




Tautas ataudzes stratēģija:

Rīcības virziens:

VESELĪBAS PROFILAKSE UN PAKALPOJUMU PIEEJAMĪBA

DAIGA BEHMANE
SIA "AENGCURUM"
[Company address]



Saturs

Tautas ataudzes stratēģija:	0
Rīcības virziens:	0
VESELĪBAS PROFILAKSE UN PAKALPOJUMU PIEEJAMĪBA	0
IEVADS. Veselību noteicošo faktoru ietvars un tēzes	2
1. Veselīgu ieradumu ietekme uz reproduktīvo veselību	1
2. Veselības aprūpes pieejamība – bērnu un vecāku drošības garants	4
2.1. Pirmsdzemdību, dzemdību un pēcdzemdību aprūpes pakalpojumi	4
2.2. Jaundzimušo un bērnu aprūpes pakalpojumi	14
2.3. Ģimenes plānošanas pakalpojumi	18
2.4. Ģimenes veselības profilakses un skrīninga pakalpojumi	20
3. Zināšanas par seksuālo un reproduktīvo veselību	21

IEVADS. Veselību noteicošo faktoru ietvars un tēzes

Lai gan Latvijas iedzīvotāju dzīves ilgums kopš 2000. gada ir ievērojami pieaudzis, tas joprojām ir otrs zemākais Eiropas Savienībā (ES). Slikti veselības rezultāti lielākoties ir neveselīgas uzvedības, kā arī nepietiekami pieejamas veselības aprūpes sistēmas rezultāts. Neskatoties uz veselības sistēmas nepārtrauktajām reformām kopš neatkarības atjaunošanas Latvijā, tā joprojām ir sadrumstalota un pārlietu orientēta uz slimnīcu sektoru. Latvijā ir augstākie pacientu tiešie maksājumi starp ES valstīm, nepietiekama uzmanība tiek pievērsta profilaksei, primārajai aprūpei, mājas aprūpei un integrētiem un sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem¹.

Pētījumi liecina, ka pāragras mirstības kontekstā veselības aprūpes pieejamības trūkums izskaidro aptuveni 10 procentus, ģenētika - 30 procentus, sociālie apstākļi - 15 procentus, vides ietekme - 5 procentus, bet uzvedības faktori - līdz pat 40 procentiem².

Veselības aprūpes loma iedzīvotāju veselības rezultātos ir atkarīga arī no laika, vietas un konteksta. Ņemot vērā sabiedrības veselības un veselības aprūpes potenciālo ietekmi uz tautas ataudzi, kā galvenie apskatāmie faktori ziņojumā apskatīti:

- (1) Veselīgi ieradumi un to ietekme uz reproduktīvo veselību;
- (2) Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības saistība ar tautas ataudzi;
- (3) Zināšanu par seksuālo un reproduktīvo veselību nozīme tautas ataudzes sekmēšanā.

(1) Veselīgi ieradumi	(2) Veselības aprūpes pieejamība	(3) Zināšanas par seksuālo un reproduktīvo veselību
<ul style="list-style-type: none">•Alkohola, smēķēšanas un citu atkarību mazināšana jauniešiem	<ul style="list-style-type: none">•Pirmsdzemdību, dzemdību un pēcdzemdību aprūpe•Jaundzimušo un bērnu aprūpe•Ģimenes plānošana•Ģimenes veselības profilakse un skrīnings	<ul style="list-style-type: none">•Atbildīga un informēta izvēle seksuālās un sociālās attiecībās•STS infekciju kontrole

¹ OECD (2019), *Latvia: Country Health Profile 2019*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <https://doi.org/10.1787/b9e65517-en>.

² McGinnis J. Michael, Foege William H (1993). Actual Causes of Death in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 270:2207–12.

Piedāvātās tēzes veselības jomas rīcības definēšanai:

- ✓ Veselīgi ieradumi kardināli maina cilvēka dzīves motivāciju un labklājību
- ✓ Pozitīva pieredze ar pirmo bērnu veicina ģimenes izvēli par labu nākamajam bērnam
- ✓ Zināšanas par seksuālo un reproduktīvo veselību, tostarp ģimenes plānošanu un grūtniecības norisi, ļauj jauniešiem izdarīt atbildīgu un informētu izvēli

1. Veselīgu ieradumu ietekme uz reproduktīvo veselību

Tēze: Veselīgi ieradumi kardināli maina cilvēka dzīves motivāciju un labklājību

Veselīga dzīvesveida ietekmei ir tālejošas sekas uz cilvēka imunitāti, produktivitāti, laimes sajūtu un veiksmi. Pēdējā laikā daudz pētīta dzīvesveida faktoru un neauglības saistība. Dzīvesveida faktori ir maināmi ieradumi, kas var ievērojami ietekmēt vispārējo veselību un labsajūtu, tostarp auglību. Daudzi dzīvesveida faktori, piemēram, ģimenes dibināšanas vecums, uzturs, svars, fiziskie vingrinājumi, psiholoģiskais stress, smēķēšana un alkohola lietošana var būtiski ietekmēt auglību. Pasaulē aptuveni 10–15% pāru skar neauglības problēma³, kuru cēlonis var būt alkohola pārmērīga lietošana un smēķēšana

Reproduktīvā veselība un alkohola lietošana

ES valstīs vidēji 5,5% no visiem nāves gadījumiem izraisa alkohols, taču jauniešu grupā alkohola izraisīta mirstība ir 19,0% no visiem 15–19 gadu vecuma nāves gadījumiem un 23,3% vecuma grupā no 20 līdz 24 gadiem. Alkohola izraisīto nāves gadījumu attiecība jauniešiem un pieaugušajiem ir aptuveni 4: 1. Latvijā 25% 15-gadīgo jauniešu ziņo, ka ir bijuši piedzērušies vairāk nekā vienu reizi (ES vidēji – 22%).

Baltijas valstis ir starp ES valstīm ar augstāko alkohola izraisīto mirstību, līdz ar Slovēkiju, Ungāriju un Rumāniju. Latvija ir starp tām dažām valstīm, kurās vērojama ar alkoholu saistītās mirstības pieaugums kopš 2010.gada. 2016. gadā Latvijā bija augstākais iedzīvotāju nāves gadījumu skaits alkohola lietošanas rezultātā, rēķinot uz 100 000 iedzīvotājiem - teju 450 nāves gadījumi, kas ir vairāk nekā trīs reizes vairāk nekā vidējais nāves gadījumu skaits Eiropas Savienības dalībvalstu vidū.

³ Sharma, R., Biedenharn, K. R., Fedor, J. M., & Agarwal, A. (2013). Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. *Reproductive biology and endocrinology : RB&E*, 11, 66.
<https://doi.org/10.1186/1477-7827-11-66>

Pierādījumi par saistību saistība starp alkohola lietošanu un nevēlamām reproduktīvās veselības rezultātiem:

- 2 līdz 4 dzērieni nedēļā grūtniecēm palielina spontāno abortu risku, īpaši grūtniecības sākumā⁴;
- Alkohola lietošana grūtniecības laikā rada augļa alkohola spektra traucējumus (FASD), kas ietver augļa alkohola sindromu (FAS), daļēju augļa alkohola sindromu (PFAS), ar alkoholu saistītus augļa neiroloģisās attīstības traucējumus (ARND) un ar alkoholu saistītus iedzimtus defektus⁵;
- Alkohola lietošana pirmā trimestra beigās var izraisīt sejas anomālijas, mikrocefāliju, mazu bērna dzimšanas svaru un samazinātu augumu⁶;
- Pastāv lineāra saistība starp kopējo alkohola patēriņu un kopējo vai brīvo testosteronu jaunu un auglīgu vīriešu populācijā. Vīriešiem zems testosterons ir potenciāls neauglības cēlonis⁷;
- Alkohola izraisītas nāves saistītas ar ievainojumiem, nelaimes, tajā skaitā, ceļu satiksmes nelaimes gadījumiem jauniešu vidū.

