**Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas**

**plāns**

**2017.–2020. gadam**

**(informatīvā daļa)**

Saturs

[Izmantotie saīsinājumi 3](#_Toc379463277)

[Ievads 4](#_Toc379463278)

[1. Esošās situācijas raksturojums 4](#_Toc379463280)

[1.1. Statistikas dati 5](#_Toc379463281)

[1.2. Riska faktoru izplatības mazināšana 8](#_Toc379463282)

[1.3. Organizētā vēža skrīninga koordinācija un uzraudzība 9](#_Toc379463283)

1.4. Agrīna diagnostika, ārstēšana un dinamiskā novērošana..............................12

1.5. Medikamentozā ārstēšana.............................................................................14

1.6. Medicīniskā rehabilitācija un paliatīvā aprūpe.............................................15

[2. Plāna mērķis un rīcības virzieni 17](#_Toc379463284)

[3. Plāna sasaiste ar citiem attīstības plānošanas dokumentiem 17](#_Toc379463285)

[4. Plāna īstenošanā iesaistītās un atbildīgās institūcijas 19](#_Toc379463287)

[5. Plānā paredzētie pasākumi](#_Toc379463288)

6. Kopsavilkums par plānā iekļauto uzdevumu īstenošanai nepieciešamo valsts un pašvaldību budžeta finansējumu................................................

# 

# Izmantotie saīsinājumi

|  |  |
| --- | --- |
| BPAB | Bērnu paliatīvās aprūpes biedrība |
| FINBALT | Latvijas iedzīvotāju (15-64 gadu vecumā) veselību ietekmējošo paradumu pētījums |
| ES | Eiropas Savienība |
| ESF | Eiropas Sociālais fonds |
| LĀB | Latvijas Ārstu biedrība |
| LĢĀA | Latvijas Ģimenes ārstu asociācija |
| LLĢĀA | Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija |
| LM | Labklājības ministrija |
| LU | Latvijas Universitāte |
| MK | Ministru kabinets |
| NA | Normatīvais akts |
| NRC „Vaivari” | Nacionālais rehabilitācijas centrs „Vaivari” |
| Noteikumi Nr.1529 | Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumi Nr.1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” |
| NVD | Nacionālais veselības dienests |
| NVO | Nevalstiskās organizācijas |
| Pamatnostādnes | Ministru kabineta 2014.gada 14.oktobra rīkojums Nr.589 „Par Sabiedrības veselības pamatnostādnēm 2014.-2020.gadam” |
| PVO | Pasaules Veselības organizācija |
| RAKUS | Sabiedrība ar ierobežotu atbildību „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” |
| Reģistrs | Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuri slimo ar onkoloģiskām slimībām |
| RSU | Rīgas Stradiņa universitāte |
| SPKC | Slimību profilakses un kontroles centrs |
| SSK - 10 | Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija |
| VI | Veselības inspekcija |
| VIS | Vadības informācijas sistēma |
| VM | Veselības ministrija |
|  |  |

**Ievads**

Ministru kabinets 2014.gada 14.oktobrī ar rīkojumu Nr.589 apstiprināja Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam (turpmāk – Pamatnostādnes), kuru mērķis ir pagarināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža ilgumu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību. 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.

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 2015.gadā, salīdzinot ar 2000.gadu, saslimstība ar ļaundabīgiem audzējiem ir pieaugusi no 373,1 gadījumiem līdz 563,9 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotāju. 2015.gadā no jauna ar ļaundabīgiem audzējiem saslimuši 11152 cilvēku[[1]](#footnote-1)

Onkoloģisko slimību riska faktoru mazināšana, agrīna diagnostiska, savlaicīga 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. Vienlaikus jāatzīmē, ka pašreizējās veselības aprūpes budžeta iespējas nav pietiekamas 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.

Ņemot vērā minēto Veselības ministrija (turpmāk - VM) ir sagatavojusi īstermiņa politikas plānošanas dokumentu „Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2017.–2020. gadam”.

# ****1. Esošās situācijas raksturojums****

Lai samazinātu saslimšanas risku ar onkoloģiskām slimībām, pagarinātu onkoloģisko slimnieku dzīvildzi un uzlabotu dzīves kvalitāti, īstenojot starpnozaru un multidisciplināru sadarbību tika izstrādāta Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.-2015.gadam[[2]](#footnote-2) (turpmāk – programma). Izvērtējot programmas izpildi[[3]](#footnote-3) secināts, ka plānotais politikas rezultāts netika pilnībā sasniegts, jo pirmreizējo saslimšanas gadījumu skaits turpina pieaugt (ar nelielu samazinājumu 2015.gadā). Attiecībā uz vēlīni diagnosticētiem ļaundabīgiem audzējiem un pacientu dzīvildzi, kopumā ir vērojama pozitīva tendence, taču izvirzītais rezultatīvais rādītājs pagaidām nav sasniegts. Vēlīni diagnosticēto (4.stadijas ļaundabīgo audzēju īpatsvars) kopš 2012. gada samazinās un saglabājas 20,6 līdz 20,3% robežās. Novērotā 5 gadu dzīvildze ir ar pieaugošu tendenci (no 41,3% 2005. gadā saslimušajiem pacientiem līdz 45,7% 2009. gadā un 46,3% 2010. gadā saslimušajiem pacientiem).

Jāatzīmē, ka izstrādājot programmu, tika aprēķināts kopējais nepieciešamais finansējums plānoto aktivitāšu īstenošanai, taču sakarā ar ekonomikas recesiju 2008.-2010.gadā, valsts budžeta finansējums veselības nozarei tika samazināts, un papildus finansējums programmas īstenošanai netika piešķirts. Programmas īstenošana notika piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros. Tādējādi lai gan kopumā valsts finansējums onkoloģsko pacientu profilaksei un ārstēšanai kopš programmas ieviešanas ir palielinājies, tas nav pietiekams, lai pilnvērtīgi nodrošinātu diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumus onkoloģiskiem pacientiem, un būtiski ierobežo iespējas uzlabot un attīstīt veselības aprūpes pakalpojumus onkoloģijas jomā.

Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2014.- 2020. gadam ir ietverta gan onkoloģisko slimību profilakse (veselīga uztura un fizisko aktivitāšu popularizēšana, atkarību izraisošo vielu lietošanas samazināšana sabiedrībā), gan diagnostika un ārstēšana, paredzot izstrādāt, un ieviest veselības aprūpes tīklu vadlīnijas prioritārajās veselības aprūpes jomās, veselības aprūpes pieejamības un kvalitātes uzlabošanai, tai skaitā onkoloģijā.

Eiropas sociāla fonda līdzekļu darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.3. specifiskā atbalsta mērķa „Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, 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” ietvaros ir uzsākts projekts „Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros”. Atbilstoši 2014. gada decembrī noslēgtajam līgumam Veselības ministrija turpina uzsākto sadarbību ar Pasaules banku, kuras ietvaros ir veikts pētījums veselības aprūpes tīklu vadlīniju izstrādei prioritārajās veselības jomās[[4]](#footnote-4).

