

Eiropas Savienības fondu darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.3.specifiskā atbalsta mērķa "Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda 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 īstenotā projekta "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros" **2.nodevums – sistēma un rekomendācijas turpmāko veselības veicināšanas aktivitāšu un programmu organizēšanai, finansēšanai un monitoringam valsts līmenī**.

Atmaksājamie analītiskie pakalpojumi –
atbalsts veselības sistēmas stratēģijas izstrādei prioritārajās slimību jomās Latvijā

Veselības veicināšanas pārskats

1. Konteksts

Latvija ir maza Ziemeļeiropas un Centrāleiropas valsts, kas atrodas pie Baltijas jūras un robežojas ar Igauniju, Lietuvu, Baltkrieviju un Krieviju. Tās kopējais iedzīvotāju skaits ir 2,05 miljoni (2013. g.). Aptuveni viena trešdaļa iedzīvotāju dzīvo galvaspilsētā Rīgā, aptuveni 400 000 – pārējās astoņās pilsētās un atlikušie iedzīvotāji – 110 pašvaldībās. Valsts ir sadalīta sešos reģionos: Rīga, kur iedzīvotāju skaits sasniedz gandrīz vienu miljonu, un pieci citi reģioni. Divas trešdaļas iedzīvotāju dzīvo pilsētu teritorijās, un viena ceturtdaļa iedzīvotāju ir vismaz 60 gadus veci. Latvija kopā ar pārējām divām Baltijas valstīm – Igauniju un Lietuvu – iestājās Eiropas Savienībā (ES) 2004. gadā. Tās valūta ir eiro (kopš 2014. gada). Latvija ir arī NATO dalībvalsts. Atbilstoši Pasaules Bankas klasifikācijai Latvija ir augstu ienākumu valsts ar nacionālo kopienākumu uz vienu iedzīvotāju 22 970 USD apmērā (pielāgots pirktspējai).

Latvijas Nacionālajā attīstības plānā 2014. - 2020. gadam (NAP2020) "ekonomiskais izrāviens" ir definēts kā galīgais mērķis, kas nozīmē visu Latvijas iedzīvotāju labklājību un valsts ilgtspējas veicināšanu. Tajā ir noteiktas trīs prioritātes, kas kalpo kā ilgtspējīgas attīstības pamatprincipi: "Tautas saimniecības izaugsme", "Cilvēka drošumspēja" un "Izaugsmi atbalstošas teritorijas". Prioritātes "Cilvēka drošumspēja" rīcības virziens "Vesels un darbspējīgs cilvēks" paredz pasākumus veselīga un aktīva dzīvesveida paradumu nostiprināšanai un veselības aprūpes sistēmas attīstībai.

Kopš neatkarības atgūšanas 1991. gadā vidējais paredzamais mūža ilgums Latvijā ir pieaudzis, taču jaundzimušo paredzamā vidējā mūža ilguma un perinatālās un mātes mirstības rādītāji joprojām ir zemāki nekā kaimiņvalstīs un citās ES dalībvalstīs. Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2011. - 2017. gadam un jaunākajās Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2014. - 2020. gadam ir noteiktas četras galvenās slimību jomas kā veselības aprūpes nozares svarīgākās prioritātes: sirds un asinsvadu slimības (SAS), vēzis, mātes un perinatālā veselība un garīgā veselība.

Pavisam nesen Veselības ministrija iepazīstināja ar plānu, kura īstenošanas rezultātā Latvijas iedzīvotāji līdz 2065. gadam kļūs par vienu no visveselīgākajām tautām pasaulē, koncentrējoties uz četriem veselības reformas pīlāriem: veselīgs uzturs atkarību ārstēšana, profilaktiskā veselības aprūpe un fiziskas aktivitātes. Veselības veicināšanas aktivitātēm un programmām būs izšķiroša loma šīs reformas mērķu sasniegšanā.

2. Šī pārskata mērķi un uzbūve

Saskaņā ar atmaksājamo analītisko pakalpojumu (Aap) līgumu Pasaules Banka sniedz plašu analītisko pakalpojumu klāstu, lai palīdzētu Latvijas Republikas Nacionālajam veselības dienestam (NVD) samazināt četru prioritāro slimību jomu slogu.

Konkrētāk, Pasaules Bankas mērķis ir sniegt atbalstu Nacionālajam veselības dienestam (NVD), lai: (i) identificētu un izteiktu skaitliskā izteiksmē svarīgākās veselības sistēmas vājās vietas, (ii) noteiktu konstatēto vājo vietu pamatproblēmas un cēloņus un (iii) apzinātu risinājumus un izstrādātu instrumentus to īstenošanas sekmēšanai.

Aap ietvaros NVD sadarbībā ar LR Veselības ministriju (VM) un Latvijas Slimību profilakses un kontroles centru (SPKC) ir lūguši Pasaules Bankas darba grupu izskatīt valsts veselības veicināšanas programmu attiecībā uz četrām galvenajām slimību jomām.

Latvijas valdība ir īpaši ieinteresēta saņemt vispārēju novērtējumu par

(i) Latvijas veselības veicināšanas programmas organizatorisko struktūru,
(ii) plānotajām veselības veicināšanas un slimību profilakses aktivitātēm un
(iii) veselības veicināšanas izvērtēšanas sistēmu.

