

PROJEKTS

Versija: 1.1

Atbilstoši starp Nacionālo veselības dienestu un valsts sabiedrību ar ierobežotu atbildību „Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”” noslēgtajam līgumam par rehabilitācijas klīniski metodiskās vadības nodrošināšanu 4.pielikuma 3.6.3.punktam

Priekšlikumi rehabilitācijas pakalpojumu iedzīvotāju dzīvesvietā apjoma plānošanas principiem

Dokumenta projekta izstrādes darba grupa:

Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste **Inese Svikliņa**

Fizioterapeite **Dace Stirāne**

2022. gads

Ievads

Vajadzība pēc rehabilitācijas pakalpojumu integrācijas veselības aprūpē, veidojot starpprofesionālu sadarbību tiek argumentēta ar sabiedrības novecošanās globālo tendenci un ar to saistīto cilvēku ar nespēju un invaliditāti pieaugumu (Mills et al., 2017), kas attiecīgi palielina nepieciešamību ilgtermiņa aprūpei un rehabilitācijas pakalpojumiem tuvu personas dzīvesvietai, radot pieaugošu slodzi veselības aprūpes un sociālajām sistēmām. Eiropas Komisija apliecina, ka integrēta aprūpe risina pacienta labirintu ar izkaisītiem veselības aprūpes pakalpojumiem (European Union, 2017), vienlaikus pacientu pārstāvniecība pauž nepieciešamību nepārtrauktā, visaptverošā un koordinētā aprūpē visiem iedzīvotājiem (European Patient's Forum, 2017).

Integrētu un uz indivīdu centrētu veselības sistēmu veidošanai ir potenciāls radīt būtiskus ieguvumus veselībai un veselības aprūpei ikvienam iedzīvotājam, ietverot aprūpes pieejamības uzlabojumu, labākus veselības / klīniskos rezultātus, izmaksu samazinājumu (World Health Assembly, 2016).

Pasaules Veselības asambleja (2016) ziņojumā par integrētām, uz indivīdu vērstām veselības sistēmām ir noteikusi, ka katrai valstij vai vietējai jurisdikcijai ir jānosaka savi mērķi integrētas un uz indivīdu vērstas veselības sistēmas veidošanai, izstrādājot to sasniegšanas stratēģiju. Šajā ziņojumā ir uzsvērts, ka šādu stratēģiju izveidē ir jāņem vērā vietējais konteksts, pastāvošie šķēršļi un vērtības, kas ir katras valsts vai reģiona iedzīvotāju rīcībā, un tām ir jābūt sasniedzamām, ņemot vērā pašreizējo veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas sistēmu, finanšu un politisko resursu pieejamību.

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā mērķis ir nodrošināt personām ar noteiktiem funkcionāliem ierobežojumiem šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu.

Rehabilitācijas pakalpojums iedzīvotāja dzīvesvieta un tā apjoma plānošanas principi

Rehabilitācijas pakalpojums iedzīvotāja dzīvesvietā ir pakalpojumu kopums, kas ietver noteiktu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu pacientam viņa dzīvesvietā, izņemot ieslodzījuma vietas un sociālās aprūpes iestādes.

Aprakstot obligāto prasību un kvalitātes rādītājus pakalpojumu sniedzējiem, kas nodrošina rehabilitācijas pakalpojumus iedzīvotāja dzīvesvietā (atbilstoši starp Nacionālo veselības dienestu un valsts sabiedrību ar ierobežotu atbildību „Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”” noslēgtajam līgumam par rehabilitācijas klīniski metodiskās vadības nodrošināšanu 4.pielikuma 3.6.1., 3.6.2.punktam), darba grupa sniedza rekomendācijas par pacientu atlasī un ieteikumus pacientu iekļaušanas kritērijiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanai iedzīvotāja dzīvesvietā (Nacionālajam Veselības dienestam iesniegtā dokumenta ”Obligāto prasību un kvalitātes rādītāju definēšana pakalpojumu sniedzējiem, kas nodrošina rehabilitācijas pakalpojumus iedzīvotāja dzīvesvietā” 1.3. un 1.4. nodaļas).

Lai noteiktu rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā apjomu konkrētā plānošanas reģionā ir jāņem vērā vairākas **faktoru kopas**, kas ir saistītas, gan ar aprakstīto pacientu populāciju, kurai būtu nepieciešams rehabilitācijas pakalpojums iedzīvotāja dzīvesvietā, gan ar pakalpojuma nodrošināšanas kvantitatīvajiem un kvalitatīvajiem nosacījumiem. Mulvale, Embrett un Razavi (2016), identificējot starpdisciplināras komandas darbību ietekmējošos faktoros, tos iedalīja vairākos līmeņos:

- **mikro un individuālie faktori**, kas ietver aprūpes procesus un pakalpojuma saņēmējus,
- **mezo faktori**, kas ietver organizāciju līmeni un attiecas uz organizatorisko struktūru, atalgojumu un informācijas sistēmām;
- **makro faktori**, kas ietver politikas veidotājus un tiek vairāk attiecināti uz profesionālo regulējumu, profesionālo izglītību, finansējumu un apmaksu veidošanas shēmām;

Lai uzsvērtu nozīmīgos faktoros, kas saistīti ar rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā sniegšanu, plānošanu un nepieciešamo pakalpojuma apjomu plānošanas reģionā, tika identificētas trīs faktoru kopas:

1. faktori, kas saistīti ar pakalpojuma saņēmēju prognozējamo nepieciešamību saņemt rehabilitācijas pakalpojumu dzīvesvietā (mikro un individuālie faktori),
2. faktori, kas saistīti ar pakalpojuma sniedzēju (mezo faktori),
3. faktori, kas saistīti ar veselības aprūpes organizāciju (makro faktori).