2015.gada 26.oktobrī Onkoloģisko pacientu organizāciju alianse portālā *www.mana balss.lv* uzsāka Latvijas pilsoņu parakstu vākšanu iniciatīvas „Lai vēzis būtu ārstējama slimība” atbalstam. Iniciatīvu parakstīja 10 378 Latvijas pilsoņi, un tā tika iesniegta izskatīšanai Saeimā ar lūgumu rast risinājumu onkoloģijas jomā, kur saslimstība un mirstība no onkoloģiskām slimībām saglabājas augsta vēža diagnosticēšanai un ārstēšanai atvēlētā nepietiekamā valsts finansējuma dēļ, piešķirot šo problēmu risināšanai 10 milj. eiro ik gadu. Saeima šā gada 2016.gada 15.septembra sēdē izskatīja augstāk minēto kolektīvo iesniegumu un nolēma uzdot Veselības ministrijai līdz 1.decembrim izstrādāt onkoloģijas slimības diagnostikas un ārstēšanas programmu un 2017.gada valsts budžetā paredzēt līdzekļus programmas īstenošanai.

**1.1. Statistikas dati**

Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par pacientiem, kuriem diagnosticēta onkoloģiska slimība, uzskaitē 2015.gada beigās atradās pavisam 74540 pacienti (3785,8 uz 100 000 iedzīvotāju (skat.1.att.).

## 1.att. Saslimstība un mirstība no ļaundabīgiem audzējiem (C00-C97) 2001.-2015.gadā, uz 100 000 iedzīvotāju[[5]](#footnote-5)

Pakāpeniski pieaug agrīni atklāto gadījumu skaits - 2009.gadā ar 1.stadiju uzskaitē ņemti 21,7% pacientu, 2014. gadā 29,4% pacientu, bet 2015. g. jau 27,7% . Ar nelielu tendenci samazināties, bet joprojām augsts saglabājas 3.stadijas gadījumu īpatsvars (2009.gadā 18,3%, 2014. gadā 16,5% un 2015. g. 16,5% ), bet 4. stadijā attiecīgi 21,0%, 20,6% un 2015. gadā 20,3%. Jāuzsver, ka agrīna vēža atklāšana ir viens no būtiskiem faktoriem veselības atgūšanā. Pirmā gada letalitāte un piecu gadu dzīvildze[[6]](#footnote-6) ir saistāma ar audzēja stadiju diagnozes noteikšanas brīdī – 2014. gadā vēlīni diagnosticētajiem audzējiem (4.stadijā) pirmā gada letalitāte bija 74,1%, bet agrīni diagnosticētiem audzējiem (1.stadijā) - 4,6%. Savukārt, piecgadu dzīvildze 4. stadijā 2010. gadā diagnosticētajiem audzējiem bija tikai 8,7%, bet 1. stadijā - 81,3%.

Latvijā vīrieši biežāk slimo ar plaušu, prostatas (priekšdziedzera) un zarnu ļaundabīgiem audzējiem (skat. 2.att.). 2015.gadā vīriešiem visbiežāk diagnosticēja priekšdziedzera vēzi (1115 gadījumi jeb 122,8 uz 100 000 vīriešu). Tam sekoja bronhu un plaušu vēzis (764 gadījumi jeb 84,2 uz 100 000 vīriešu) un zarnu vēzis (526 gadījumi jeb 57,9 uz 100 000 vīriešu). Turklāt saslimstība ar priekšdziedzera un zarnu vēzi pēdējos gados ir palielinājusies, kas būtu skaidrojums arī ar pacientu vēršanos pie ārsta veselības pārbaudei un izmeklējumu, piemēram, PSA (prostatas specifiskais antigēns) analīzes veikšanu. Lai arī jaunatklāto plaušu vēža gadījumu skaits Latvijā ik gadu mazinās, saslimstība kopumā joprojām ir augsta.

Sievietēm biežākie ir krūts, ādas, resnās zarnas un dzemdes ļaundabīgie audzēji (skat.3.att.). 2015. gadā sievietēm visbiežāk konstatēja krūts vēzi (1168 gadījumi jeb 109,2 uz 100 000 sieviešu), kam sekoja citi ādas ļaundabīgie audzēji (neskaitot melanomu) -  658 gadījumi jeb 61,5 uz 100 000 un kolorektālais vēzis (567 gadījumi jeb 53,0 uz 100 000).

## 2.att. Izplatītākās pirmreizēji reģistrētās ļaundabīga audzēja diagnozes[[7]](#footnote-7) vīriešiem 2007. – 2015.gadā, absolūtos skaitļos[[8]](#footnote-8)

**3.att. Izplatītākās pirmreizēji reģistrētās ļaundabīga audzēja diagnozes[[9]](#footnote-9) sievietēm 2007. – 2014.gadā absolūtos skaitļos[[10]](#footnote-10)**

Mirstības rādītāji no ļaundabīgajiem audzējiem joprojām ir salīdzinoši augsti (skat.1.att.) un ļaundabīgie audzēji ir otrs biežākais nāves cēlonis. 2015.gadā nemainīgi saglabājās augsta mirstība no bronhu un plaušu vēža (890 mirušie jeb 45 uz 100 000 iedzīvotāju), kam seko mirstība no kolorektālās daļas ļaundabīgiem audzējiem (703 (35,5 uz 100 000 iedzīvotāju)) un kuņģa vēža (472 (23,9 uz 100 000 iedzīvotāju)), krūts vēža (447 (22,6 uz 100 000 iedzīvotāju)), prostatas (priekšdziedzera) vēža (392 (43,2 uz 100 000 iedzīvotāju)).

**1.2. Riska faktoru izplatības mazināšana**

Vēzis var attīstīties ikvienam cilvēkam, tomēr daļa cilvēku ir pakļauti lielākam riskam, ko ietekmē ne tikai ģenētiskie faktori, bet arī dzīvesveida paradumi un vides faktori — smēķēšana, alkohola un narkotisko vielu lietošana, liekais svars vai aptaukošanās, neveselīgs uzturs, mazkustīgs dzīvesveids – vai arī kuri ir pakļauti dažādām infekcijām, starojumam vai kancerogēnām vielām. Veselīga dzīvesveida paradumu ievērošana un atteikšanās no neveselīgiem paradumiem uzlabo veselību jebkurā vecumā. Primārā profilakse ļaundabīgo audzēju gadījumā pārsvarā nav specifiska un galvenokārt balstās uz riska faktoru ietekmes mazināšanu vai novēršanu. Vairāk nekā 30% no vēža izraisītajiem nāves gadījumiem varētu novērst, ietekmējot piecus galvenos uzvedības un diētas riska faktorus: augstu ķermeņa masas indeksu, nepietiekamu augļu un dārzeņu lietošanu uzturā, fiziskās aktivitātes trūkumu, alkohola un tabakas lietošanu.[[11]](#footnote-11) Tādēļ audzēju primārā profilaksē vislielākā nozīme ir sabiedrības slimību profilakses un veselības veicināšanas pasākumiem (smēķēšanas,alkohola un narkotisko vielu lietošanas ierobežošana, veselīga uztura un fizisko aktivitāšu veicināšana u.c.).

Ultravioletais starojums ir viens no fizikālajiem vides faktoriem, kam ir nelabvēlīga ietekme uz cilvēka veselību, jo ultravioletā starojuma iekārtas ir atzītas par I. kategorijas kancerogēnu[[12]](#footnote-12). Ultravioletā starojuma iekārtu izmantošana nepilngadīgajiem un personām virs 40 gadu vecuma, ir saistīta ar ievērojami augstāku ādas vēža attīstības risku.