Pierādījumi liecina, ka lielāka alkohola pieejamība ir saistīta ar lielāku alkohola patēriņu, vardarbību, satiksmes negadījumu skaitu, seksuāli transmisīvām slimībām, hospitalizāciju, pašnāvību, aknu cirozes saslimstību un nāvi⁸.

Pēdējo gadu laikā palielinās iedzīvotāju pakļautība alkohola marketinga aktivitātēm. Papildus tam, jaunas marketinga formas digitālajā vidē rada jaunus izaicinājumus likumdevējiem, radot steidzamu nepieciešamību piemērot likumdošanu jaunajām marketinga formām.

⁴ Andersen A-MN, Andersen PK, Olsen J, Grønbaek M, Strandberg-Larsen K. Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death. *Int J Epidemiol.* 2012;41:405–413. doi: 10.1093/ije/dyr189.

⁵ May PA, Baete A, Russo J, Elliott AJ, Blankenship J, Kalberg WO, et al. Prevalence and characteristics of Fetal alcohol Spectrum disorders. *Pediatrics.* 2014;134:855–866. doi: 10.1542/peds.2013-3319.

⁶ Sawada Feldman H, Lyons Jones K, Lindsay S, Slymen D, Klonoff-Cohen H, Kao K, et al. Prenatal alcohol exposure patterns and alcohol-related birth defects and growth deficiencies: a prospective study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2012;36:670–676. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01664.x

⁷ American Society for Reproductive Medicine. *Testosterone Use and Male Infertility.* 2015.

⁸ Angus C, Gillespie D, Ally A, Brennan A. Modelling the impact of minimum unit price and identification and brief advice policies using the Sheffield Alcohol Policy Model Version 3. Sheffield: School of Health and Related Research, University of Sheffield; 2015

https://www.shef.ac.uk/polopoly_fs/1.661445!/file/Final_mup_iba_report.pdf

Parasti zemākas cenas alkoholiskajiem dzērieniem tiek saistītas ar palielinātu alkohola patēriņu, īpaši to iedzīvotāju vidū, kuriem ir zemāks sociālekonomiskais statuss⁹.

Reproduktīvā veselība un smēķēšana

Smēķētājiem – gan sievietēm, gan vīriešiem, ir divas reizes augstāks neauglības risks.

Sievietēm smēķēšana var izraisīt reproduktīvus bojājumus, samazināt auglību un apgrūtināt grūtniecības norisi. Pētījumi liecina, ka smēķēšana

- ietekmē hormonu veidošanos, kas, savukārt, apgrūtina sievietes iespēju palikt stāvoklī;
- palielina grūtniecības komplikāciju risku - ārpusdzemdes grūtniecības un spontāna aborta risku, kas izraisa augļa nāvi un ir potenciāli bīstama mates dzīvībai;
- ietekmē augļa nobriešanu, veicina priekšlaicīgas dzemdības, kā arī var izraisīt audu bojājumus auglim, īpaši plaušās un smadzenēs, kaitē augļa centrālajai nervu sistēmai.

Vīriešiem smēķēšana var samazināt auglību un izraisīt erektilo disfunkciju jeb potences traucējumus¹⁰, kuri ir tieši proporcionāli smēķēšanas intensitātei¹¹. Epidemioloģiskie pētījumi liecina, ka pasaulē aptuveni 5-10% vīriešu vecumā līdz 40 gadiem cieš no erektilās disfunkcijas¹².

Latvijā pēdējos gados būtiski ir samazinājies cigaretes un ūdenspīpes smēķējošo 13-15 gadīgo jauniešu īpatsvars, tomēr ir palielinājies to jauniešu īpatsvars, kuri ir pamēģinājuši vai regulāri smēķē elektroniskās cigaretes (9.1% 2011.g. un 18% 2019.g.)¹³.

Uz pierādījumiem balstītas rīcības iespējas:

- (1) Iespējas pārskatīt akcīzes nodokļa likmes, balstoties uz inflācijas un ienākumu līmeņu kāpumu, tādējādi nodrošinot, ka laika gaitā nodokļu politika nezaudē efektivitāti;
- (2) Cenu palielināšana lētākajam alkoholam (labāk samazina nevienlīdzību veselības jomā nekā cenu politika, kā rezultātā tiek palielinātas cenas visa veida alkoholiskajiem dzērieniem);

⁹ SPKC (2019), Aktuāla Informācija Par Atkarības Problēmām (AIPAP), e-žurnāls 12/2019
<https://www.spkc.gov.lv/lv/media/667/download>

¹⁰ Kovac, J. R., Labbate, C., Ramasamy, R., Tang, D., & Lipshultz, L. I. (2015). Effects of cigarette smoking on erectile dysfunction. *Andrologia*, 47(10), 1087–1092. <https://doi.org/10.1111/and.12393>

¹¹ Sahin, Mehmet Oguz, Sen, Volkan, Gunduz, Gazi, & Ucer, Oktay. (2020). Effect of smoking cessation on sexual functions in men aged 30 to 60 years. *International braz j urol*, 46(4), 642-648. Epub June 01, 2020. <https://doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2019.0541>

¹² <https://www.singlecare.com/blog/news/erectile-dysfunction-statistics/>

¹³ Starptautiskais jauniešu smēķēšanas pētījums, 2019.

- (3) Intervences alkohola un cigarešu (t.sk., e-cigarešu) pieejamības mazināšanā: samazināts tirdzniecības vietu skaits; saīsināts tirdzniecības laiks; minimālā tirdzniecības vecuma noteikšana, reklāmas aizliegums;
- (4) Veselīgu dzīves veidu veicinoši jauniešu vecuma grupu uzrunājoši informatīvi pasākumi un to iekļaušana sporta un izklaides pasākumos;
- (5) Veselības mācības skolā atjaunošana;
- (6) Izglītības iestāžu pedagogu un atkarību mazināšanas uzraudzībā iesaistīto speciālistu pašvaldībās izglītošana par atkarību izraisošo vielu profilaksi;
- (7) Valsts apmaksātas narkoloģiskās veselības aprūpes pakalpojumu (palīdzības un ārstēšanas) pieejamība jauniešiem;
- (8) Atbalsta pasākumu īstenošana pašvaldībās jauniešiem, kuri cieš no atkarībām (psiholoģiskā palīdzība, atbalsta grupas, nodarbības u.c.).

2. Veselības aprūpes pieejamība – bērnu un vecāku drošības garants

Tēze: Pozitīva pieredze ar pirmo bērnu veicina ģimenes izvēli par labu nākamajam bērnam

2.1. Pirmsdzemdību, dzemdību un pēcdzemdību aprūpes pakalpojumi

Savlaicīga organizatoriskā, finansiālā un ģeogrāfiskā piekļuve atbilstoši pirmsdzemdību, dzemdību un pēcdzemdību aprūpei ir būtisks solis, lai uzlabotu veselības stāvokli māmiņām un zīdaiņiem - samazinātu zema dzimšanas svara un priekšlaicīgu dzemdību risku, kā arī citas ar grūtniecību saistītas komplikācijas mātei un bērnam¹⁴.

Pasaules veselības organizācija (PVO) ir izdevusi vairākus stratēģiskus dokumentus, kuros ietvertas norādes augstas kvalitātes pirmsdzemdību aprūpes nodrošināšanai, kā arī globālās rīcības programmas: *Stratēģija mātes mirstības novēršanai, 2015*¹⁵ un *Katra jaundzimušā rīcības plans, 2015*¹⁶.