Attiecībā uz plānotajām veselības veicināšanas aktivitātēm veselīga uztura, fizisko aktivitāšu, garīgās veselības, seksuālās un reproduktīvās veselības, krūts zīdīšanas veicināšanas, traumu profilakses, infekcijas slimību profilakses un atkarību izraisošu vielu/aktivitāšu samazināšanas jomās Latvijas valdība vēlas pārliecināties, vai šīs aktivitātes ir atbilstošākie pasākumi slimību sloga samazināšanai prioritārajās slimību jomās atbilstoši starptautiskajai paraugpraksei.

Turklāt tā arī vēlas noskaidrot, vai piedāvātā pašvaldību izvērtēšanas sistēma ir atbilstoša, ņemot vērā citu valstu pieredzi un skaitliski mazās iedzīvotāju izlases 119 Latvijas pašvaldībās. Valdība īpaši vēlas saņemt konkrētus piemērus, paraugprakses piemērus un materiālus/instrumentus, kas satur praktiskus ieteikumus un norādījumus.

Pārskats tiks balstīts uz SPKC nodrošinātajiem dokumentiem:

(i) Latvijas veselības veicināšanas politika,
(ii) 2014. - 2020. gadā ieplānotās aktivitātes (Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014. - 2020. gadam ietvaros),
(iii) veselības novērtēšanas kritēriji vietējā līmenī un
Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011. - 2017. gadam.

Pārskata uzbūve ir šāda: 3. nodaļā ir raksturota analītiskā sistēma, kas tiks izmantota, lai novērtētu Latvijas Veselības veicināšanas programmu; 4. nodaļā ir sniegts pieejamo datu un informācijas pārskats par slimību slogu Latvijā; 5. nodaļā ir aplūkoti starptautiskās paraugprakses piemēri šāda slimību sloga novēršanai; 6. nodaļā ir novērtēti atšķirīgi Latvijas Veselības veicināšanas programmas komponenti; 7. nodaļā ir sniegts konstatējumu kopsavilkums un 8. nodaļā ir uzskaitītas rekomendācijas uzlabojumu veikšanai.

3. Analītiskā sistēma

Lai izvērtētu Latvijas Veselības veicināšanas programmas struktūru, tiks pētīti šādi programmas pamatelementi:

- ***Mērķi*** – Vai veselības veicināšanas politikas mērķi ir saskaņoti ar epidemioloģiskajiem datiem par slimību slogu valstī?

- ***Institucionālā sistēma*** – Vai pastāv skaidri organizēta veselības veicināšanas institucionālā sistēma?

- ***Mērķa grupas*** – Vai veselības veicināšanas programma ir paredzēta atbilstošām iedzīvotāju mērķa grupām, tai skaitā sociāli atstumtajām grupām?

- ***Veselības veicināšanas aktivitātes*** – Vai pastāv visaptveroša, starptautiskajai paraugpraksei atbilstoša veselības veicināšanas pieeja?

- ***Riska faktori*** – Vai veselības veicināšanas aktivitātes ir paredzētas atbilstošiem riska faktoriem, kas atspoguļo slimību slogu valstī?

- ***Izvērtēšanas sistēma*** – Vai pastāv skaidra izvērtēšanas sistēma un vai ir atlasīti atbilstoši indikatori gan pašvaldību, gan valsts līmenī? Vai tiek izmantotas dažāda veida monitoringa un izvērtēšanas pieejas (tai skaitā ietekmes izvērtējums)?

Lai varētu pareizi novērtēt Latvijas Veselības veicināšanas programmas mērķus un plānotās aktivitātes, vispirms rūpīgi jāizanalizē pieejamie dati un informācija par (i) slimību slogu (un atbilstošo riska faktoru līmeņiem) un (ii) veselības veicināšanas starptautiskā paraugprakse. Šīs analīzes konstatējumi ir izklāstīti turpmākajās divās nodaļās.

4. Kādi ir galvenie slimību sloga izraisītājfaktori Latvijā, kas ir būtiski veselības veicināšanas programmai?

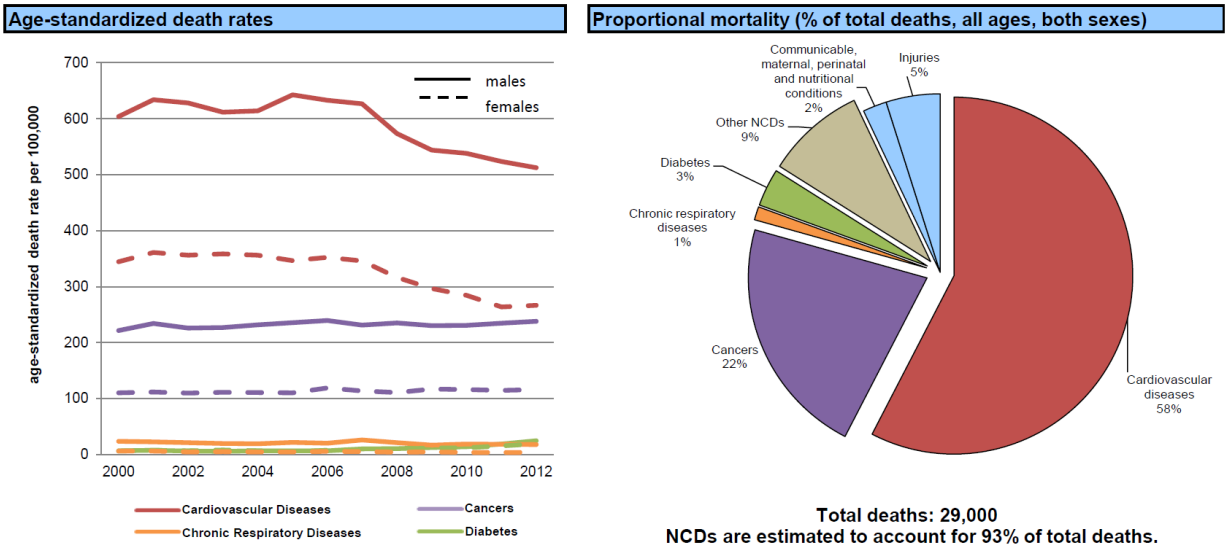
Sabiedrības veselības stratēģijā 2011. - 2017. gadam SAS, onkoloģiskas slimības, garīgā veselība un mātes un bērna veselība ir identificētas kā veselības veicināšanas četras prioritārās jomas. Šajā nodaļā ir izanalizēti visi pieejamie dati par šīm četrām slimību jomām, tai skaitā atbilstošo riska faktoru līmeņi, un salīdzināta situācija Latvijā un citās ES dalībvalstīs.