Viens no efektīvākajiem dzemdes kakla onkoloģisko saslimšanu profilakses pasākumiem ir meiteņu vakcinācija pret cilvēka papilomas vīrusu. Kopš 2010.gada vakcīna pret cilvēka papilomas vīrusu ir iekļauta Latvijas vakcinācijas kalendārā. Pret vakcinēšanās aktivitāšu rezultātā vakcinācijas aptvere ar katru gadu samazinās un pieaug atteikumu īpatsvars pret cilvēka papilomas vīrusa vakcīnu. Kā liecina Slimību profilakses un kontroles centra dati 2011.gadā pirmo poti pret cilvēka papilomas vīrusu saņēma 61% meiteņu attiecīgā vecumā, bet 2015.gadā tikai 49,4%, savukārt atteikumu skaits ir pieaudzis no 12,8%, kas saņemti 2011. gadā līdz 20,8% - 2015.gadā.

Lai novērstu un samazinātu onkoloģisko slimību riska faktoru izplatību un veicinātu veselīgus paradumus sabiedrībā, jāturpina mazināt atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību, ultravioletā starojuma iekārtu izmantošanas samazināšanu īpaši agrīnā vecumā, kā arī jāturpina veicināt veselīga dzīvesveida paradumus (veselīga uztura paradumus, pietiekamu fizisko aktivitāti iedzīvotāju ikdienā), īstenojot slimību profilakses un veselības veicināšanas pasākumus.

**Identificētās problēmas:**

- Latvijā ir augsta saslimstība un mirstība no neinfekciju slimībām (t.sk. onkoloģiskajām slimībām), kuru attīstību lielā mērā ietekmē cilvēka dzīvesveids (uztura paradumi, fiziskās aktivitātes un atkarību izraisošo vielu lietošana).

- Latvijā nepilngadīgās personas vidēji pirmo reizi izmanto ultravioletā starojuma iekārtas 14,8 gadu vecumā[[13]](#footnote-13), kas ir ļoti augsts rādītājs, ņemot vērā, ka agrīna ādas pakļaušana ultravioleto staru iedarbībai palielina saslimšanu ar ļaundabīgajiem ādas audzējiem, tai skaitā, ar melanomu.

- Pret vakcinēšanās aktivitāšu un nepietiekamas informētības rezultātā ar katru gadu samazinās vakcinācijas aptvere pret cilvēka papilomas vīrusu.

**1.3. Organizētā vēža skrīninga koordinācija un uzraudzība**

Efektīva skrīningdiagnostikas programma var būtiski mazināt konkrētās slimības radīto slogu, mazinot kopējo slimības aktīvas terapijas ilgumu un intensitāti, uzlabojot dzīvildzi un dzīves kvalitāti.

Kopš 2009.gada Latvijā tiek īstenota valsts apmaksāta vēža savlaicīgas atklāšanas programma jeb vēža skrīnings. Tā ietver krūšu mamogrāfisko izmeklēšanu reizi divos gados sievietēm vecumā no 50 līdz 69 gadiem; ginekoloģisko apskati ar dzemdes kakla citoloģiskās uztriepes paņemšanu un analīzi, ko veic reizi trijos gados sievietēm vecumā no 25 līdz 70 gadiem; kolorektālā (zarnu) vēža profilaktisko pārbaudi – slēpto asiņu izmeklēšanu fēcēs, ko veic reizi gadā sievietēm un vīriešiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem. Individuālas uzaicinājuma vēstules veikt skrīningizmeklējumus tiek izsūtītas tikai sievietēm - dzemdes kakla un krūts vēža mērķa grupai. Savukārt zarnu vēža profilaktisko pārbaudi nodrošina ģimenes ārsts, informējot pacientu par izmeklējuma mērķi un veikšanas kārtību.

Salīdzinot ar kaimiņvalstīm: Lietuvā tiek veikts dzemdes kakla vēža skrīnings (sievietēm vecumā no 25 līdz 60 gadiem, reizi trijos gados), krūts vēža skrīnings (sievietēm vecumā no 50 līdz 69 gadiem, reizi divos gados), kolorektālā vēža skrīnings (sievietēm un vīriešiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem, reizi divos gados), kā arī Lietuvā tiek īstenota priekšdziedzera (prostatas) vēža agrīnas diagnostikas programma[[14]](#footnote-14). Igaunijā tiek veikts dzemdes kakla vēža skrīnings (sievietēm vecumā no 30 līdz 55 gadiem, reizi piecos gados), krūts vēža skrīnings (sievietēm vecumā no 50 līdz 62 gadiem, reizi divos gados), 2016.gadā tiek uzsākts kolorektālā vēža skrīnings (sievietēm un vīriešiem vecumā no 60 gadiem)[[15]](#footnote-15).

Latvijā atsaucība dalībai vēža skrīningā pakāpeniski palielinās (skat.4.att.), taču no Eiropas rekomendācijās par vēža skrīningu noteikto minimālo atsaucības rādītāju (zarnu vēža skrīnings - 45%; krūts vēža skrīnings - 70-75% atsaucība no uzaicināto sieviešu skaita) tā būtiski atpaliek. Dalība vēža skrīninga programmā ir brīvprātīga, tādēļ būtiski ir veicināt sabiedrības izpratni par skrīninga būtību un pozitīvajiem ieguvumiem, un pacientu līdzestību.

**4.att. Skrīninga atsaucības rādītāji**[[16]](#footnote-16)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Izmeklējumu veikušo personu skaits/izsūtīto uzaicinājuma vēstuļu skaits periodā | 2009.g. | 2010.g. | 2011.g. | 2012.g. | 2013.g. | 2014.g.\* | 2015.g. | 2016.g. pirmais pusgads |
| Dzemdes kakla vēža skrīnings | 14,9% | 15,3% | 34,5% | 26,7% | 27,4% | 27,8% | 25,0% | **32,4%** |
| Krūts vēža skrīnings | 21,1% | 19,4% | 33,8% | 32,7% | 34,2% | 35,9% | 34,9% | **37,1%** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zarnu vēža skrīnings  (populācijas aptvere) | 6,95% | 7,57% | 7,09% | 7,63% | 9,64% | 10,59% | 10,9% | **4,6%** |

\*No 2014.gada zarnu vēža skrīninga mērķa grupa ir sievietes un vīrieši no 50 līdz 74 gadiem.

Latvijas universitātes īstenotā ESF projekta „Agrīnas audzēju diagnostikas un novēršanas starpdisciplinārā izpētes grupa” ietvaros veiktajos pētījumos par organizētā skrīninga norisi un efektivitāti[[17]](#footnote-17), izvērtējot organizētajā dzemdes kakla vēža skrīningā iesaistīto ārstniecības personu ietekmi secināts, ka dzemdes kakla vēža skrīninga programmu pārsvarā realizē ginekologi, bet ģimenes ārsti šīs programmas īstenošanā iesaistījušies maz. Ginekologu un ģimenes ārstu zināšanas, informētība un izpratne par dzemdes kakla vēža profilakses iespējām un skrīninga programmu vērtējama kā nepietiekama.

Savukārt pētījumā par vēža skrīningu apmeklēšanas motivējošiem un kavējošiem faktoriem, kura mērķa grupa bija Latvijas iedzīvotāji, kuri atbilst valsts organizētā vēža skrīninga mērķgrupām, secināts, ka motivējoši faktori ir vēlme rūpēties par savu veselību, uzaicinājums veikt vēža skrīningu bez maksas, kā arī ārsta, it īpaši ģimenes ārsta, ieteikums veikt skrīningu. Pētījuma rezultātā nevar izveidot vienu konkrētu kavējošo faktoru kopumu, kurus novēršot, visas uzaicinātās personas veiks pārbaudi, jo tā ir cilvēka brīvprātīga izvēle, kuru ietekmē konkrētam cilvēkam nozīmīgi faktori. Kā kavējoši faktori tiek minēti - informācijas trūkums ne tikai par savlaicīgas vēža atklāšanas programmu, bet arī vēža profilaksi kopumā, negatīva pieredze, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus u.c.