Atsevišķi faktori var palielināt vai samazināt nepieciešamību un iespēju plānošanas reģionā dzīvojošajām personām saņemt rehabilitācijas pakalpojumu dzīvesvietā. Šo faktoru potenciālā nozīmība un ietekme uz plānošanu ir attēlota 1.tabulā.

1.tabula. Faktori, kas ietekmē nepieciešamo rehabilitācijas pakalpojumu apjomu plānošanas reģionā.

Piezīmes		
<p>1. Faktori, kas saistīti ar pakalpojuma saņēmēju prognozējamo nepieciešamību saņemt rehabilitācijas pakalpojumu dzīvesvietā – cik personām plānošanas reģionā būtu nepieciešams rehabilitācijas pakalpojums iedzīvotāja dzīvesvietā? (mikro un individuālais līmenis)</p>		
<p>1.1. Iedzīvotāju blīvums plānošanas reģionā</p>	<p>Centrālās Statistikas Pārvaldes dati</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jo lielāks iedzīvotāju skaits un blīvums plānošanas reģionā, jo lielāka nepieciešamība pēc rehabilitācijas pakalpojuma.
<p>1.2. Iedzīvotāju vecums, sadalījums pa vecuma grupām plānošanas reģionā</p>	<p>Centrālās Statistikas Pārvaldes dati</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Iedzīvotāju sadalījums pa gadiem (1-10, 11-20, 21-30, utt), vai grupās – zīdaiņi, pirmskolas vecuma bērni, skolas vecuma bērni, darba spējīgo personu grupa, seniori). • Jāņem vērā sabiedrības novecošanās globālo tendenci un ar to saistīto cilvēku ar nespēju un invaliditāti pieaugumu (Mills et al., 2017), kas

		attiecīgi palielina nepieciešamību ilgtermiņa aprūpei, kā arī rehabilitācijas pakalpojumiem tuvu personas dzīvesvietai vai personas dzīvesvietā.
1.3. Dzīvesvieta – pilsēta, ciems, lauku teritorija	Centrālās Statistikas Pārvaldes dati	<ul style="list-style-type: none"> • Jāņem vērā personas dzīvesvietas attālums līdz ārstniecības iestādei, kas sniedz rehabilitācijas pakalpojumus personas dzīvesvietā. • Veselības aprūpes speciālista pārvietošanās izmaksas un laika patēriņam ceļā līdz personas dzīvesvietai ir jābūt samērīgām, lai pakalpojums būtu izmaksu efektīvs un veselības aprūpes speciālistam vismaz 75% no sava darba laika būtu kontaktstundas ar pacientiem.
1.4. Veselību raksturojošie lielumi	SPKC dati – LV kopā un katrā plānošanas reģionā.	<ul style="list-style-type: none"> • Slimību, kas izraisa smagus funkcionēšanas traucējumus, incidence Latvijā. • Blakussaslimšanu skaits un smagums, komplikācijas. • Iedzīvotāju subjektīvais vērtējums par savu veselības stāvokli. Piemēram: <ul style="list-style-type: none"> - personu īpatsvars plānošanas reģionā, kas savu veselības stāvokli vērtē kā labu, gandrīz labu vai sliktu. - personu īpatsvars, kuri pēdējā gada laikā veselības apsvēruma dēļ ir mainījuši uztura un citus paradumus. - personu īpatsvars ar pietiekošu fizisko aktivitāti • Informācija par personu skaitu ar piešķirtu invaliditāti