(i) Sirds un asinsvadu slimības un onkoloģiskās slimības

Sirds išēmiskā slimība ir galvenais mirstības cēlonis, kas sastāda vienu trešdaļu (33%) no visiem nāves gadījumiem (2012. g.), kam seko insults (15%), hipertensīvā sirds slimība (4,2%), diabēts (3,4%), plaušu vēzis (3,4%) un kolorektālais vēzis (2,5%) (PVO NIS valstu profili). Sievietēm krūts vēzis ir izplatītākais vēža paveids. Lai gan SAS izraisīta mirstība (standartizēts pēc vecuma grupas) pēdējo desmit gadu laikā ir samazinājusies, tās rādītāji joprojām ir augsti – 505 vīrieši no 100 000 un 280 sievietes no 100 000 iedzīvotājiem 2012. gadā. Pēc vecuma grupas standartizētā mirstība no vēža ir bijusi samērā stabila kopš 2000. gada sākuma.

SAS un diabēts ir vissvarīgākais kopējā slimību sloga cēlonis, kas tiek aprēķināts invaliditātes koriģētajos mūža gados (DALY), kam seko onkoloģiskās slimības, neiropsihiatriski traucējumi, citas neinfekcijas slimības un netīšas traumas. 2012. gadā jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums bija 69 gadi vīriešiem un 79 gadi sievietēm. Iespējamība, ka nāve iestāsies pirms 70 gadu vecuma sasniegšanas, faktiski – novēršamā mirstība, ir 61% vīriešiem un 31% sievietēm. Vienu ceturtdaļu no visiem nāves gadījumiem vecuma grupā no 30 līdz 70 gadiem izraisa kāda no četrām galvenajām neinfekcijas slimību grupām (SAS, onkoloģiskās slimības, hroniskas elpceļu slimības un diabēts).

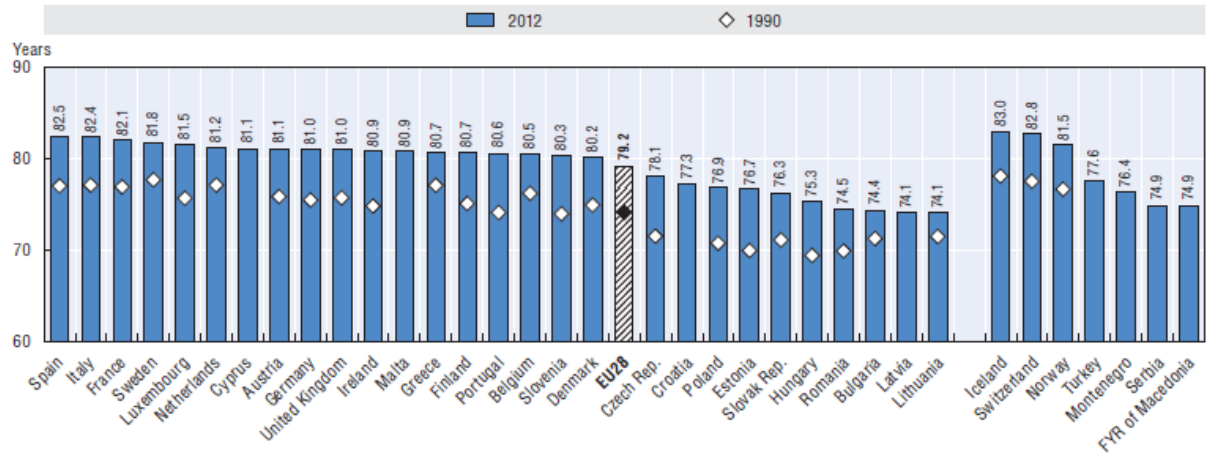
1. attēls. Pēc vecuma grupas standartizēti mirstības rādītāji, Latvija, 2012. gads.



Datu avots: PVO NIS valstu profili

Starp 35 Eiropas valstīm (28 ES dalībvalstīm un 7 citām valstīm) jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums 2012. gadā Latvijā, kā arī Lietuvā bija visīsākais (vīriešiem un sievietēm kopā). Latvijas sieviešu mūža ilgums ir ceturtais īsākais Eiropas sieviešu vidū.

1.1.1. Life expectancy at birth, 1990 and 2012



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

Tabulā zemāk ir salīdzināti svarīgākie slimību sloga izraisītājfaktori Latvijā un piecās citās tā paša reģiona valstīs: divās Baltijas kaimiņvalstīs – Igaunijā un Lietuvā un trīs Ziemeļvalstīs – Somijā, Zviedrijā un Dānijā.

Tabula: Atsevišķu mirstības rādītāju salīdzinājums Latvijā un piecās citās tā paša reģiona valstīs.