Pētījumā par novēlotas vēža diagnostikas iemesliem secināts, ka slimības novēlotas diagnostikas iemesli var būt ar pašu pacientu saistīti, piemēram, nevēršanās pie ārsta un profilaktisko apskašu neveikšana, ilgstoša slimības simptomu ignorēšana vai slimības simptomu, piemēram, nogurums, apetītes trūkums, svara zudums, neatpazīšana un izskaidrošana ar citām slimībām vai nogurumu. Onkoloģiskas saslimšanas novēlotu atklāšanu ietekmē arī sociālekonomiskā situācija, piemēram, baidoties zaudēt darbu vai baidoties no tā, ka finansiāli nevarēs atļauties ārstēšanas procesa izdevumus, cilvēki nereti izvēlas nogaidīt un paļaujas, ka veselības problēmas izzudīs pašas no sevis, nevis dodas pie ārsta. Vēl viens iemesls novēlotai vēža atklāšanai ir bailes no diagnozes „vēzis”, kas ietver simptomu neatpazīšanu vai nevēlēšanos tos saistīt ar onkoloģisku saslimšanu, tādējādi pilnīgi izslēdzot šīs slimības iespējamību, jo vēzis tiek neizbēgami saistīts ar nāvējošu slimību.

Kā viens no vēža novēlotas diagnostikas iemesliem, kas saistīts ar ārstniecības personām, pētījumā norādīts neefektīva komunikācija starp ārstu un pacientu vai pat tās trūkums, ārstam pietiekami neiedziļinoties pacienta veselības problēmās. Saistībā ar veselības aprūpes sistēmu kā būtisks šķērslis savlaicīgai vēža diagnostikai, pētījumā tiek minētas garas gaidīšanas rindas uz izmeklējumiem vai pie speciālistiem. Izvērtējot kolorektālā vēža skrīningu eksperti norādījuši uz vairākām nepilnībām šī brīža kolorektālā vēža skrīninga modelī, kad pacients pie sava ģimenes ārsta var saņemt slēpto asiņu testu, jo saskata nepilnības gan ģimenes ārstu darbā, gan pacientu motivācijā šādu testu veikt, kā arī ja pacients ģimenes ārstu neapmeklē, iespēja veikt kolorektālā vēža skrīningu viņam netiek piedāvāta.

Ziņojumā par kolorektālā vēža skrīningu izmaksu efektivitātes analīzi norādīts, ka ekonomiski izdevīgāk skrīningam izmantot kvantitatīvus imunoloģiskos testus, salīdzinot ar gvajaka testiem. Izmaksu efektivitātes galvenie noteicošie faktori ir atsaucības līmenis, saslimstības mazināšana, atklājot to savlaicīgi, ārstēšanas izmaksu dinamika un potenciāli iegūtie dzīves gadi. Pētnieki ziņojumā par kolorektālā vēža skrīningu izmaksu efektivitātes analīzi kā ieteikumus kolorektālā vēža skrīninga pilnvērtīgai īstenošanai ir norādījuši, ka Latvijā jāievieš organizēts kolorektālā vēža skrīnings, uzaicinot mērķa grupas iedzīvotājus piedalīties tajā katru otro gadu, neizsūtot informatīvās vēstules, bet iedzīvotājiem, kuri laikus nav atsūtījuši testus, izsūtot atgādinājuma vēstuli. Vienlaikus ir jāveic sabiedrības izglītošanas un informēšanas pasākumi.

Nacionālais veselības dienests nodrošina valsts organizētā vēža skrīninga īstenošanu, nosaka mērķa grupas valsts organizētā vēža skrīninga veikšanai un apkopo skrīninga rezultātus. Kā arī atbilstoši līgumā ar Nacionālo veselības dienestu par organizatoriski metodiskā darba nodrošināšanu SIA „Rīgas Austrumu slimnīca” ir izstrādājusi vairākas klīniskās vadlīnijas (piemēram, dzemdes kakla, kolorektālā, resnās zarnas, taisnās zarnas vēža, krūts vēža diagnostikas, ārstēšanas un dinamiskās novērošanas klīniskās vadlīnijas u.c.), izstrādāti izmeklēšanas standartu, protokolu un veidlapu izstrāde, organizēti apmācību semināri skrīninga pakalpojumu sniedzējiem u.c. Savukārt Slimību profilakses un kontroles centrs izstrādā slimību profilakses un veselības veicināšanas programmas un veic to īstenošanas metodisko vadību, valsts un reģionālā līmenī koordinē veselības veicināšanas pasākumu īstenošanu, informē sabiedrību jautājumos, kas ietekmē veselību un veselīgu dzīvesveidu. Slimību profilakses un kontroles centrs nodrošina Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par pacientiem, kuri slimo ar onkoloģiskām slimībām, darbību. Reģistram nepieciešamo informāciju sniedz ārstniecības iestādes. Pašlaik atsevišķa onkoloģisko slimību uzraudzības metodiskā daļa finansējuma trūkuma dēļ nav izveidota. Iesaistītās institūcijas atbilstoši kompetencei nodrošina atsevišķu uzdevumu izpildi, savukārt iztrūkst vienota vēža skrīninga koordinācijas un uzraudzības vadība, kā arī metodiskā vadība onkoloģijas nozarē kopumā. Vienlaikus jāizvērtē Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par pacientiem, kuriem diagnosticēta onkoloģiska slimība, pilnveides iespējas.

Ņemot vērā minēto, jāpilnveido valsts organizētā skrīninga programmas īstenošana, ņemot vērā Eiropas vadlīnijas dzemdes kakla vēža, kolorektālā vēža un krūts vēža skrīninga kvalitātes nodrošināšanai, tai skaitā skrīninga pakalpojumu kvalitātes kontrole un uzraudzība, kā arī skrīninga procesa metodiskās vadības nodrošināšana, kas uzsākot skrīningu netika ieviesta finansējuma trūkuma dēļ.

**Identificētās problēmas:**

* Atsaucība dalībai vēža skrīningā pakāpeniski palielinās, taču tā nav pietiekama, lai atbilstu Eiropas rekomendācijās par vēža skrīningu noteiktajam minimālajam atsaucības rādītājam (zarnu vēža skrīnings - 45%; krūts vēža skrīnings - 70-75% atsaucība no uzaicināto sieviešu skaita).
* Valsts organizētā skrīninga programmā nav ieviesta skrīninga pakalpojumu kvalitātes kontroles un uzraudzība, kā arī skrīninga procesa metodiskā vadība, kā to rekomendē Eiropas vadlīnijās dzemdes kakla vēža, kolorektālā vēža un krūts vēža skrīninga kvalitātes nodrošināšanai.
* Nav izveidota institūcija, kas pārrauga un kontrolē visus organizēta vēža skrīninga etapus. Nacionālais Veselības dienests, kas nodrošina valsts organizētā vēža skrīninga īstenošanu, pārrauga tikai nelielu ar skrīningu saistīto darbību daļu.
* Iztrūkst sistēmiskas kvalitātes kontroles visos skrīninga etapos, kas ir obligāts priekšnoteikums organizētā vēža skrīningā.
* Nav vienotas skrīninga datu platformas, kas ļautu analizēt skrīninga efektivitāti un būt par pamatu kvalitātes kontrolei.
* Dzemdes kakla vēža skrīninga programmu pārsvarā realizē ginekologi, bet ģimenes ārsti šīs programmas īstenošanā iesaistījušies maz. Netiek pilnvērtīgi izmantots vecmāšu potenciāls primārajā aprūpē.