¹⁴ Tunçalp, Ö, et.al (2015). Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 122(8), 1045–1049. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>

¹⁵ World Health Organization (2015). Strategies toward Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM) 2015 [http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/]

¹⁶ World Health Organization (2015) Every Newborn: an Action Plan to End Preventable Deaths (ENAP) 2014 [www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/en/]

Dokumentos vērsta uzmanība, ka patreizējā pirmsdzemdību jeb antenatālā aprūpe galvenokārt koncentrējas uz medicīniskajiem riskiem, bet maz vērsta uz nemedicīniskajiem un visas sabiedrības faktoriem. Veselības aprūpes speciālistiem ir vajadzīga lielāka izpratne par grūtnieču personīgo un sabiedrisko dzīvi, tostarp sociālo nodrošinātību un vardarbību ģimenē. Pakalpojumiem jābūt multiprofesionāliem, lai tie varētu risināt gan medicīniskus, gan sociālus jautājumus. Klīnikām jāspēj tikt galā ne tikai ar sarežģītiem dzemdniecības jautājumiem un jāvērs uzmanība ne tikai uz grūtnieču hroniskajām slimībām (aptaukošanos, hipertensiju, diabētu, infekcijām), bet arī uz sociālajām, psiholoģiskajām un atkarības problēmām (EBCOG, 2015)¹⁷.

Var izdalīt dzemdību speciālistu, ģimenes ārstu vai kombinēto pirmsdzemdību aprūpes uzraudzību. Komandas sadarbībai jānodrošina pirmsdzemdību (grūtniecības), dzemdību un pēcdzemdību aprūpi ar primāru mērķi palielināt aprūpes nepārtrauktību un kvalitāti. Dažās valstīs (piemēram, Kanādā un Nīderlandē) vecmātes nodrošina to sieviešu aprūpi, kuru grūtniecība norit fizioloģiski bez sarežģījumiem, savukārt citās valstīs (piemēram, Lielbritānijā, Francijā, Austrālijā un Jaunzēlandē) vecmātes sadarbībā ar citu medicīnas personālu (ginekologiem, dzemdību speciālistiem, ģimenes ārstiem) nodrošina grūtniecības, dzemdību aprūpi arī tām grūtniecēm, kurām ir veselības sarežģījumi un grūtniecība nenorit fizioloģiski. Dažās valstīs (piemēram, Īrijā, Irānā un Libānā) grūtniecības aprūpi faktiski nodrošina vecmāte, bet pilnu atbildību gan par grūtniecības, gan pēcdzemdību aprūpi uzņemas dzemdību speciālisti (Horner 2016)¹⁸.

Mūsdienās lielākajā daļā Eiropas valstu grūtniecēm ir pieejams standarta pirmsdzemdību aprūpes modelis ar noteiktiem izmeklējumiem un testiem. Vienīgās atšķirības ir attiecībā uz speciālistiem, kuri aprūpi veic. Latvijā praktizējošu dzemdību speciālistu un ginekologu skaits, kuriem ir līgumi par valsts apmaksāto pakalpojumu nodrošināšanu, ir nepietiekams. Jo īpaši tas attiecas uz reģionālajām slimnīcām, kur neatliekamās ginekoloģiskās palīdzības pieejamību, līdzīgi kā citas būtiskas valsts pakalpojumu jomas, lielā mērā ir ietekmējusi valsts pakalpojumu ekonomiski nepamatotā tarifu veidošanas politika. Valstiskā mērogā ir jāpārvērtē funkciju sadale fizioloģiskas grūtniecības un pēcdzemdību perioda vadīšanā ar lielāku uzsvāri uz primārās aprūpes komandas - ģimenes ārstu un vecmāšu iesaisti pirmsdzemdību un pēcdzemdību aprūpē.

¹⁷ Position Statement from the European Board and College of Obstetrics & Gynaecology (EBCOG): The Public Health Importance of Antenatal Care <https://www.ebcog.org/post/2015/11/27/ebcog-position-paper-on-antenatal-care>

¹⁸ Horner (2016). Models of maternity care: evidence for midwifery continuity of care, https://www.mja.com.au/system/files/issues/205_08/10.5694mja16.00844.pdf

Latvijā reproduktīvās veselības rādītāju nozīmība ir atzīta vairākos stratēģiskos dokumentos (*Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam*, *Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2018.-2020.gadam*), kuros ietverti mērķi saistībā ar seksuālās un reproduktīvās veselības veicināšanu, jaundzimušo veselības aprūpes uzlabošanu, tai skaitā zīdīšanas veicināšanu, kā arī veselības aprūpes uzlabošanu savlaicīgi identificējot riskus grūtniecības periodā, dzemdībās un pēcdzemdību periodā. Prasības grūtnieču, dzemdētāju, jaundzimušo aprūpei un aprūpei pēcdzemdību periodā, tai skaitā prasības veicamajiem izmeklējumiem un konsultācijām, aprīkojumam, ir noteiktas MK 25.07.2006. noteikumos Nr.611 “Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”, kā arī MK 28.08.2018. noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” u.c. normatīvajos aktos. Normatīvo aktu līmenī pirmsdzemdību aprūpe ir regulēta atbilstoši starptautiskām vadlīnijām, ir izstrādāti “Antenatālās aprūpes kvalitātes indikatori” (Rezeberga, 2020)¹⁹, taču to ieviešanai līdz šim ir rekomendējošs raksturs. Ņemot vērā, ka Latvijā nav ieviesta visaptveroša veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības sistēma, kvalitātes jautājums pirmsdzemdību, dzemdību un pēcdzemdību aprūpē izvirzās kā būtiskākā risināmā prioritāte.

Dzemdību statistikas dati parāda vairākas tendencijas:

- Dzemdību apjomam pēdējos gados ir tendence samazināties: 2018. gadā bija 18 984 dzemdības, 2019. gadā – 18 458, bet 2020.g. - 17 329 dzemdības (samazinājums 8,8% 2 gadu laikā). Jo īpaši dzemdību skaits krītas Latvijas reģionos;
- Dzemdību skaitam pusaudzēm līdz 17 gadu vecumam ir tendence samazināties: no 1.5% 2010.gadā līdz 0.8% 2019.gadā. Taču iezīmējas atšķirības Latvijas reģionos un Latgalē tas ir gandrīz 2 reizes ausgtāks – 1.4%²⁰;
- Iezīmējas pozitīva tendence mākslīgi veikto abortu jomā, sastādot 181 abortu uz 1000 dzīvi dzimušajiem bērniem 2019.g., salīdzinot ar 389 abortiem 2010.g., samazinās arī abortu skaits 15 – 19 gadu vecām grūtniecēm²¹;

¹⁹ https://talakizglitiba.lv/sites/default/files/2020-02/96_Aug%C4%BCa%20augsh_antenat_aprupe.pdf

²⁰ SPKC (2020)

²¹ PVO European Health for All datubāze. <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>

- Ķeizargriezienu īpatsvars joprojām ir augsts - 22,2% 2020.g. salīdzinot ar PVO rekomendēto 15% īpatsvaru, bet ar nelielu tendenci samazināties (23,6% 2011.g.)²²;
- Latvijā joprojām iezīmējas augsts mātes mirstības rādītājs. Pēdējo gadu augstākais rādītājs – 7 mātes 2019.gadā, kas veido 37.6 uz 100 000 dzīvi dzimušiem, 2020.g. – 4 mātes (22.9 uz 100 000 dzīvi dzimušiem). Salīdzinoši ar ES vidējais rādītājs – 4.5 uz100 000²³;
- Priekšlaicīgo dzemdību (22-36 grūtniecības nedēļas) īpatsvars saglabājas nemainīgs – vidēji 5,5% gadā;
- Zīdaiņu mirstības līmenis Latvijā 2019.g. bija 3,4 mirušais uz 1000 dzīvi dzimušajiem, kas ir samazinājies no 11,5 nāves gadījumiem uz 1000 dzīvi dzimušajiem 2000.gadā, bet nedaudz pieaudzis salīdzinot ar 2018.gadu – 3.2 (ES rādītājs – 3.4; Lietuva – 3.3.; Igaunija – 1.6 – zemākais rādītājs ES);
- Palielinās savlaicīgi uzskaitē stājušos grūtnieču īpatsvars: 2018. gadā - 94,6%, bet 2019.g. - 95,7%;
- Vidējais apmeklējumu skaits kvantitatīvi uz vienu grūtnieci pie ginekologa un dzemdību speciālista visos Latvijas reģionos ir pieaudzis un vidēji sasniedz 9.1 apmeklējumu (fizioloģiski noritošas grūtniecības laikā tiek rekomendētas 8 vizītes);
- 5.5 % grūtnieču ir gestācijas diabetes un 5% palielināts ķermeņa svars (2019.g.) ar tendenci pieaugt pēdējo 5 gadu laikā (atbilstoši no 2.1% uz 5.5% un no 3% uz 5%)²⁴.