Veselības rādītājs	**Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums (gados), 2013. g.**		**SAS izraisīta mirstība (uz 100 000 iedzīvotājiem), 2012. g.**		**Vēža izraisīta mirstība (uz 100 000 iedzīvotājiem), 2012. g.**		**Priekšlaicīgas nāves iespējamība (%), 2012. g.**	
	vīrieši	Sievietes	vīrieši	sievietes	vīrieši	sievietes	vīrieši	sievietes
Dānija	78	82	140	85	180	140	35	24
Igaunija	71	81	395	200	210	100	53	24
Somija	78	84	200	100	130	85	34	18
Latvija	69	79	505	280	270	105	61	31
Lietuva	68	80	450	240	220	100	60	29
Zviedrija	80	84	170	105	130	100	26	18

Datu avots: PVO valstu profili

Starp sešām Ziemeļu-Baltijas reģiona valstīm Latvijā ir otrs īsākais jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums vīriešiem un zemākais – sievietēm. Visās Baltijas valstīs vīriešu mūža ilgums ir aptuveni par 10 gadiem īsāks nekā Ziemeļu kaimiņvalstīs. Sieviešu vidū atšķirība ir mazāka – no trim līdz pieciem gadiem. Baltijas valstīs dzimumu atšķirības attiecībā uz mūža ilgumu ir 10-12 gadi salīdzinājumā ar 4-6 gadiem Ziemeļvalstīs. Pēc vecuma grupas pielāgotā SAS izraisītā mirstība Latvijā ir augstākā starp šīm sešām valstīm, divas līdz trīs reizes pārsniedzot šo rādītāju Ziemeļvalstīs. Vēža izraisīta mirstība ir augstākā starp vīriešiem un otra

augstākā starp sievietēm. Gandrīz divas trešdaļas (61%) Latvijas vīriešu un gandrīz viena trešdaļa (31%) Latvijas sieviešu nesasniedz 70 gadu vecumu.

SAS, vēzim un citām neinfekcijas slimībām ir vairāki kopēji riska faktori, proti, tabakas smēķēšana, neveselīgs uzturs, nepietiekamas fiziskas aktivitātes un kaitīgs alkohola patēriņš, kā arī to fiziskās un bioloģiskās sekas, tādas kā aptaukošanās, augsts asinsspiediens un augsts holesterīna un glikozes līmenis serumā, kas gala rezultātā izraisa klīnisku slimību.

Arī riska faktoru līmeņi Latvijā ir augsti. Tabulā ir parādīti četru riska faktoru – regulāra tabakas smēķēšana, kopējais alkohola patēriņš, paaugstināta asinsspiediena izplatība un aptaukošanās izplatība – līmenis sešās Ziemeļu-Baltijas reģiona valstīs. Smēķēšana vīriešu vidū Baltijas valstīs ir daudz izplatītāka nekā Ziemeļvalstīs. Gandrīz puse Latvijas vīriešu ir smēķētāji. Atšķirība sieviešu vidū ir mazāka, un smēķēšana Latvijas sieviešu vidū ir vienādā vai pat zemākā līmenī nekā Ziemeļvalstīs. Alkohola patēriņš vīriešiem Latvijā ir otrs augstākais pēc Lietuvas. Paaugstināts asinsspiediens Baltijas valstīs ir daudz izplatītāks nekā Ziemeļvalstīs. Aptaukošanās ir daudz izplatītāka Baltijas valstīs un Somijā nekā Dānijā un Zviedrijā.

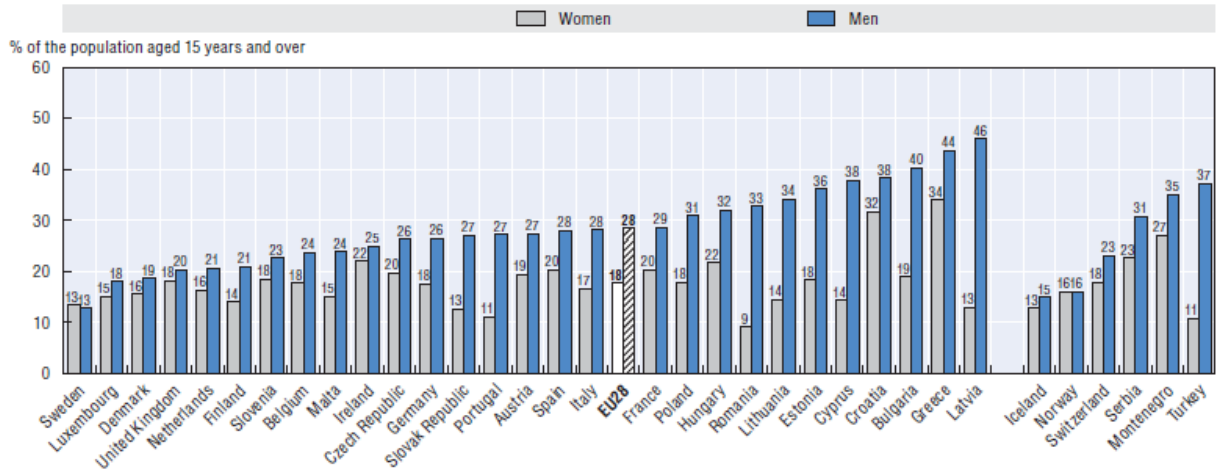
Tabula: Atsevišķu neinfekcijas slimību riska faktoru salīdzinājums Latvijā un piecās citās tā paša reģiona valstīs.