**1.4. Agrīna diagnostika, ārstēšana un dinamiskā novērošana**

Atbilstoši Ārstniecības likuma 26.panta pirmajai un otrajai daļai patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību attiecīgajā profesijā (ārsts, māsa (medicīnas māsa), vecmāte utt.) vai konkrētā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē vai papildspecialitātē (ķirurgs, pediatrs, operāciju māsa, utt.) atļauts ārstniecības personām, kuras ir reģistrētas ārstniecības personu reģistrā. Savukārt Ārstniecības likuma 12.1 pants nosaka, ka ārstniecības atbalsta persona ir tiesīga iesaistīties veselības aprūpes procesa nodrošināšanā, ja tā ir reģistrēta ārstniecības atbalsta personu reģistrā.

Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtību šobrīd regulē Ministru kabineta 2016.gada 24.maija noteikumi Nr.317 „Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”, kuru 1.pielikumā ir ietverti ārstniecības personu profesiju saraksti un ārstniecības personu klasifikators. Saskaņā ar iepriekš minēto onkoloģisko aprūpi Latvijā veic speciālisti, kuri minēti 5.att.

**5.att**. **Speciālisti, kas veic onkoloģisko aprūpi**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | P- pamatspecialitāte A- apakšspecialitāte PP - papildspecialitāte | Ārstniecības personu klasifikators, kas bija **spēkā līdz 07.03.2009.** | Ārstniecības personu klasifikators, kas bija **spēkā līdz 31.05.2016.** | Ārstniecības personu klasifikators, **spēkā esošs** (no 01.06.2016.) |
| 22 | Onkoloģijas ginekologs | A163 | A142 | A142 |
| 32 | Bērnu hematoonkologs | A159 | A159 | A159 |
| 34 | Onkologs | P16 | P16 Onkologs ķīmijterapeits | P16 Onkologs ķīmijterapeits |
| 35 | Onkologs ķīmijterapeits | A161 |
| 36 | Onkoloģijas ķirurgs | A162 |
| 37 | Hematologs | P17 | P17 | P17 |
| 169 | Onkoloģijas māsa | n59 | n59 Onkoloģiskās aprūpes māsa | n59 Onkoloģiskās aprūpes māsa |

Vienlaikus jāatzīmē, ka onkoloģisko pacientu diagnostikā un ārstēšanā iesaistītas arī citu specialitāšu ārstniecības personas, piemēram, ģimenes ārsti, radiologi diagnosti, radiologa asistenti, radiologi terapeiti, ķirurgi, urologi, dermatologi, endoskopisti, patologi, paliatīvās aprūpes speciālisti, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti u.c. 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.

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 papildus negatīvs faktors visā tālākajā 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 atklāšana, specializēta ārstēšana un atbilstoša rehabilitācija), nav iespējams pilnvērtīgi nodrošināt veselības rādītāju uzlabošanos. Onkoloģisko slimību gadījumā būtiska nozīme ir agrīnai diagnostikai un savlaicīgi uzsāktai ārstēšanai, tādēļ *„zaļais koridors”* (iespēja saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus ātrākos termiņos) attiecināms uz onkoloģisko slimību diagnostiku un ārstēšanu kopumā.

Lai veicinātu agrīnu onkoloģisko slimību diagnostisku un ārstēšanās uzsākšanu, 2016.gada 27.septembrī ir pieņemti Ministru kabineta noteikumi Nr.642 „Grozījumi Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība””, kas stājās spēkā ar 2016.gada 1.oktobri, un papildina noteikumus ar 34.pielikumu „Ļaundabīgo audzēju primārā diagnostika noteiktām lokalizācijām” un nosacījumiem prioritārai speciālistu konsultāciju saņemšanai aizdomu par onkoloģisku slimību gadījumā. Veicot pierakstu, ārstniecības iestādēs tiek nodrošināts, ka pacients saņem nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu iespējami ātrākā laika periodā. Līdz ar to ir uzsākta *„ceļa karšu”* jeb onkoloģiskā pacienta izmeklēšanas un ārstēšanas organizatoriskā procesa izveide ar mērķi nodrošināt savlaicīgu un efektīvu onkoloģisko pacientu ārstēšanu.

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. Līdz ar to nepieciešams modernizēt un standartizēt patoloģisko diagnostiku onkoloģijā, atbilstoši mūsdienu medicīnas prasībām un iespējām, uzlabojot patoloģisko izmeklējumu kvalitāti.

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.

Ņemot vērā, ka onkoloģiskās slimības vienlaikus ir hroniskas slimības, pacientiem jāveic regulāras pārbaudes recidīva kontrolei jeb dinamiskā novērošana. 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. Ņemot vērā, ka onkoloģisko pacientu mērķtiecīga novērošana turpinās mūža garumā, lai racionāli tiktu izmantoti cilvēkresursi un veicinātu koordinētu un pēctecīgu veselības aprūpi, onkoloģisko pacientu dinamiskajā novērošanā jāiesaista ģimenes ārsti. Jāturpina uzsāktās diskusijas ar nozares profesionāļiem par onkoloģisko pacientu dinamiskās novērošanas pēc izārstēšanās organizēšanu primārās veselības aprūpes līmenī, izvērtējot arī iespējas izstrādāt rekomendācijas (algoritmus) onkoloģisko pacientu dinamiskai novērošanai primārās veselības aprūpes līmenī.

Lai palielinātu 1.un 2.vēža stadijā diagnosticēto pacientu īpatsvaru, sasniedzot vismaz līdz 60% no kopējā uzskaitē uzņemto pacientu skaita, un pacientiem nodrošinātu savlaicīgu ārstēšanu, multisdisciplināru un pēctecīgu onkoloģisko pacientu veselības aprūpi, nepieciešams uzlabot veselības profilaktisko pārbaužu efektivitāti, izvērtēt nepieciešamību ieviest agrīnas diagnostikas programmu pie atsevišķām onkoloģisko slimību diagnozēm (priekšdziedzera vēzis, plaušu vēzis), veikt pasākumus diagnostikas un ārstēšanas uzlabošanai, kā arī noteikt onkoloģisko pacientu dinamiskās novērošanas kārtību.

**Identificētās problēmas:**

* 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.
* Nav noteikta onkoloģiskā pacienta izmeklēšanas un ārstēšanas organizatoriskā kārtība jeb *„ceļa karte”*.
* Onkoloģisko pacientu dinamiskajā novērošanā nav pietiekami nodrošināta koordinēta un pēctecīga veselības aprūpe.

**1.5. Medikamentozā ārstēšana**

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. Kompensējamo zāļu sarakstā 2015.gadā tika iekļautas jaunas zāles nieru vēža ārstēšanai, paplašināta kompensācija zarnu vēža terapijai (līdz 2015.gadam noteikti medikamenti bija pieejami tikai metastatiskā kolorektālā vēža pacientiem, šobrīd šie medikamentu ir pieejami jebkuras kolorektāla vēža stadijas pacientiem), paplašināta kompensācija limfomu un limfoleikožu dažādu stadiju ārstēšanai, iekļautas jaunas zāles pacientu sagatavošanai pirms autologo šūnu transplantācijas, paplašināta kompensācija zālēm kaulu metastāžu ārstēšanai. 2015.gadā zāļu kompensācija saistībā ar ikgadējo pacientu skaita pieaugumu, jaunu zāļu iekļaušanu un kompensācijas paplašināšanu notika galvenokārt uz sarakstā jau iekļauto zāļu izmaksu samazinājuma rēķina. Valsts finansējums zāļu nodrošināšanai nepalielinās atbilstoši pacientu skaita pieaugumam. Nepietiekamais finansējuma apjoms veicina to, ka viss potenciālais ietaupījums tiek izlietots pacientu nodrošināšanai ar kompensējamo zāļu sarakstā 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.