Lai uzlabotu mātes un bērna veselību (tai skaitā samazinātu perinatālo mirstību un mātes mirstību) nodrošinot plānotu, saskaņotu un koordinētu pasākumu veikšanu, tika izstrādāts “Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2012.-2014.g.”, kura ietvaros ieviestas papildus izmeklēšanas metodes grūtniecēm, lai mazinātu iedzimto anomāliju attīstību jaundzimušajiem, uzlabota pakalpojumu pieejamība grūtnieču aprūpē, noteiktas kvalitātes prasības ultraskaņas izmeklējumiem grūtniecēm, uzsākta valsts apmaksāta neauglības ārstēšana un mātes mirstības konfidenciālā analīze.

Neskatoties uz paveikto mātes un bērna aprūpes uzlabošanā, Latvijā joprojām katru gadu tiek reģistrēti mātes nāves gadījumi, kuru skaits pārsniedz ES vidējos rādītājus.

²² SPKC (2020), Jaundzimušo reģistra dati

²³ <https://www.hspm.org/countries/latvia08052014/livinghit.aspx?Section=1.4%20Health%20status&Type=Section>

²⁴ SPKC (2020).

Mātes mirstības rādītāji

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Mīrušo grūtnieču, dzemdētāju skaits	1	4	5	3	12	5	1	3	7	4
Uz 100000 dzīvi dzimušiem	5,4	20,5	24,7	14,0	55,2	23,0	4,8	15,7	37,6	22,9

Avots: SPKC (2021)²⁵

Tālākai mātes un bērna veselības jomas attīstībai tika izstrādāts "Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2018.-2020.gadam", kura ietvaros veikti pasākumi:

- grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 70 dienām tika atbrīvotas no pacienta līdzmaksājuma pakalpojumiem, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi;
- ieviests *zaļā koridora* princips - nodrošināta speciālistu un izmeklējumu pieejamība grūtniecēm sakaņā ar grūtniecības novērošanas plānu;
- ESF programmas ietvaros realizēta tālākmācības programmas veselības aprūpes speciālistiem saistībā ar augļa augšanu un attīstību grūtniecības laikā un augļa anomāliju diagnostikā antenatālās aprūpes laikā;
- veikti pasākumi ultrasonogrāfijas (US) izmeklējumu kvalitātes un pieejamības uzlabošanai, ieviesti US speciālista padziļināta augļa izmeklēšana un iedzimtu ģenētisku patoloģiju riska noteikšana grūtniecēm virs 35 gadu vecuma;
- noteiktas stingrākas prasības ginekologu un dzemdību speciālistu kvalifikācijai, paredzot obligātus LGDZA organizētus kursus sākot ar 2021.gadu;
- izstrādāti klīniskie algoritmi, pacientu klīniskie ceļi un indikatori pirmsdzemdību aprūpei²⁶.

²⁵SPKC (2021)

https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health_Mirstiba/MOR90_Mates%20mirstiba_vec_grupas.px/sortedtable/tableViewSorted/

²⁶ <https://www.spkc.gov.lv/lv/klīniskie-algoritmi-un-pacientu-celi>

Tā kā plāna realizācijai netika piešķirti līdzekļi nepieciešamajā apmērā tajā ietvertu pasākumu īstenošanai, netika ieviesta papildus izmeklējumu un konsultāciju pakalpojumu apmaksāšana no valsts budžeta 2020. un 2021. gadam, netika palielināti US un MR izmeklējumu tarifi, kuri uz 2019. gadu bija par 27% - 102% mazāki salīdzinājumā ar maksas pakalpojuma izcenojumu. Līdz ar to, nav īstenoti pasākumi, kuri veicinātu nākotnē aprūpes speciālistu piesaisti valsts apmaksātu pakalpojumu sniegšanai, kas vērtējama kā prioritāri risināma problēma.

Pirmsdzemdību un dzemdību veselības aprūpes pakalpojumu raksturojoši rādītāji

- Kopumā pirmsdzemdību aprūpi kā pilnvērtīgu var atzīmēt 93,8 % gadījumu, kas, salīdzinot ar 2019. gadu (94,1%) ir nedaudz samaiznājies²⁷,
- Latvijā pirmsdzemdību aprūpē iesaistījušies ap 100 ģimenes ārstu no 1340 (7.5%), kas sniedz reproduktīvās veselības pakalpojumus²⁸;
- Latvijā ir par aptuveni 300 vecmātēm mazāk nekā rekomendēts. Vecmāšu nodrošinājums uz 100 000 iedzīvotājiem Latvijā 2017.gadā ir 22,8 vecmātes, savukārt ES vidēji – 37,9²⁹;
- Pirmsdzemdību aprūpes izmantošanā pastāv atšķirības
 - o reģionu griezumā: savlaicīga pirmā antenatālā vizīte (pirms 12. grūtniecības nedēļas) atšķiras no 97% Rīgā līdz 83% Kurzemes reģionā
 - o atkarībā no sievietes izglītības: savlaicīgu aprūpi uzsāk grūtnieces ar augstāko izglītību (vidēji 7,4 nedēļās), bet ar nepabeigtu vidējo izglītību – vidēji 12,2 nedēļās
 - o atkarībā no sadzīves apstākļiem – grūtnieces ar labiem sadzīves apstākļiem aprūpi uzsāk 7.5 nedēļās, bet ar sliktiem – 18-19 nedēļās³⁰.
- Asistētās reproduktīvās tehnoloģijas tiek pielietotas 2,5 % dzemdību gadījumā;
- Epidurālā analgēzija dzemdībās tiek pielietota 17, 8% gadījumu;
- Kopumā samazinās dzemdētāju skaits bez antenatālās aprūpes un saglabājas zem 1% no kopējā dzemdību skaita (skat. 2.tabulu), bet mērķis būtu panākt šo rādītāju 0 līmenī.

²⁷ SPKC (2021), Jaundzimušo reģistra dati

²⁸ NVD (2020)

²⁹ Valsts kontrole, 2019

³⁰ Ligere R. red., 2015. *Latvijas Universitātes raksti. 806.sējums. Medicīna*. Rīga: Latvijas Universitāte

Dzemdētāju skaits bez antenatālās aprūpes un % no visām dzemdībām

2013.-2018.gads (SPKC, 2019)

Nosaukums	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Dzemdību skaits gadā	20094	21244	21496	21442	20406	18983	18 458
Dzemdētāju skaits bez antenatālās aprūpes	223	218	183	156	166	100	115
% no visām dzemdībām	1,11%	1,02%	0,85%	0,73%	0,81%	0,53%	0,62%

Atbilstoši perinatālās mirstības audita rezultātiem 19% perinatālo nāves gadījumu bija saistīti ar sievietēm, kuras nebija izmantojušas pirmsdzemdību aprūpi, kā arī bija smēķētājas un alkohola lietotājas, vecākas par 35 gadiem un ar lielāku paritāti kā 3 dzemdības. Šīm grūtniecēm biežāk bija sistēmiskas slimības un grūtniecības komplikācijas³¹.

Pētījumā (Miteniece, 2019)³² tika identificēti šķēršļi piekļuvei adekvātai mātes aprūpei Latvijā, kas saistīti ar (1) *pakalpojumu pieejamību*: cilvēku resursu trūkums, ģeogrāfiskais attālums, un (2) *piemērotību*: nevienlīdzība pakalpojumu saņemšanā, zināšanām un klīnisko vadlīniju izmantošanu. Citas problēmas attiecinātas uz pakalpojumu sniedzēju pieeju sievietēm – komunikāciju un mazākā mērā - mātes izpratni jeb veselības pratību.