Riska faktors	**Regulāra tabakas smēķēšana (%), 2011. g.**		**Alkohola patēriņš uz iedzīvotāju (litros), 2010. g.**		**Paaugstināts asinsspiediens (%), 2008. g.**		**Aptaukošanās (%), 2008. g.**	
	vīrieši	sievietes	vīrieši	sievietes	vīrieši	sievietes	vīrieši	sievietes
Dānija	30	27	16,1	6,9	30,5	21,0	18,7	17,6
Igaunija	43	21	16,2	5,3	50,6	43,0	20,9	20,4
Somija	27	20	17,5	7,3	38,9	30,3	23,3	22,8
Latvija	46	20	19,7	6,3	46,9	41,8	22,4	27,0
Lietuva	43	25	24,4	7,9	47,5	42,9	24,8	29,9
Zviedrija	25	24	12,9	5,5	34,9	26,8	19,9	17,3

Datu avots: PVO NIS valstu profili

Attēlā zemāk ir atspoguļota smēķēšanas izplatība pieaugušo iedzīvotāju vidū 35 Eiropas valstīs. Starp vīriešiem smēķēšanas izplatība Latvijā ir visaugstākā. Starp sievietēm smēķēšanas izplatība ir zemāka nekā vidusmērā Eiropā (ESAO).

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



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

Saskaņā ar 2012. gada "Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumu" 52% vīriešu un 17,6% sieviešu smēķē ikdienā un, turklāt, 5,5% vīriešu un 3,6% sieviešu smēķē periodiski. Dažādos datu avotos smēķēšanas izplatības rādītāji nedaudz atšķiras, taču galvenā tendence ir, ka smēķēšana ir ļoti izplatīta starp Latvijas vīriešiem un atšķirība smēķēšanas izplatībā starp vīriešiem un sievietēm ir lielāka nekā vairumā citu valstu.

Smēķēšanas radītais kaitējums veselībai ir labi zināms. Smēķēšana ir plaušu un daudzu citu vēža paveidu, kā arī SAS, hronisku elpceļu slimību, diabēta un daudzu citu slimību galvenais cēlonis. Ja māte smēķē, tam ir kaitīga ietekme uz jaundzimušā veselību, un pasīvā smēķēšana iespaido nesmēķētāju – gan bērnu, gan pieaugušo – veselību. Smēķētāju mūža ilgums salīdzinājumā ar nesmēķētājiem ir par aptuveni 10 gadiem īsāks, un vairāk nekā puse smēķētāju mirst no smēķēšanas ieraduma izraisītām slimībām (Banks et al).

Taču par laimi pēc smēķēšanas atmešanas slimību un nāves risks ievērojami samazinās. SAS risks samazinās pāris gadu vai pat dažu mēnešu laikā. Samazinās arī vēža un hronisku elpceļu slimību risks, taču tas notiek ilgākā laikposmā – parasti vismaz 5-10 gadu laikā. Smēķētāji, kuri atmet smēķēšanu 35 gadu vecumā, dzīvo gandrīz tikpat ilgi, cik tie, kuri nekad nav smēķējuši, un smēķēšanas atmešana samazina risku jebkurā vecumā, pat pēc 65 gadu sasniegšanas (Doll et al, Mons et al). Lai samazinātu smēķēšanas izplatību, jāīsteno divas pieejas: jāpanāk, lai jaunieši nesāktu smēķēt, un jāpalīdz smēķētājiem atmest smēķēšanu. Pasākumi, kuru mērķis ir nepieļaut, lai jaunieši sāktu smēķēt, ir ieguldījums nākotnē, taču rezultāti veselības jomā būs redzami pēc 20-30 gadiem. Tādēļ, lai samazinātu ar smēķēšanu saistītu saslimstību un mirstību īstermiņā, turpmāko desmit gadu laikā ir svarīgi samazināt smēķētāju īpatsvaru, paaugstinot smēķēšanu atmetušo iedzīvotāju skaitu. Turklāt smēķēšanai pieaugušo vidū un attieksmei pret smēķēšanu sabiedrībā ir tieša saikne ar smēķēšanas sākšanu jauniešu vidū.

Smēķētāju īpatsvara samazināšana ir svarīgs veselības uzlabošanas un slimību sloga un mirstības samazināšanas priekšnoteikums Latvijā. Galvenās stratēģijas smēķētāju īpatsvara samazināšanai

ir: (1) cenu un nodokļu politika, (2) tabakas izstrādājumu pieejamība (tostarp vecuma ierobežojums tabakas iegādei), (3) tabakas dūmu nepiesārņota vide, (4) aizliegums reklamēt un popularizēt attiecīgos izstrādājumus, (5) brīdinājumi par kaitējumu veselībai un neuzkrītošs iepakojums, (6) sabiedriskās informācijas kampaņas un (7) atbalsts smēķētājiem smēķēšanas pārtraukšanai.

PVO Pamatkonvencija par tabakas kontroli (WHO FCTC), pirmā globālā vienošanās par sabiedrības veselību, tika izstrādāta kā atbilde tabakas epidēmijas globalizācijai. Tās mērķis ir apkarot šīs epidēmijas cēloņus, tai skaitā tādus sarežģītus faktorus ar pārrobežu ietekmi, kā tirdzniecības liberalizācija un tieši ārvalstu ieguldījumi, tabakas reklāma, popularizēšana un sponsorēšana ārpus valstu robežām un nelegāla tabakas izstrādājumu tirdzniecība. Tā ietver pasākumus gan pieprasījuma, gan piedāvājuma samazināšanai. Tajā ir iekļauti pierādījumi par tabakas radīto kaitējumu, draudiem, ko rada reklāma un popularizēšana un nelegālā tirdzniecība, kā arī atzīmēta nepieciešamība pēc sadarbības šo problēmu risināšanai. Konvencijā ir atzīmēta arī pilsoniskās sabiedrības un cilvēktiesību loma. Konvencija stājās spēkā 2005. gadā, un Latvija ratificēja šo līgumu tajā pašā gadā. Pašlaik Konvencijai ir 180 dalībnieki.