**Identificētās problēmas:**

* Pat nepaplašinot to diagnožu sarakstu, kam paredzēta zāļu kompensācija, kā arī kompensējamo zāļu sarakstu, pastāvīgi pieaug kompensējamo zāļu lietotāju skaits (esošie pacienti turpina ārstēšanos, jauni uzsāk), bet nav proporcionāla valsts budžeta finansējuma pieauguma.
* Pastāvīgi nepietiekamā finansējuma dēļ nav iespējams papildināt kompensējamo zāļu sarakstu ar inovatīviem medikamentiem.
* Daļai onkoloģisko pacientu kompensējamo zāļu sarakstā iekļautās zāles nesniedz vēlamo rezultātu, līdz ar to uzskatāms, ka to apmaksāšanai iztērētie līdzekļi izlietoti neefektīvi.
* Šobrīd tikai vienai diagnozei (krūts vēzis) valsts apmaksā biomarķieru noteikšanu, nodrošinot efektīvākās terapijas noteikšanu.
* Parenterāli lietojamās ķīmijterapijas zāles pašreiz ir iekļautas kompensējamo zāļu sarakstā, nodrošinot zāļu izvērtēšanu, taču šo zāļu iegāde, transportēšana un ievadīšana nerada pārliecību par zāļu efektivitātes saglabāšanu, kā arī saistīta ar zāļu, finanšu līdzekļu un cilvēkresursu neefektīvu izlietojumu.

**1.6. Medicīniskā rehabilitācija un paliatīvā aprūpe**

Medicīniskā rehabilitācija onkoloģijā un paliatīvā aprūpe uzskatāma par daļu no kopējā ārstēšanas un aprūpes procesa, tādēļ jānodrošina šo pakalpojumu pieejamība onkoloģiskiem pacientiem. Šobrīd onkoloģiskie pacienti rehabilitācijas pakalpojumus saņem Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” noteiktajā vispārējā kārtībā, taču jāatzīmē, ka šobrīd atbilstoši šo noteikumu 11.punktā noteiktajam, medicīnisko rehabilitāciju no valsts budžeta līdzekļiem apmaksā **pie sekojošiem nosacījumiem:**

* ar ģimenes ārsta vai cita speciālista nosūtījumu, saņemot fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai logopēda, kā arī funkcionālā speciālista konsultāciju;
* ar ģimenes ārsta vai cita speciālista nosūtījumu, saņemot logopēda vai funkcionālā speciālista sniegtus rehabilitācijas pakalpojumus, – līdz pieciem apmeklējumiem;
* ar fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta nosūtījumu vai psihiatriskās palīdzības gadījumā ar psihiatra vai bērnu psihiatra nosūtījumu, ja medicīnisko rehabilitāciju saskaņā ar MK noteikumu Nr.1529 [VII nodaļu](http://likumi.lv/doc.php?id=263457#n7) sniedz bērniem, personām ar prognozējamu (draudošu) invaliditāti un ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā atbilstoši MK noteikumiem Nr.1529, kā arī personām ar funkcionāliem ierobežojumiem, kuriem medicīniskā rehabilitācija ir kā tiešs turpinājums pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumu saņemšanas;
* Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībniekus un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušās personas saskaņā ar Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likumu;
* personām, kurām nepieciešama ilgstoša plaušu mākslīgā ventilācija.

Līdz ar to medicīniskās rehabilitācijas saņemšanas iespējas ir ierobežotas. Pēc Nacionālā veselības dienesta datiem stacionāros rehabilitācijas pakalpojumus VSIA „Nacionālais rehabilitācijas centrā “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.

Kā norādījuši jomas speciālisti medicīniskā rehabilitācija, atbilstoši pacienta veselības stāvoklim un indikācijām uzsākama jau pēc diagnozes uzstādīšanas. Onkoloģiskiem pacientiem medicīniskā rehabilitācija kopumā tiek sniegta pēc vispārīgiem principiem, rehabilitācijas plānam pamatojoties uz onkoloģiskās ārstēšanas plānu. Kā specifiska iezīme onkoloģisku pacientu rehabilitācijā jāatzīmē, ka bieži pacienti atsakās no medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem un psiholoģiski nav motivēti medicīniskās rehabilitācijas pasākumiem.

Onkoloģisko pacientu rehabilitācijas medicīnas pakalpojumu organizācija, līdzīgi kā citām pacientu grupām, tiek iedalīta akūtā, subakūtā un ilgtermiņa rehabilitācijā. Onkoloģisko pacientu rehabilitācijā īpaši svarīga ir multidisciplināras pieejas nodrošināšana, tai skaitā veicinot psihosociālo rehabilitāciju un sabiedrības aktivitātes, piemēram, sadarbību ar pacientu organizācijām.

Paliatīvā aprūpe ir aktīva, visaptveroša to pacientu aprūpe, kuru izārstēšana vairs nav iespējama, un kurā prioritāra ir sāpju un citu simptomu, sociālo, psiholoģisko un garīgo problēmu  kontrole, ņemot vērā, ka paliatīvā aprūpe savā pieejā ir  starpdisciplināra un aptver pacientu, ģimeni un apkārtējo sabiedrību un nodrošina pacientam nepieciešamās vajadzības neatkarīgi no vietas, kur viņš atrodas - gan mājās, gan slimnīcā,  ar nolūku saglabāt labāko iespējamo dzīves  kvalitāti, līdz iestājas nāve[[18]](#footnote-18).

Pašreizējā situācija paliatīvajā aprūpē tikai daļēji atbilst augstāk minētajai definīcijai. Atbilstoši Noteikumiem Nr.1529 paliatīvās aprūpes pakalpojumi pacientiem tiek nodrošināti stacionārā, ambulatori (tai skaitā paliatīvās aprūpes kabinetos), ģimenes ārsta uzraudzībā, veselības aprūpes mājās ietvaros, kā arī vairākās ārstniecības iestādēs tiek piedāvātas īslaicīgās sociālās aprūpes gultas. Pilna sastāva bērnu paliatīvās aprūpes multidisciplinārā komanda (ārsts, māsa, psihologs, psihoterapeits, sociālais darbinieks un kapelāns) darbojas tikai VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, kur tā sniedz stacionāru, kā arī ambulatori konsultatīvu palīdzību ģimenēm un nodrošina bērnu paliatīvās aprūpes pakalpojumus mājās Rīgā un Rīgas plānošanas reģionā dzīvojošām ģimenēm[[19]](#footnote-19). Paliatīvās aprūpes pacientiem[[20]](#footnote-20) no valsts budžeta līdzekļiem tiek apmaksāti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi mājas aprūpes ietvaros bērniem, kuri atrodas VISA ”Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē; VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca””nodrošina iespēju paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē esošajam pacientam vai viņa tuviniekiem 24 stundas diennaktī saņemt telefonisku konsultāciju par paliatīvo aprūpi.