Pētījumā par antenatālās aprūpes pieejamību Latvijā (N=120) tika apskatīti pirmsdzemdību aprūpes pakalpojumu izvēli noteicošie faktori (Reitere, 2020)³³. Pētījums liecina, ka Rīgas reģionā pirmsdzemdību aprūpi saņēma par 10% vairāk grūtnieču nekā attiecīgi tajā dzīvo. Aprūpi pie primārās aprūpes speciālistiem izvēlas saņemt tikai 10,2%, no kuriem 2,5% pie ģimenes ārstiem un 8,3% pie vecmātēm. Savukārt ginekologa un dzemdību speciālista aprūpi izvēlas 89,2% grūtnieču, lai arī starptautiski un arī Latvijā rekomendētajā antenatālās aprūpes

³¹ Zile I., et al. 2019. *Comparison of antenatal care factors and pregnancy outcome in rural and urban context*. [PDF material] EDP Sciences. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/337489291_Comparison_of_antenatal_care_factors_and_pregnancy_outcome_in_rural_and_urban_context>

³² Elina Miteniece, Milena Pavlova, Bernd Rechel, Dace Rezeberga, Liubovė Murauskienė, Wim Groot, 2019. Barriers to accessing adequate maternal care in Latvia: A mixed-method study among women, providers and decision-makers, *Health Policy*, Volume 123, Issue 1,

³³ Reitere K. (2020). Maģistra darbs “Antenatālās aprūpes pakalpojumu pieejamība un attīstības iespējas Latvijā”

modelī tiek minēts, ka fizioloģiski noritošas grūtniecības uzraudzība būtu jāveic primārās aprūpes speciālistiem (ģimenes ārstam vai vecmātei).

Attiecībā uz informācijas pieejamību, 30 % respondentu atzīmē, ka nav bijusi pietiekama informācija par iespēju izvēlēties antenatālās aprūpes veicēju, 36% informāciju sniedza ginekologs, 33% informāciju respondente meklējusi pati, 16% informāciju bija sniedzis kāds no apkārtējiem, 10% izvēlējās pēc savas pieredzes, bet tikai 5% šo informāciju bija sniedzis ģimenes ārsts.

Attiecībā uz antenatālās aprūpes apmaksas kārtību tikai nedaudz vairāk kā puse jeb 57% saņēmušas NVD apmaksātu aprūpi, bet 25% grūtnieču pirmsdzemdību aprūpes pakalpojumus segušas pašas. 18% gadījumu respondentes daļēji maksājušas pašas, daļēji izdevumus sedzis NVD. Privātā maksas sektora aprūpes speciālistus izvēlas gados vecākas respondentes, bet gados jaunākas izvēlas aprūpes speciālistu, kurš ir līgumattiecībās ar NVD.

Attiecībā uz **valsts apmaksāto pirmsdzemdību aprūpi** respondentes norādījušas šādas nepilnības:

- Garas rindas;
- Mazs vizīšu skaits un īss vizītes laiks sarunai un kontaktam;
- Problemātiski tikt uz vizīti, ja rodas sarežģījumi un nepieciešamība pēc papildus vizītes;
- Bieži ilgi jāgaida rindā iestādē, lai gan ir pieraksts;
- Nav iespējams sazināties ar aprūpes speciālistu ārpus pieņemšanas laika;
- Speciālists neveic ultrasonogrāfijas (US) izmeklējumus uz vietas, vai veic tikai 2 valsts apmaksātas US;
- Nevīžīga attieksme - trūkst ieinteresētība un rūpība aprūpes pieejā.

Attiecībā uz **privāti apmaksāto pirmsdzemdību aprūpi** respondentes norādījušas šādas nepilnības:

- Lieli izdevumi (līdz 80 Eur par 1 vizīti kopā ar izmeklējumiem);
- Katrā vizītē US, kaut nav indikāciju;
- Tiek nozīmētas pārāk daudz un biežas vizītes, nevajadzīgi izmeklējumi;
- Lai veiktu bezmaksas izmeklējumus, jādodas pie ģimenes ārsta pēc norīkojuma;
- Pārāk daudz norīkojumu uz citām maksas konsultācijām.

Pētījums atspoguļo, ka, lai arī šobrīd dokumentu līmenī ir izstrādāti antenatālās aprūpes algoritmi un kvalitātes indikatori (RSU, 2019)³⁴, reālā praksē to pielietošanā pastāv ievērojamas atšķirības. Trešā daļa jeb 33% respondentes nesaskata atšķirības starp valsts vai privāti apmaksātiem aprūpes speciālistiem, bet lielākā daļa valsts apmaksāto pakalpojumu organizāciju vērtē zemāk.

Ierobežotā valsts apmaksāto pakalpojumu pieejamība saistīta arī ar mazo ģimenes ārstu skaitu (7.5%), kas Latvijā sniedz reproduktīvās veselības pakalpojumus. Ģimenes ārsta kompetencē būtu aprūpēt grūtnieces ar fizioloģiski noritošu grūtniecību, paņemt dzemdes kakla citoloģiju vēža skrīningam, konsultēt ģimenes plānošanas jautājumos, novērtēt grūtnieces sociālos un sadzīves apstākļus. Primārās aprūpes speciālistiem (ģimenes ārstiem un vecmātēm) būtu jānodrošina arī pēcdzemdību aprūpes pakalpojumi (piemēram, zīdīšanas ieteikumi), grūtniecības aprūpe laukos dzīvojošām sievietēm, bet diemžēl ne visur Latvijā tas ir iespējams, un šis varētu būt viens no iemesliem, kāpēc reģionu iedzīvotājiem pakalpojuma pieejamība ir ierobežota un daļa izvēlas saņemt pakalpojumu Rīgā.

Pētījumi izgaismo organizātoriskās un pieejamības problēmas pirmsdzemdību, dzemdību un pēcdzemdību aprūpes saņemšanā:

- Pilnībā valsts apmaksātus pakalpojumus saistībā ar grūtniecības norisi un pēcdzemdību novērošanu saņem vidēji 57% gadījumos.
- 25% gadījumu grūtnieces par pirmsdzemdību pakalpojumiem pilnībā maksā pašas, bet 18% - saņem daļēji valsts apmaksātus pakalpojumus. Tas atkarīgs no tā, vai iestāde (prakse), kurā vērsās grūtniece, ir vai nav līgumattiecībās ar NVD. Pretējā gadījumā grūtniece maksā pilnā apmērā par visiem grūtniecības novērošanas pakalpojumiem – konsultācijām, laboratoriskajiem izmeklējumiem, diagnostiskajiem izmeklējumiem privātās speciālistu praksēs atbilstoši tās maksas pakalpojumu cenrādim;
- 14% grūtnieču kā aprūpes pieejamības lielāko riska faktoru norāda finansiālo apgrūtinājumu;
- Ap 30 % grūtnieču atzīmē informācijas pieejamības trūkumu par aprūpes pakalpojumiem, kā arī min uzticamas informācijas kanāla trūkumu jautājumos par grūtniecību un bērna aprūpi, ko aizstāj ar pašrocīgu informācijas meklēšanu internetā.