2014. gadā Eiropas Vēža biedrību asociācija publicēja salīdzinošu novērtējumu par tabakas kontroles pamatnostādnēm 34 Eiropas valstīs (Joossens un Raw). Valstu tabakas kontroles pamatnostādnes tika sarindotas, balstoties uz dažādu tabakas kontroles aktivitāšu īstenošanu. Latvija tika ierindota 24. vietā starp 34 salīdzinājumā iekļautajām valstīm. Iepriekšējā novērtējumā 2010. gadā Latvija tika ierindota 17. vietā, t.i., Latvijas relatīvā pozīcija tabakas kontroles jomā pēdējo gadu laikā ir pazeminājusies.

Uzturs, sevišķi – ar uzturu uzņemto tauku daudzums un veids, sāls (NaCl) patēriņš, augļu un dārzeņu lietošana uzturā un uztura kopējā enerģētiskā vērtība, kā arī fiziskas aktivitātes ir svarīgākie uzvedību ietekmējošie faktori, kas var sekmēt aptaukošanos, augstu holesterīna līmeni, augstu asinsspiedienu, 2 tipa diabētu, SAS un to sekas. Dati par uzturu un fiziskām aktivitātēm ir salīdzinoši trūcīgi, taču, balstoties uz 2012. gada "Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumu", tikai viena ceturtā daļa vīriešu un 38% sieviešu katru dienu lieto uzturā dārzeņus (svaigus vai vārītus). Dārzeņu lietošana uzturā katru dienu bija izplatītāka Rīgā un citās pilsētās salīdzinājumā ar lauku teritorijām. Vairums respondentu (87,9% sieviešu un 83,4% vīriešu) izmantoja augu eļļu ēdiena gatavošanā. Margarīnu izmantoja 5,4% vīriešu un 4,2% sieviešu. Sviestu vai sviestu saturošus produktus izmantoja 4,1% sieviešu un 4,0% vīriešu. Dzīvnieku izcelsmes taukvielas vai cūku taukus izmantoja 1,5% sieviešu un 2,0% vīriešu. Visbiežāk uz maizes tiek smērēts sviests (48,1% sieviešu un 39,7% vīriešu), kam seko maztauku (tauku saturs 40-60%) margarīns (27,8% sieviešu un 32,7% vīriešu). Šobrīd Latvijā nav pieejami dati par objektīvi izmērītu sāls patēriņu.

Saskaņā ar 2012. gada veselību ietekmējošo paradumu pētījumu 17,2% vīriešu un 12,9% sieviešu veica intensīvas fiziskas aktivitātes (kas izraisa vieglu elpas trūkumu vai svīšanu) vismaz 30 minūtes un vismaz 4-6 reizes nedēļā savā brīvajā laikā. Fizisko aktivitāšu īpatsvars līdz ar vecumu samazinās. Respondentu, kuri uz darbu dodas kājām vai ar velosipēdu, veltot tam vismaz 30 minūtes katru dienu, īpatsvars bija 19,5% vīriešu un 23,8% sieviešu vidū. Mazkustīgs

dzīvesveids bija izplatīts, un gandrīz puse aptaujāto (49,1% vīriešu un 49,6% sieviešu) pavadīja savu brīvo laiku, galvenokārt lasot vai skatoties televīziju.

Dati par lieko svaru un aptaukošanos Latvijā ir balstīti uz respondentu sniegtu informāciju par savu auguma garumu un svaru. Saskaņā ar 2012. gada pētījumu aptuveni pusei respondentu (51,1% vīriešu un 46,4% sieviešu) bija liekais svars vai aptaukošanās. Pārskatā netika atsevišķi izcelta aptaukošanās izplatība, taču saskaņā ar PVO izveidoto valsts profilu no aptaukošanās cieš aptuveni viena ceturtā daļa iedzīvotāju. Liekā svara un aptaukošanās izplatība palielinājās līdz ar vecumu: šis rādītājs bija zemāks par 20% jaunākajā vecuma grupā (15-24 gadi) un virs 70% – vecākajā vecuma grupā (55-64 gadi).