Onkoloģiskās modrības gada ietvaros diskusijās ar nozares speciālistiem par situāciju paliatīvajā aprūpē, tika secināts, ka paliatīvās aprūpes pakalpojumu jomā nepieciešami vairāki kompleksi uzlabojumi, jo pacientu, kam nepieciešama paliatīva/sociāla aprūpe, ir daudz un to skaits pieaug; nepietiekami aprūpētiem pacientiem nereti nepieciešama akūta palīdzība, nonākot stacionāros ar neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta starpniecību, jo viņiem nav sniegta adekvāta pretsāpju terapija primārās aprūpes līmenī. Šo pacientu uzturēšanās stacionārā parasti ir ilgāka, sarežģītāka un dārgāka.

Lai gan kopumā paliatīvās aprūpes pakalpojumi tiek nodrošināti, paliatīvās aprūpes pakalpojumu jomu nepieciešams attīstīt un pilnveidot, uzlabojot pakalpojuma pieejamību un aprūpes nepārtrauktību. Paliatīvās aprūpes pacientu aprūpē nepieciešama ne tikai multidisciplināra, bet arī starpnozaru sadarbība, jo īpaši sociālajā jomā. Paliatīvās aprūpes pacientu aprūpē nepieciešams uzlabot ārstniecība personu un sociālās jomas speciālistu sadarbību, izvērtēt hospisa aprūpes iespējas. Profesionālās kvalifikācijas tālākizglītības ietvaros jāietver ārstniecības personu apmācība par paliatīvo aprūpi un adekvātu atsāpināšanas terapiju.

**Identificētās problēmas:**

* Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas iespējas ir ierobežotas.
* Situācija paliatīvajā aprūpē tikai daļēji atbilst paliatīvās aprūpes pakalpojuma definīcijai.
* Paliatīvās aprūpes pakalpojumu jomā nepieciešami vairāki kompleksi uzlabojumi, jo pacientu, kam nepieciešama paliatīva/sociāla aprūpe, ir daudz un to skaits pieaug.
* Nepietiekami aprūpētiem pacientiem nereti nepieciešama akūta palīdzība, nonākot stacionāros ar neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta starpniecību, jo viņiem nav sniegta adekvāta pretsāpju terapija primārās aprūpes līmenī.

# 

# 2. Plāna mērķis un rīcības virzieni

Plāns ir izstrādāts ar mērķi **uzlabot situāciju primārajā diagnostikā un ārstēšanā** biežākajās ļaundabīgo audzēju lokalizācijās, pilnveidot esošo skrīningu aptveri un kvalitāti, paplašināt paliatīvās aprūpes pieejamību.

Plānā veicamie pasākumi ir virzīti uz to, lai mazinātu onkoloģisko slimību riska faktoru izplatību sabiedrībā, paaugstinātu vēža skrīninga aptveri, sasniedzot mērķa grupu atsaucību dalībai vēža skrīningā (zarnu vēža skrīnings - 45% no mērķgrupas pacientiem; krūts vēža un dzemdes kakla vēža skrīnings - 70-75% atsaucība no uzaicināto sieviešu skaita), uzlabotu onkoloģisko saslimšanu agrīnu diagnostiku, palielinot 1.un 2.vēža stadijā diagnosticēto pacientu īpatsvaru vismaz līdz 60% no kopējā uzskaitē uzņemto pacientu skaita, un nodrošināt savlaicīgu ārstēšanu biežākajās ļaundabīgo audzēju lokalizācijās. Veicinātu multidisciplināru pieeju onkoloģisko slimību pacientu ārstēšanā un aprūpē, tai skaitā uzlabojot onkoloģisko pacientu medicīniskās rehabilitācijas un paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamību.

Lai uzlabotu situāciju onkoloģijas jomā, nepieciešams veikt kompleksus pasākumus riska faktoru izplatības mazināšanai, organizētā vēža skrīninga aptveres palielināšanai, diagnostikas, ārstēšanas, un dinamiskās novērošanas pakalpojumu un zāļu pieejamības uzlabošanai, kā arī paliatīvās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai. Nepieciešamais finansējums minēto pasākumu īstenošanai: 2017.g. – 9 896 590 eiro; 2018.g. – 42 258 979 eiro; 2019.g. – 33 762 369 eiro; 2020.g. – 35 814 712 eiro; kā arī turpmākajos gados - 36 144 780 eiro gadā.

Plāna mērķis sasniedzams realizējot piecus rīcības virzienus:

1. Riska faktoru izplatības mazināšana
2. Organizētā vēža skrīninga koordinācija un uzraudzība
3. Agrīna diagnostika, ārstēšana un dinamiskā novērošana
4. Medikamentozā ārstēšana
5. Medicīniskā rehabilitācija un paliatīvā aprūpe

Lai sekotu līdzi un nodrošinātu plāna izpildi, pēc dokumenta apstiprināšanas plāns regulāri (vismaz reizi gadā) tiks pārskatīts un aktualizēts atbilstoši aktuālajai situācijai.

# 3. Plāna sasaiste ar citiem attīstības plānošanas dokumentiem

Plāns sagatavots pamatojoties uz šādiem dokumentiem:

* ES stratēģija „Eiropa 2020”[[21]](#footnote-21);
* PVO stratēģija “Veselība 2020”[[22]](#footnote-22);
* PVO Globālais rīcības plāns 2013.-2020.gadam neinfekciju slimību profilaksei un kontrolei[[23]](#footnote-23);
* 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[[24]](#footnote-24)
* *Eiropas Padomes rezolūcija par veselības determinantiem[[25]](#footnote-25)*, kurā tiek uzsvērta nepieciešamība pēc slimību profilakses un veselības veicināšanas aktivitātēm. Dalībvalstis tiek aicinātas veicināt tādu politiku ieviešanu, kuras nodrošina augsta līmeņa veselības aizsardzību. (OV C 218,31.07.2000.)
* Eiropas Komisijas ziņojums „Komisijas 2009.gada 24.jūnija Paziņojuma par vēža apkarošanu: Eiropas partnerība [COM (2009) 291 final] un Padomes 2003.gada 2.decembra Ieteikuma par vēža skrīningu (2003/878/EC) otrā īstenošanas ziņojuma īstenošanu”[[26]](#footnote-26), kurā atzīts, ka vēzis ir būtiska sabiedrības veselības problēma visās dalībvalstīs un ES veselības aizsardzības politikas galvenā prioritāte. Eiropas Komisija joprojām uztur spēkā mērķi samazināt vēža radīto nastu ES, un tā uzstāj, ka mērķis līdz 2020. gadam samazināt saslimstību ar vēzi par 15 % (510 000 jaunatklāti saslimšanas gadījumi) ir īstenojams.
* Eiropas Padomes ieteikums (2003.gada 2.decembris) par vēža skrīningu 2003/878/EC.

* Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2014.-2020. gadam[[27]](#footnote-27), īpaši prioritāte „Cilvēka drošumspēja”, rīcības virziens „Vesels un darbspējīgs cilvēks”;
* Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģija „Latvija 2030”[[28]](#footnote-28), īpaši 2.sadaļā „Ilgtermiņa ieguldījumi cilvēkkapitālā” noteiktais ilgtermiņa rīcības virziens – veselības un sociālo pakalpojumu kvalitāte un pieejamība;
* Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam, mērķis - pagarināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža ilgumu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību. Apakšmērķi – samazināt priekšlaicīgu mirstību no neinfekciju slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību; 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.