³⁴ https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/indikatori_perinatl_joma1.pdf

Organizatoriskie pasākumi:

- Ģimenes ārstu un vecmāšu lomas precizēšana un plašāka iesaiste grūtnieču un pēcdzemdību aprūpē;
- Primārās aprūpes komandas sadarbība ar sekundārās aprūpe speciālistiem, tajā skaitā vecmāšu, iesaiste vispatverošai un savlaicīgai antenatālās un pēcdzemdību aprūpes nodrošināšanai – primārās un sekundārās aprūpes sadarbības algoritmu izveide;
- Uzticama un vienota informācijas kanāla par grūtniecību izveide.
- Primārās aprūpes komandas plašāka informācijas sniegšana grūtniecēm, potenciālo vecāku konsultēšana ģimenes plānošanas jautājumos;
- Vienotu antenatālās aprūpes kvalitātes indikatoru ieviešana un uzraudzības sistēmas izveide;
- Multisektoriālas sadarbības ar sociālajiem dienestiem un pašvaldībām sociālā riska un neap rūpēto grūtnieču un jaundzimušo identificēšanai, atbilstošu pakalpojumu un aprūpes sniegšanā;
- Asistēto reprodūktīvo tehnoloģiju kvalitātes indikatoru ieviešana un pakalpojumu efektivitātes novērtēšana;
- Epidurālās analģēzijas dzemdību pakalpojuma kritēriju un ieviešanas nosacījumu izstrāde;
- Vecmāšu mājas vizīšu nodrošināšana pirmsdzemdību un pēcdzemdību aprūpes nodrošināšanai (ietverot grūtnieces mājas apstākļu novērtēšanu).

(1) Ar pakalpojuma finansēšanu saistītie pasākumi:

- Valsts apmaksāto antenatālās un dzemdību aprūpes pakalpojumu groza un apmaksas nosacījumu pārskatīšana grūtnieču zaļā koridora ieviešanai (nauda seko grūtniecei)
- Valsts apmaksāto antenatālās un dzemdību aprūpes tarifu pārskatīšana aprūpes speciālistu iesaistei valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanā
- Visu veselības aprūpes pakalpojumu līdzmaksājumu samazināšana grūtniecības un pēcdzemdību laikā.
- Uztura speciālista konsultāciju nodrošināšana grūtniecēm ar aptaukošanos vai diabētu.

(2) Ģeogrāfiskās pieejamības pasākumi

- Pirmsdzemdību un pēcdzemdību aprūpes centru veidošana reģionālajās slimnīcās, kas sniedz dzemdību pakalpojumus un sadarbojas ar primārās aprūpes komandām, vecmātēm, pediatru kabinetiem un BKUS.

2.2. Jaundzimušo un bērnu aprūpes pakalpojumi

Kā jau aprakstīts, vecākiem ir ļoti svarīgi sajūst drošību sava bērna veselības jautājumos un būt pārliecinātiem, ka nepieciešamības gadījumā valsts nodrošina bērna veselībai savlaicīgu, augstas kvalitātes un kompetentu atbalstu. Jaundzimušo aprūpes pieejamība lielā mērā nosaka

Bērnu līdz 5 gadu mirstības līmenis Latvijā 2019. gadā bija 3,6 nāves gadījumi uz 1000 dzīvi dzimušajiem, kas ir vidējā ES valstu līmenī un ir samazinājies no 14,2 nāves gadījumiem uz 1000 dzīvi dzimušajiem 2000. gadā (Igaunija – 2; Lietuva -4).

Bērnu drošības jomai pēdējos gados pievērsta pastiprināta uzmanība. Kā **galvenos veiktos pasākumus sociālajā jomā var minēt:**

- Izveidots Bērnu un pusaudžu diennakts uzticības tālrunis 116111, kas sniedz ap 300 konsultāciju gadā³⁵
- Izveidotas vairākas metodikas - sociālajam darbam ģimenēm ar bērniem, ar atkarīgām un līdzatkarīgām personām u.c.³⁶
- Uzsākta aktivitāte “Ģimenes asistentu pakalpojuma aprobācija” (2020.g.), kas ietver apmācību programmas izstrādi, ģimenes asistentu apmācības un divu gadu pilotprojektu 37 pašvaldībās.

Kā **galvenos veiktos pasākumus veselības aprūpes jomā var minēt:**

- Jaundzimušo paplašinātā skrīninga veikšana ģenētiski iedzimto slimību noteikšanai dzemdību iestādēs kopš 2019.gada (kopā 6 slimībām: fenilketonūrija, iedzimtā hipotiroze, cistiskā fibroze, galaktozēmija, biotinidāzes deficīts, 21. hidroksilāzes deficīts – iedzimta virsnieru garozas hiperplāzija),
- Jaunu jaundzimušo skrīninga manipulāciju ieviešana ārpus dzemdību iestādēm;
- Izstrādāta kārtība (BKUS) paplašinātā jaundzimušo skrīninga aptverei valsts mērogā;

³⁵ <https://www.bti.gov.lv/lv/informacija-par-uzticibas-talruni>

³⁶ <https://www.lm.gov.lv/lv/metodiskie-materiali-0>

- Organizētas ārstu tālākpmācības programmas kursi ESF finansējuma ietvaros “Zīdīšanas veicināšana un atbalsta sniegšana zīdošām mātēm”, “Zīdīšanas fizioloģija, psiholoģija, vadīšana un veicināšana”, “Biežākie traumu cēloņi bērniem un traumu profilakses drošības pasākumi”, “Fiziskās un garīgās attīstības novērtēšana bērnam un garīgās attīstības novērtēšanas lapas aizpildīšanas metodika”, “Vakcinācijas skola”, u.c.
- Organizēta kampaņa “Bērnam droši!” par bērnu līdz 1 gada vecumam traumatisma profilaksi un “Bērnam droši” par bērnu līdz 5 gadu vecumam traumatisma novēršanu un drošas vides veidošanu (2017.g.);
- Izveidots informatīvs materiāls vecākiem par biežākajiem traumu veidiem;
- SPKC izstrādāti metodiskie ieteikumi ģimenes ārstiem par vakcinācijas jautājumu aktualitātēm;
- Ieviesta pilnībā valsts apmaksāta vakcinācija pret sezonālo gripu grūtniecēm un bērniem līdz 2 gadu vecumam no 01.10.2019. sasniedzot ap 25% grūtnieču aptveri un 68% bērnu aptveri³⁷;
- Pārskatīti bērnu zobārstniecības pakalpojumu tarifi vidēji par 30% 2018.gadā, kā arī 2021.gadā, ieviestas jaunas zobārstniecības manipulācijas kompozīta materiāla plombas zobu ārstēšanai bērniem vecumā līdz 15 gadiem. 2019.gadā zobārstniecības pakalpojumu apjoms pieaudzis 10% robežās;
- Paplašināti mobilo zobārstniecības autobusu sniegtie valsts apmaksātie zobārstniecības pakalpojumi bērniem līdz 18.g. vecumam attālos Latvijas reģionos (Liepāja un Madona);
- Nedaudz pieaudzis bērnu zobārstniecības līgumpartneru skaits (250 līgumpartneri 2018.g, 264 – 2019.g.);
- Paplašināts atbalsts zobārstu kompensācijām prakšu atvēršanai ārpus Rīgas ESF programmas "Izaugsme un nodarbinātība" specifiskā atbalsta mērķa "Uzlabot pieejamību ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kas sniedz pakalpojumus prioritārajās veselības jomās iedzīvotājiem, kas dzīvo ārpus Rīgas” ietvaros;
- izstrādāti klīniskie algoritmi, pacientu klīniskie ceļi un indikatori perinatālajai aprūpei³⁸.

³⁷ SPKC (2020), <https://www.spkc.gov.lv/lv/jaunums/eksperti-latvija-sogad-ir-rekordliels-vakcineto-grutniecu-un-mazu-bernu-skaitis>

³⁸ <https://www.spkc.gov.lv/lv/kliniskie-algoritmi-un-pacientu-celi>

Kopumā, neskatoties uz bērnu veselības prioritizēšanu politiskajos dokumentos, joprojām pastāv ievērojamas problēmas sistēmiskā bērnu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā, tajā skaitā, bērnu profilaktiskajām pārbaudēm un zobārstniecības pakalpojumiem nav piešķirts attiecīgi plāmotais budžeta finansējums. Pakalpojumi ir sadrumstaloti, nav pēctecīgi un koordinēti. ESF programmu finansētajiem pasākumiem ir vienreizējs raksturs un netiek nodrošināta veikto pasākumu ilgtspēja. Piemēram, klīnisko vadlīniju un pacientu ceļu izveidei nepieciešams noteikt atbildīgo institūciju ar metodiskās vadības funkcijām un paredzēt resursus tā darbībai.