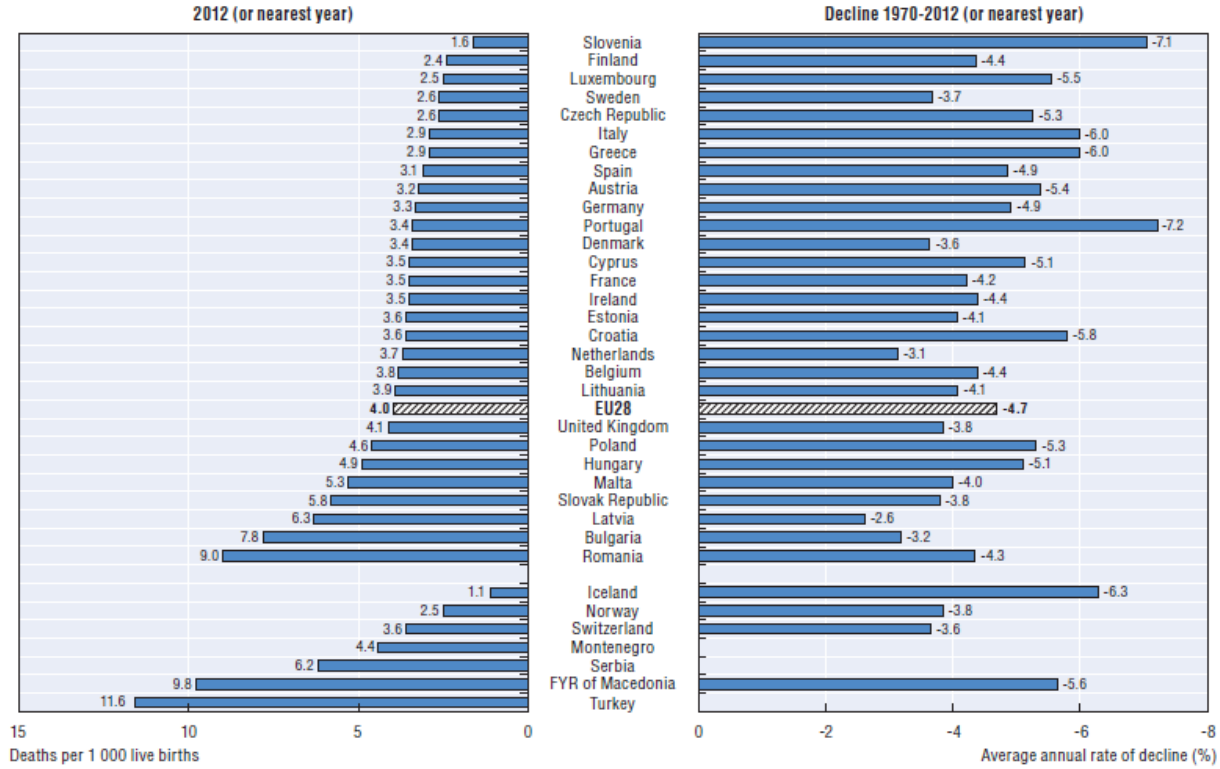
Kopumā visu četru galveno neinfekcijas slimību riska faktoru – tabakas smēķēšana, alkohola lietošana, neveselīgs uzturs un fizisku aktivitāšu trūkums – īpatsvars Latvijā ir augsts, un tiem ir jāpievērš uzmanība veselības veicināšanas programmā. Uz mērījumiem balstīti populācijas dati par fizisko un bioloģisko riska faktoru, tādu kā ķermeņa masas indekss (ĶMI), asinsspiediens un lipīdu un glikozes līmenis asinīs, izplatību šobrīd Latvijā nav pieejami. Tādēļ ir jāizveido jauna veselības pārbaužu apsekojumu (HES) sistēma.

(ii) Mātes un perinatālā veselība

Kopējais fertilitātes rādītājs Latvijā ir 1,6 uz vienu sievieti, kas nozīmē, ka dabīgais iedzīvotāju skaita pieauguma rādītājs ir negatīvs. 2013. gadā bija 22 600 dzemdību, kurās bērns piedzima dzīvs. Dzimstības vispārējais rādītājs ir pazeminājies no 14,2 1990. gadā līdz 9,8 uz 1000 iedzīvotājiem 2012. gadā. Mātes mirstība pēdējās desmitgadēs ir ievērojami sarukusi no 57 1990. gadā līdz attiecīgi 13 uz 100 000 dzīvi dzimušiem bērniem 2012. gadā. Mātes mirstības rādītājs Latvijā ir vienādā līmenī ar abām pārējām Baltijas valstīm, bet aptuveni divas reizes augstāks nekā Ziemeļvalstīs. Taču, tā kā dzemdību skaits Latvijā ir neliels, absolūtais dzemdētāju mirstības skaitlis ir mazs (3 mātes mirušas 2013. gadā). Tajā pašā gadā bija 112 neonatālās nāves gadījumi (Pasaules Banka). Attiecībā pret iedzīvotāju skaitu šie skaitļi ir vienādā līmenī ar Lietuvu, taču augstāki nekā Igaunijā un Ziemeļvalstīs. Interpretējot šos skaitļus, jāņem vērā, ka mātes un neonatālā mirstība Ziemeļvalstīs ir zemākā pasaulē. Salīdzinot datus ar PVO Eiropas reģiona valstīm, Latvijas skaitliskie rādītāji atrodas aptuveni vidējā līmenī.

Zīdaiņu (bērni līdz viena gada vecumam) mirstības rādītājs Latvijā ir 6,3% uz 1000 dzīvi dzimušiem bērniem, kas ir virs ES vidējā līmeņa (skat. attēlu zemāk). Zīdaiņu mirstība gada griezumā laikposmā no 1970. līdz 2012. gadam Latvijā ir samazinājusies pavisam nedaudz. Taču ir jāatzīmē, ka bāzes skaitlis ir iegūts no perioda pirms Padomju Savienības sabrukuma. Ja tiek vērtēts tikai periods pēc neatkarības atgūšanas, samazinājums ir bijis ievērojamāks: no 20 uz katriem 1000 dzīvi dzimušiem bērniem 1990. gadā līdz 8 uz katriem 1000 dzīvi dzimušiem bērniem 2012. gadā (PVO valstu profili). Zīdaiņu mirstības absolūtais skaitlis Latvijā 2013. gadā bija 159 (Pasaules Banka).

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



Source: Eurostat Statistics Database.