Citi politikas plānošanas dokumenti, ar kuriem ir saistīts Plāns:

* *Sociālo pakalpojumu attīstības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam[[29]](#footnote-29)* (mērķis ir nodrošināt indivīda vajadzībām atbilstošu, sabiedrībā balstītu sociālo pakalpojumu sniegšanu, lai maksimāli sekmētu viņa pašaprūpes iespējas un neatkarīgas dzīves iespējas; nodrošināt indivīda, kuram ir ierobežotas pašaprūpes iespējas un/ vai nepieciešams neatliekams psihosociāls atbalsts krīzes situācijā, ģimenes locekļu iespēju integrēties darba tirgū, savienojot ģimenes un darba dzīvi; nodrošināt cienīgus dzīves apstākļus un augstas kvalitātes pakalpojumus aprūpes institūcijās tām personām, kuras smagu funkcionālo traucējumu un veselības stāvokļa dēļ nevar nodrošināt pašaprūpes iespējas un kuru aprūpe prasa nepārtrauktu speciālistu uzraudzību.

Sabiedrības pārstāvju iesaistīšana Plāna projekta izstrādē

Plāna projekta izstrādes procesā notika vairākas sanāksmes, kurās ārstniecības personu profesionālās asociācijas un pacientu organizācijas tika aicinātas sniegt priekšlikumus Plāna projektam. Plāna izstrādē piedalījās un priekšlikumus sniedza Latvijas Onkologu asociācija, Latvijas Onkologu ķīmijterapeitu asociācija, Latvijas Radiologu asociācija, Latvijas Ķirurgu asociācija, Latvijas Ārstu biedrība, Latvijas Ģimenes ārstu asociācija, Onkoloģisko pacientu atbalsta biedrība „Dzīvības koks”, Onkoloģisko pacientu organizāciju alianse, Latvijas sieviešu volontieru biedrība Vita.

1. SPKC dati; [↑](#footnote-ref-1)
2. Apstiprināta ar 2009.gada 29.janvārī ar MK rīkojumu Nr.48 [↑](#footnote-ref-2)
3. VM Informatīvais ziņojums par programmas „Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.-2015.gadam” īstenošanas gaitu 2009.-2012.gadā; VM informatīvais ziņojums  [„Par Onkoloģisko slimību kontroles programmas 2009.-2015.gadam izpildi](http://polsis.mk.gov.lv/api/file/file5849809651625246153.docx)”; pieejami: http://polsis.mk.gov.lv/view.do?id=2932 [↑](#footnote-ref-3)
4. http://www.vmnvd.gov.lv/lv/esf-projekts [↑](#footnote-ref-4)
5. Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuriem diagnosticēta onkoloģiska slimība, SPKC dati; [↑](#footnote-ref-5)
6. pacientu ar ļaundabīgo audzēju izdzīvotība 5 gadus un ilgāk pēc ļaundabīgā audzēja diagnosticēšanas. [↑](#footnote-ref-6)
7. C61 prostatas (priekšdziedzera) vēzis; C34 bronhu, plaušu vēzis; C18-C21 zarnu vēzis; C44 citi ļaundabīgi ādas audzēji; C16 kuņģa vēzis; C67 urīnpūšļa vēzis; C64 nieru vēzis; C25 aizkuņģa dziedzera vēzis; C76-C80-neprecīzi apzīmēti, sekundāri un nelokalizēti vēži; C00- C10 lūpu, mutes dobuma, rīkles mutes daļas vēzis; C15 barības vada vēzis; C32 balsenes vēzis; C91 limfoleikoze; [↑](#footnote-ref-7)
8. Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuriem diagnosticēta onkoloģiska slimība, SPKC dati.; [↑](#footnote-ref-8)
9. C50 krūts vēzis; C44 citi ļaundabīgi ādas audzēji; C18-C21 zarnu vēzis; C54, C55 dzemdes ķermeņa vēzis; C56 olnīcu vēzis; C16 kuņģa vēzis; C53 dzemdes kakla vēzis; C34 bronhu, plaušu vēzis; C64 nieru vēzis; C73 vairogdziedzera vēzis; C25 aizkuņģa dziedzera vēzis; C76-C80-neprecīzi apzīmēti, sekundāri un nelokalizēti vēži; [↑](#footnote-ref-9)
10. Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuriem diagnosticēta onkoloģiska slimība, SPKC dati; [↑](#footnote-ref-10)
11. Latvijas Universitātes veiktais pētījums „Izvērtējuma veikšana Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014. – 2020.gadam izstrādei” <http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/sab_ves_pamatnost_izvertejums_31_01_14.pdf> [↑](#footnote-ref-11)
12. <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2009/sunbeds_uvradiation.php> [↑](#footnote-ref-12)
13. Tanning bed usage patterns among adolescents in Latvia R.Karls et al. , RSU [↑](#footnote-ref-13)
14. http://www.vlk.lt/sites/en/healthcare-in-lithuania/preventive-programmes; [↑](#footnote-ref-14)
15. <https://www.haigekassa.ee/et>;

    http://cancer.ee/ [↑](#footnote-ref-15)
16. Datu avots: Nacionālais veselības dienests [↑](#footnote-ref-16)
17. Ziņojums par vēža skrīninga pētījumiem ESF projekta ietvaros „Ieteikumi vēža skrīninga pasākumu aptveres un rezultativitātes uzlabošanai”, 2012.gads; Ziņojums par kolorektālā vēža skrīninga pilotpētījuma rezultātiem; Ziņojums par kolorektālā vēža skrīninga izmaksu efektivitātes analīzi, 2012.gads. [↑](#footnote-ref-17)
18. Noteikumu Nr.1529 3.pielikuma „Stacionāro pakalpojumu apmaksas nosacījumi” 2.punkts [↑](#footnote-ref-18)
19. ESF finansēta projekta “Bērnu paliatīvās aprūpes mobilās brigādes pakalpojums – aprūpe mājās” ietvaros [↑](#footnote-ref-19)
20. pacienti, kuriem pamata diagnozes saskaņā ar SSK-10 kodiem B20-B24; C00-C97; D37-D48; G05; G12; G13; G35; G54.6; G55.0; G60.0; G61.0; G63.1; G70; G95.1; G95.2; G99.2; I50; I69; K22.2; L89; T91.3; blakus diagnozes kods visos gadījumos – Z51.5 [↑](#footnote-ref-20)
21. <http://ec.europa.eu/europe2020/index_lv.htm> [↑](#footnote-ref-21)
22. WHO „Health 2020” [↑](#footnote-ref-22)
23. WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020 [↑](#footnote-ref-23)
24. http://www.pkc.gov.lv/nap2020/ilgtsp%C4%93j%C4%ABgas-att%C4%ABst%C4%ABbas-m%C4%93r%C4%B7i; [↑](#footnote-ref-24)
25. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2000:218:0008:0009:EN:PDF [↑](#footnote-ref-25)
26. http://ec.europa.eu/health//sites/health/files/major\_chronic\_diseases/docs/2nd\_implreport\_cancerscreening\_co\_eppac\_lv.pdf [↑](#footnote-ref-26)
27. Apstiprināts ar 2012.gada 20.decembra Latvijas Republikas Saeimas lēmumu [↑](#footnote-ref-27)
28. Apstiprināta 2010.gada 10.jūnija Saeimas sēdē (Latvijas Vēstnesis nr.101, 29.06.2010.). [↑](#footnote-ref-28)
29. Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2013.gada 4.decembra rīkojumu Nr.589 [↑](#footnote-ref-29)