Lai noskaidrotu jauno vecāku viedokli par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību bērniem, ar sociālo tīklu palīdzību tika organizēta vecāku aptauja 2021.gada maijā (N=32), lūdzot nosaukt 3 ievērojamākās problēmas jeb iztrūkstošos veselības aprūpes pakalpojumus, kas ietekmē bērna drošību un pārliecību par attīstību tā agrīnajā vecumā.

Vecāku nosauktie trūkstošie veselības aprūpes pakalpojumi pamatā visi iekļauti valsts apmaksāto pakalpojumu grozā, taču to reālo pieejamību nosaka valsts apmaksāto pakalpojumu kvotas un pēdējos gados jo īpaši speciālistu trūkums, kas gatavi strādāt par valsts noteiktajiem pakalpojumu tarifiem. Vienlaikus ir attīstījusies privātā medicīna un izveidojusies situācija, kad ambulatorie bērnu veselības aprūpes pakalpojumi nepieciešamajā termiņā vecākiem pieejami tikai par maksu. Vecāku minētie trūkstošie pakalpojumi apkopoti un sarindoti pēc to minēšanas biežuma:

Nr.	Pakalpojums	Vecāku komentāri
1	Zobārsts	Nenormālas rindas, jāgaida līdz 1.5 gadiem
2	Ortodonts	
3	Logopēds	Bērnudārzos un skolās jāpalielina slodzes
4	Psihologs	
5	Psihiatrs	Neiespējamā misija, rinda gadu uz priekšu
6	Bērnu ķirurgs	
7	Fizioterapeits	
8	Acu ārsts	
9	LORs	Akūtos gadījumos rinda 2 mēneši
10	Miofunkcionālais speciālists	
11	Rehabilitācija	
12	Vakcīna pret ēršu encefalītu	
13	Alergologs	
14	D vitamīna kontrole	
15	Bezmaksas brilles	

95% atbilžu ietvēra zobārstniecības pakalpojumus, kam sekoja logopēda un psihologa pakalpojumi. Papildus vecāki norādījuši, ka ir problēmas ar apmaksāto slimības lapu garumu, kā arī norādījuši uz ievērojamo veselības aprūpes dārdzību, kad garo rindu dēļ ir spiesti griezties pie speciālistiem un maksāt privāti. Vecāki atzīmē, ka ievērojami uzlabojusies stacionāra aprūpe BKUS, bet speciālistu ambulatorā pieejamība ir izaicinājums.

Atiecībā uz dzemdību pakalpojumu tika norādītas augstās dzemdību pakalpojuma izmaksas (līdz 600 EUR) par atsevišķu ģimenes palātu, nepieciešamība pēc epidurālās anestēzijas un neskaidrās jaundzimušo skrīninga iespējas.

Uz pierādījumiem balstītas rīcības iespējas:

- (1) Pilnveidot jaundzimušo skrīninga organizāciju: uzlabot skrīninga materiāla savlaicīgu nodošanu un pilnveidot SPKC Jaundzimušo reģistra informāciju,
- (2) Piena bankas izveide priekšlaicīgi dzimušiem bērniem (ar svaru līdz 1,5 kg),
- (3) Augsta riska grūtnieču, dzemdētāju un jaundzimušo transportēšanas uz augstāka līmeņa ārstniecības iestādī kārtības pilnveidošana,
- (4) Primārās aprūpes komandas stiprināšana bērnu ambulatorajai aprūpei (ieskaitot psihologu un pediatrijas māsu iesaisti un pieejamību);
- (5) Logopēda pakalpojuma nodrošināšana, tajā skaitā caur bērnodārzu un skolu;
- (6) Bērnu profilaktisko medicīnisko pārbaūžu pilnveidošana, ietverot bērnu lipidoprogrammas realizāciju, redzes profilaktisko skrīningu u.c.
- (7) Bērnu līdz 5 gadu vecumam attīstības skrīninga izstrādi un ieviešanu ģimenes ārstu praksēs agrīnu psihisko un uzvedības traucējumu identifikācijai un profilaksei;
- (8) Medicīniski pamatotu gaidīšanas laiku noteikšana bērnu aprūpes akūtiem un plānveda pakalpojumiem, lai mazinātu vecāku tiešos privātos maksājumus par akūtiem un neatliekamajiem pakalpojumiem jaundzimušajiem un bērniem;
- (9) Bērnu zobārstniecības pakalpojumu nodrošināšana bērniem atbilstoši bērnu zobārstniecības vadlīnijām;
- (10) Bērnu aprūpes tarifu pārskatīšana speciālistu piesaistei valsts apmaksājamiem pakalpojumiem;
- (11) Priekšlaicīgi dzimušu un bērnu ar hroniskām saslimšanām dinamiskās novērošanas programmu realizācija;

- (12) Bērnu aprūpes centru izveide reģionālajās slimnīcās sadarbībā ar BKUS bērnu ar hroniskām saslimšanām dinamiskās novērošanas īstenošanai;
- (13) Rehabilitācijas programmas īstenošana bērniem ar augstu funkcionēšanas traucējumu un invaliditātes risku.

2.3. Ģimenes plānošanas pakalpojumi

Kvalitatīva ģimenes veselība ir saistīta ar (1) ģimenes plānošanu, kas nozīmē ieteikumus ģimenes plānošanai, lai indivīdi varētu sasniegt vēlamu bērnu skaitu un palielināt izredzes, ka bērns piedzims vesels, kā arī (2) spēju uzlabot bērnu un kopējo ģimenes veselību savlaicīgu veselības profilakses pakalpojumu kontekstā.

Ģimenes plānošanas pakalpojumi var palīdzēt risināt šīs un citas sabiedrības veselības problēmas, sniedzot izglītību, konsultācijas un medicīnas pakalpojumus³⁹.

Savukārt, **kontracepcijas pakalpojumi** jāpiedāvā klientiem, kuri vēlas aizkavēt vai kuriem ir pamatots iemesls novērst grūtniecību. Kontracepcijas pakalpojumos jāiekļauj pilns apstiprināto kontracepcijas metožu klāsts, īss novērtējums, lai identificētu klientam drošas kontracepcijas metodes, kontracepcijas konsultācijas, kas palīdzētu klientam izvēlēties kontracepcijas metodi un pareizi un konsekventi to izmantot. Zināšanas par kontracepcijas iespējām novērš mākslīgo abortu skaitu un ar to saistīto risku sievietes reproduktīvajai veselībai.

Kontracepcijas konsultācijas ir jāveido kā process, kas klientiem ļauj pieņemt lēmumus par kontracepcijas līdzekļu lietošanu un sekot tiem. Izglītība ir neatņemama kontracepcijas konsultāciju procesa sastāvdaļa, kas palīdz klientiem pieņemt apzinātus lēmumus un iegūt nepieciešamo informāciju, lai pareizi lietotu kontracepcijas metodes.

Ģimenes plānošanas pakalpojumu sniedzējiem jāpiedāvā **grūtniecības testēšanas un konsultēšanas pakalpojumi** kā daļa no ģimenes plānošanas pakalpojumiem.

³⁹ US Department of Health and Human Services, Office of Population Affairs. 2013. Mission statement for the Office of Family Planning. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; <http://www.hhs.gov/opa/about-opa-and-initiatives/mission>

Grūtniecības pārbaude ir izplatīts iemesls, kāpēc klients apmeklē ģimenes plānošanas pakalpojumu sniedzēju. Aptuveni 65% grūtniecību rada dzīvas dzemdības, 18% izraisa abortu un 17% spontānu augļa zaudējumu⁴⁰.

