m511>  [↑](#footnote-ref-28)
29. <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/prevention-and-healthy-living/food-and-cancer-risk> [↑](#footnote-ref-29)
30. <https://clinmedjournals.org/articles/jnmdc/journal-of-nutritional-medicine-and-diet-care-jnmdc-4-029.php?jid=jnmdc> [↑](#footnote-ref-30)
31. <https://www.cancer.org/healthy/eat-healthy-get-active/acs-guidelines-nutrition-physical-activity-cancer-prevention/diet-and-activity.html> [↑](#footnote-ref-31)
32. https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/content/Iedzivotajiem/Informativi%20materiali/Informativi%20izdevumi/vezaprofilaksei\_148x21029694.pdf [↑](#footnote-ref-32)
33. Veselīga uztura ieteikumi pieaugušajiem, 2020. https://www.vm.gov.lv/lv/media/3017/download [↑](#footnote-ref-33)
34. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity [↑](#footnote-ref-34)
35. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumu, SPKC [↑](#footnote-ref-35)
36. Health at Glance: Europe 2020, OECD <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en> [↑](#footnote-ref-36)
37. Skolēnu veselības paradumu pētījums (HBSC), SPKC; <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4267/download> [↑](#footnote-ref-37)
38. Health at Glance: Europe 2020 OECD <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en> [↑](#footnote-ref-38)
39. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, SPKC [↑](#footnote-ref-39)
40. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums, SPKC [↑](#footnote-ref-40)
41. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, SPKC [↑](#footnote-ref-41)
42. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums, SPKC [↑](#footnote-ref-42)
43. <https://www.cdc.gov/cancer/tobacco/> [↑](#footnote-ref-43)
44. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, SPKC [↑](#footnote-ref-44)
45. Health at Glance: Europe 2020, OECD; <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en> [↑](#footnote-ref-45)
46. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, SPKC [↑](#footnote-ref-46)
47. <https://www.cdc.gov/cancer/alcohol/> [↑](#footnote-ref-47)
48. Health at Glance: Europe2020, OECD: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en> [↑](#footnote-ref-48)
49. Pētījums “Atkarību izraisošo vielu lietošana iedzīvotāju vidū”, SPKC [↑](#footnote-ref-49)
50. Health at Glance: Europe 2020; OECD: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en> [↑](#footnote-ref-50)
51. <https://www.who.int/ncds/management/WHO_Appendix_BestBuys_LS.pdf> [↑](#footnote-ref-51)
52. National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd Edition. WHO. URL: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf> [↑](#footnote-ref-52)
53. NVD dati [↑](#footnote-ref-53)
54. Faktu lapa: Ļaundabīgu audzēju skrīnings, SPKC; <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/5796/download> [↑](#footnote-ref-54)
55. NVD dati [↑](#footnote-ref-55)
56. Faktu lapa: Ļaundabīgu audzēju skrīnings, SPKC; <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/5796/download> [↑](#footnote-ref-56)
57. NVD dati [↑](#footnote-ref-57)
58. Faktu lapa: Ļaundabīgu audzēju skrīnings, SPKC; <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/5796/download> [↑](#footnote-ref-58)
59. <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/6465/5/TTH20_HPV_vaccination_summary.pdf> [↑](#footnote-ref-59)
60. <http://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-vaccine-fact-sheet> [↑](#footnote-ref-60)
61. Dr.med. D. Zavadska; Ievas Veselība, 2017, Nr.7 (220), 16.-17.lpp. [↑](#footnote-ref-61)
62. http://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-vaccine-fact-sheet [↑](#footnote-ref-62)
63. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24703591/ [↑](#footnote-ref-63)
64. Grozījumi Saeimā pieņemts 2020. gada 3. decembrī. Stājas spēkā 2021. gada 1. janvārī. https://likumi.lv/ta/id/319557-grozijumi-pacientu-tiesibu-likuma [↑](#footnote-ref-64)
65. NVD dati [↑](#footnote-ref-65)
66. British Journal of General Practice, Jan 2013 [↑](#footnote-ref-66)
67. https://www.spkc.gov.lv/lv/kliniskie-algoritmi-un-pacientu-celi [↑](#footnote-ref-67)
68. Vēža slimnieku rehabilitācija. Algoritms.: <https://www.spkc.gov.lv/lv/kliniskie-algoritmi-un-pacientu-celi> [↑](#footnote-ref-68)
69. VDEĀVK dati; <https://stat.gov.lv/lv/statistikas-temas/soc-aizsardziba-veseliba/saslimstiba/cits/5380-personas-ar-invaliditati?themeCode=VS> (skatīts 29.03.2021.) [↑](#footnote-ref-69)
70. Vēža slimnieku rehabilitācija. Algoritms.: <https://www.spkc.gov.lv/lv/kliniskie-algoritmi-un-pacientu-celi> [↑](#footnote-ref-70)
71. https://www.bsf.lv/lv/jaunumi/2021/projekts-holistisks-un-multidisciplinars-atbalsts-berniem-ar-funkcionaliem-traucejumiem-un-vinu-gimenes-locekliem-1 [↑](#footnote-ref-71)
72. Eiropas Paliatīvās aprūpes asociācija, 2009. White Paper. [↑](#footnote-ref-72)
73. https://likumi.lv/ta/id/319516-par-konceptualo-zinojumu-par-situaciju-paliativaja-aprupe-latvija-un-nepieciesamajam-izmainam-paliativas-aprupes-pakalpojumu-pieejamibas-nodrosinasana [↑](#footnote-ref-73)
74. MK 26.06.2018. noteikumi Nr. 368 “Grozījumi Ministru kabineta 2009. gada 24. marta noteikumos Nr. 268 "Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu"” 35.punkts. [↑](#footnote-ref-74)
75. Vairāk informācijas: <https://talakizglitiba.lv/programmas?theme=19> [↑](#footnote-ref-75)
76. <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html> [↑](#footnote-ref-76)
77. Sequist TD, Schneider EC, Anastario M, et al. Quality monitoring of physicians: Linking patients' experiences of care to clinical quality and outcomes. *J Gen Intern Med* 2008;23(11):1784–90. [↑](#footnote-ref-77)
78. DiMatteo, MR. Enhancing patient adherence to medical recommendations. JAMA 1994;271(1):79-83. [↑](#footnote-ref-78)
79. DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, et al. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol* 1993;12(2):93-102. [↑](#footnote-ref-79)
80. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, et al. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract* 1998;47(3):213-20. [↑](#footnote-ref-80)
81. <https://www.ahrq.gov/cahps/quality-improvement/improvement-guide/2-why-improve/index.html> [↑](#footnote-ref-81)
82. VM sadarbībā ar Svētās Annas universitātes pārstāvjiem (Itālija) un SPKC sadarbības projekts [↑](#footnote-ref-82)