	<p>Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas (VDEĀVK) datu bāze</p> <p>Pētījumi no zinātnisko rakstu datu bāzēm par atsevišķām saslimšanām</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prognozējamais funkcionēšanas traucējumu smagums un īpatsvars saslimušo populācijā – zinātnisko rakstu datu bāzēs atrodami pētījumi par atsevišķu saslimšanu izraisītiem ilgstošiem funkcionēšanas traucējumiem, to incidenci. (Piemēram, par personām pēc saslimšanas ar insultu – Cramer SC et al, 2017. gada pētījumā).
1.5. Mirstības radītāji	SPKC dati – LV kopā un katrā plānošanas reģionā.	<ul style="list-style-type: none"> • Mirstība no sirds un asinsvadu slimībām • Mirstība no onkoloģiskām saslimšanām. <p>(šīs divas saslimšanu grupas ir biežākie neinfekciozu saslimšanu izraisīti nāves cēloņi (Eurostat 2022))</p>
<p>2. Faktori, kas saistīti ar pakalpojuma sniedzēju – cik ir šādu pakalpojuma sniedzēju plānošanas reģionā? (mezo līmenis)</p>		
2.1. Personālrесursi reģionā - Veselības aprūpes speciālista pieejamība	NVD pieejamie dati par rehabilitācijas pakalpojuma personas dzīvesvietā sniedzēju	Plānošanas reģionā esošais rehabilitācijas pakalpojuma personas dzīvesvietā sniedzēju skaits (ārstniecības iestāžu) un nepieciešamo veselības aprūpes speciālistu skaits katrā šādā ārstniecības iestādē, kas ir norādīti kā rehabilitācijas pakalpojuma īstenotāji .
2.2. Faktori, kas saistīti ar	NVD pieejamie dati par	Pakalpojuma sniedzēja materiāli tehniskais nodrošinājums, lai rehabilitācijas

pakalpojuma sniegšanas organizāciju	rehabilitācijas pakalpojuma personas dzīvesvietā sniedzēju	pakalpojums iedzīvotāja dzīvesvietā tiktu nodrošināts – inventārs, transporta nodrošinājums, drošības aspekti (vai plānotais pakalpojums atbilst noteiktajiem kvalitātes uzraudzības kritērijiem, kas aprakstīti Nacionālajam Veselības dienestam iesniegtā dokumenta "Obligāto prasību un kvalitātes rādītāju definēšana pakalpojumu sniedzējiem, kas nodrošina rehabilitācijas pakalpojumus iedzīvotāja dzīvesvietā" 2. un 3. nodaļās)
3. Faktori, kas saistīti ar veselības aprūpes organizāciju (makro līmenis)		
3.1.Rehabilitācijas pakalpojuma dzīvesvietā saņemšana un pacientu atlase	NVD pieejamie dati par rehabilitācijas pakalpojuma personas dzīvesvietā sniedzēju	<ul style="list-style-type: none"> • Līdzšinējās pieredzes apkopojums – pakalpojuma sniegšanas apjoms iepriekšējos gados. • Rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju pieteikumu skaits nākamajam plānošanas periodam un to lokalizācija plānošanas reģionā.
3.2. 3.3.Finansējums pakalpojuma nodrošināšanai		<ul style="list-style-type: none"> • Optimāls finansējuma apjoms, lai segtu visus ar pakalpojuma izmaksām saistītos izdevumus

Lai izveidotu rehabilitācijas pakalpojuma personas dzīvesvietā precīzu metodoloģiju pakalpojuma apjoma plānošanai, tiek rekomendēts ņemt vērā to, ka visi iepriekš uzskaitītie faktori savstarpēji mijiedarbojas (Mulvale, 2016), kā arī pakalpojuma apjoma plānošanā, jāizmanto visu iepriekš uzskaitīto faktoru analīzi, veidojot matemātisku pakalpojuma apjoma modeli.

Izmantotā literatūra:

1. Cramer SC, Wolf SL, Adams HP Jr, Chen D, Dromerick AW, Dunning K, Ellerbe C, Grande A, Janis S, Lansberg MG, Lazar RM, Palesch YY, Richards L, Roth E, Savitz SI, Wechsler LR, Wintermark M, Broderick JP. Stroke Recovery and Rehabilitation Research: Issues, Opportunities, and the National Institutes of Health StrokeNet. *Stroke*. 2017 Mar;48(3):813-819. doi: 10.1161/STROKEAHA.116.015501. Epub 2017 Feb 7. PMID: 28174324; PMCID: PMC5330812.
2. European Patient's Forum. 2017. Taking action – a roadmap to achieving universal health coverage for all by 2030. Iegūts no: <http://www.eu-patient.eu/globalassets/campaign-on-access/taking-action---a-roadmap-to-achieving-universal-health-coverage-for-all-by-2030.pdf>
3. European Union. 2017. The State of Health in the EU “Companion Report 2017”. ISBN: 978-92-79-73492-2 Iegūts https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2017_companion_en.pdf
4. Eurostat 2022. Causes of death - deaths by country of residence and occurrence. Iegūts no: European Commission — Directorate-General for Health and Food Safety — European Core Health Indicators (ECHI), Health Status indicators, Disease-specific mortality
5. Mills, J.-A., Marks, E., Reynolds, T. and Cieza, A. 2017. Rehabilitation: Essential along the Continuum of Care. In: Mills, J.-A., Marks, E., Reynolds, T. and Cieza, A. *Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 9): Improving Health and Reducing Poverty*. The World Bank, 285-295. Iegūts no doi: 10.1596/978-1-4648-0527-1_ch15
6. Mulvale, G., Embrett, M. and Razavi, S. D. 2016. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract*. 17, 83. Iegūts no doi: 10.1186/s12875-016-0492
7. World Health Assembly. 2016. *Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat*. Place published: World Health Organization. Iegūts no: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>