Palīdzība klientiem, kuri vēlas ieņemt bērnu, nozīmē konsultēt klientus, kuri vēlas grūtniecību, saskaņā ar profesionālo medicīnas organizāciju ieteikumiem, jāapspriež metodes vai ierīces, kas paredzētas ovulācijas laika noteikšanai vai prognozēšanai, ieteikumus dzīves veidam uztram u.c.

Neauglības ārstēšanas pamatpakalpojumiem Latvijā ir izveidota valsts programma medicīniskās apaugļošanas jomā, taču pieprasījums ievērojami pārsniedz programmas piedāvāto pakalpojumu apjomu. Medicīniskās apaugļošanas programmas efektivitāte ir zem 50%, kas liecina, ka nepieciešami uzlabojumi programmas efektivitātes paaugstināšanā. Rīgas Stradiņa universitātes veiktajā pētījumā⁴¹ identificētas nepilnības neauglības ārstēšanas jomā un izstrādāti ieteikumi gan valsts programmas uzlabošanai, gan zināšanu veicināšanai par seksuālo un reproduktīvo veselību. Latvijā ir pieejamas darba grupas izstrādātas Neauglības diagnostikas un ārstēšanas klīniskās vadlīnijas (2012), taču līdzīgi kā citās jomās, iztrūkst pastāvīgas programmas efektivitātes analīzes un metodiskās vadības.

Nemot vērā datus un informāciju par ar nevēlma un neplānotu grūtniecību saistītajiem riskiem, situācijas uzlabošanas sekmētu **valsts apmaksātas konsultācijas un kontracepcijas nodrošināšana** sociālajam riskam pakļauto sieviešu grupai.

Uz pierādījumiem balstītas rīcības iespēja

- (1) Ģimenes plānošanas pakalpojumu sniegšana primārajā veselības aprūpē;
- (2) Ceļa kartes izveide un konsultācijas pacientiem, kuri vēlas ieņemt bērnu;
- (3) Neauglības pamatpakalpojuma saņemšanas procesa apraksta un pacienta ceļa kartes izveide;
- (4) Neauglības diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumu programmas apjoma pārskatīšana;

⁴⁰ Ventura S, Curtin S, Abma J, Henshaw S. 2012. Estimated pregnancy rates and rates of pregnancy outcomes for the US: 1990–2008. Natl Vital Stat Rep;60(7).

⁴¹ <https://www.rsu.lv/projekts/valsts-istenosana-un-biosocialas-saiknes-relatelv>

- (5) Valsts apmaksātās medicīniskās apaugļošanas programmas vecuma ierobežojumu pārskatīšana no 37 gadiem līdz 40 gadiem (ieskaitot);
- (6) Apaugļošanas programmas metožu pārskatīšana un efektivitātes indikatoru noteikšana tās efektivitātes paaugstināšanas nolūkos, lai sasniegtu vismaz 75% efektivitātes līmeni. No 800 gadījumiem gadā tas palielinātu veiksmīgo gadījumu skaitu vismaz par 200;
- (7) Valsts apmaksātās atbalsta konsultācijas pāriem, kuri veic valsts apmaksātu medicīnisko apaugļošanu un saskaras ar neveiksmīgu iznākumu;
- (8) Psiholoģiskā atbalsta pirms un pēc aborta un pēc dzemdībām ar nevēlamu rezultātu nodrošināšana;
- (9) Ginekologa konsultācijas, laboratorisko izmeklējumu un kontracepcijas nodrošināšana sociālajam riskam pakļautajām sievietēm.

2.4. Ģimenes veselības profilakses un skrīninga pakalpojumi

Mūsdienīgi slimību profilakses pasākumi attiecas uz savlaicīgu un efektīvu skrīningu un vakcināciju kopsolī ar efektīviem sabiedrības informēšanas pasākumiem. Ģimenes veselības pamatā ir jauno vecāku un bērnu iespējas saņemt efektīvus skrīninga un vakcinācijas pakalpojumus.

Dzemes kakla vēža profilaksei Latvijā ir pieejams skrīnings un vakcināciju pret cilvēka papilomas vīrusa (CPV) infekciju meitenēm no 12 gadu vecuma kopš 2015.gada. CPV vīruss ir plaši sastopams un tas tiek pārnests dzimuma sakaru vai sadzīves kontaktu laikā. CPV savas dzīves laikā iegūst 50% – 80% sieviešu. Gan vīrietis, gan sieviete var kļūt par CPV vīrusa nēsātāju. Līdz ar to, ir svarīgi arī veikt zēnu vakcināciju, lai mazinātu CPV izplatību sabiedrībā nākotnē.

- (1) Izglītojošu pasākumu organizēšana jaunajiem vecākiem par vakcināciju un vakcīnregulējamām infekcijām;
- (2) Seksuāli transmisīvo infekciju, tostarp HIV, reproduktīvo ceļu infekciju (gonoreja, sifiliss), dzemes kakla vēža un citu ginekoloģisko slimību apkarošanas plāna izveide (mērķis: 0 jaunu infekciju, 0 seksuāli pārnēsāta infekcija, 0 komplikācijas un nāves gadījumi)⁴²;

⁴² PVO GLOBAL HEALTH SECTOR STRATEGY ON SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS, 2016–2021, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf;jsessionid=903F98BE4A00CC3BAC4D9135EF5E9E9B?sequence=1>

- (3) Efektīvas dzemdes kakla vēža skrīninga programmas īstenošana;
- (4) Zēnu vakcinācijas programmas pret cilvēka papilomas vīrusa infekciju (CPV) ieviešana;
- (5) Grūtnieču vakcinācija pret garo klepu ieviešana;
- (6) Hlamidiozes skrīninga ieviešana pusaudžiem, kuri uzsākuši dzimumdzīvi, un jauniešiem līdz 25 gadu vecumam;
- (7) HIV testēšanas vadlīniju ieviešana ģimenes ārstiem un citiem speciālistiem HIV savlaicīgai diagnostikai prioritāri reproduktīvā vecuma grupā.

3. Zināšanas par seksuālo un reproduktīvo veselību

Seksuālās un reproduktīvās veselības izglītības mērķis ir nodrošināt bērnus un jauniešus ar zināšanām un prasmēm, kuras palīdzētu izdarīt atbildīgu izvēli savās seksuālajās un sociālajās attiecībās⁴³.

Zināšanas par seksuālo un reproduktīvo veselību un tiesībām, tostarp ģimenes plānošanu un grūtniecības norisi ļauj jauniešiem izdarīt informētu izvēli.

Personām, kuras kontrolē savu dzīves izvēli, ir lielāka ekonomiskā un sociālā līdzdalība un veselīgāka dzīve. Seksuālā un reproduktīvā uzvedība pusaudžu vidū mainās strauji mainīgajā vidē - attiecībā uz uzvedību, mainot priekšstatus par risku veselībai, auglības izvēles laiku, kavēšanos ar laulību laiku un izglītības un nodarbinātības paradumu maiņu. HIV un citu seksuāli transmisīvo slimību (STS) izplatība Latvijā liecina, ka sabiedrībā pastāv salīdzinoši zema izpratne par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem. STS ir viens no biežākajiem iemesliem neauglībai vai iedzimtām slimībām.

ANO ilgspējīgas attīstības 3.7. apakšmērķis paredz līdz 2030.gadam nodrošināt vispārēju piekļuvi seksuālās un reproduktīvās veselības aprūpes pakalpojumiem, tostarp ģimenes plānošanas, informēšanas un izglītošanas nolūkos, un iekļaut reproduktīvo veselību valstu stratēģijās un programmās (LR MK rīkojums Nr. 259, 2018).

Uz pierādījumiem balstītas rīcības iespējas:

⁴³ Social determinants of the sexual and reproductive health (SRH): Informing future research and programme implementation, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44344>

- (1) Seksuāli transmisīvo infekciju izplatības un stigmatizācijas ierobežošanas programmas izveide;
- (2) Vienotas nacionāla līmeņa programmas jauniešu izglītošanai seksuālās un reprodūktīvās veselības izglītības programmas izveides 5.-7. un 8.-12. klašu skolēniem.