Visaptveroša, kvalitatīva mātes un bērna veselības aprūpe un pakalpojumu nodrošināšana ir galvenais faktors, kas nodrošina mātes un jaundzimušā drošību un labklājību. Visām ģimenēm neatkarīgi no to ienākumiem un sociālekonomiskā stāvokļa ir jānodrošina vienlīdzīgas iespējas pakalpojumu saņemšanai. Pakalpojumiem ir jābūt arī tālredzīgiem un tādiem, kas palīdz identificēt riskam pakļautās ģimenes un mātes, piemēram, mātes pusaudzes, alkohola un narkotiku lietotājus un cilvēkus ar hroniskām slimībām, psihiskām veselības problēmām vai cilvēkus bez pastāvīgas mājvietas, lai pēc nepieciešamības sniegtu palīdzību un veiktu monitoringu. Arī mātēm paredzēta smēķēšanas, alkohola lietošanas un aptaukošanās profilakse uzlabotu gan mātes, gan bērna veselību.

Lai gan ar HIV inficētu māšu skaits ir neliels, viņu bērni ir pakļauti augstam riskam un viņiem ir nepieciešama īpaša uzmanība, lai novērstu vertikālu HIV vīrusa pārnešanu un citas komplikācijas. Lai varētu savlaicīgi identificēt ar HIV inficētas mātes, ir jāsadarbojas ar sociālajiem darbiniekiem. Kopumā valstij ir jāpievērš pastiprināta uzmanība HIV epidēmijai, jo jaunu inficēšanās gadījumu skaits arvien pieaug un pārnešanas kanāli ir kļuvuši daudzveidīgāki, kas ir satraucoša tendence.

(iii) Garīgā veselība

Garīgās veselības profilakse ietver aktivitātes, kas ir tieši vai netieši saistītas ar psihiskās labklājības komponentu, kurš ir iekļauts PVO veselības definīcijā: “ne tikai slimības neesamība,

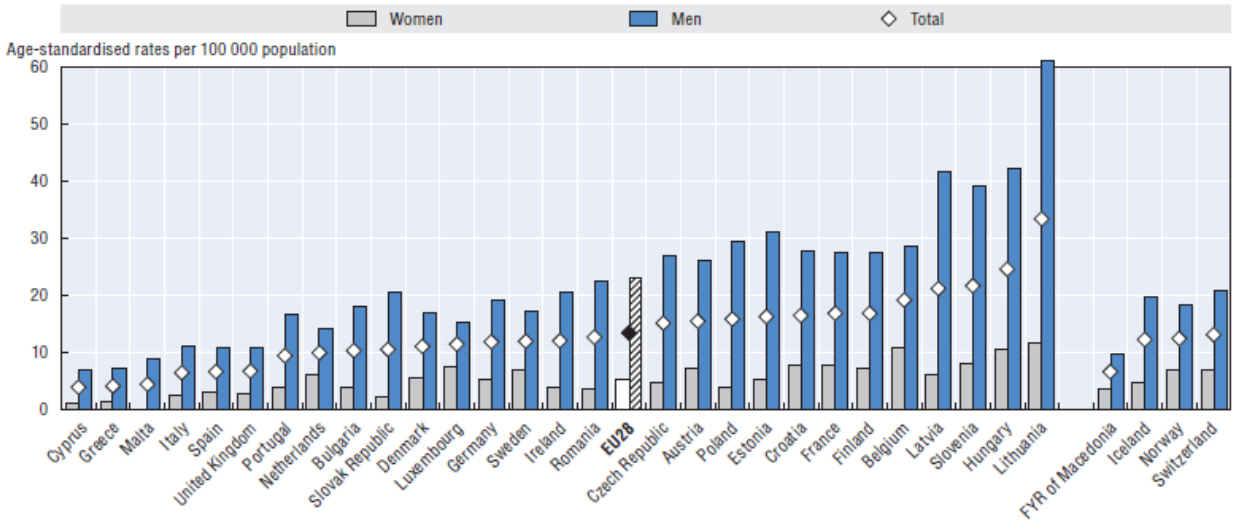
bet gan pilnīgas fiziskās, garīgās un sociālās labklājības stāvoklis". Tā ir saistīta ar labklājības veicināšanu, garīgo traucējumu profilaksi un ārstēšanas un rehabilitācijas nodrošināšanu cilvēkiem, kuri cieš no garīgiem traucējumiem.

PVO Garīgās veselības rīcības plānā 2013. - 2020. gadam termins "garīgi traucējumi" ir izmantots, lai apzīmētu virkni garīgu uzvedības traucējumu, tādu kā depresija, bipolāri afektīvi traucējumi, šizofrēnija, organiska trauksme, demence, ar psihoaktīvo vielu lietošanu saistīti traucējumi, garīga atpalicība un attīstības un uzvedības traucējumi, kas parasti rodas bērnībā un pusaudža vecumā, tai skaitā autisms. Stratēģijas demences un ar psihoaktīvo vielu lietošanu saistītu traucējumu profilaksei ir aprakstītas arī citos dokumentos (piemēram, PVO pārskatā par demenci, kas izdots 2012. gada sākumā, un Globālajā stratēģijā alkohola kaitīgas lietošanas samazināšanai). Rīcības plānā ir iekļauta arī pašnāvību profilakse. Garīgas slimības ievērojami paaugstina mirstību un ir viens no galvenajiem kopējā slimību sloga izraisītājfaktoriem.

Garīgās veselības un garīgo traucējumu noteicošie faktori ietver ne tikai atsevišķas pazīmes, tādas kā spēja pārvaldīt savas domas, emocijas, uzvedību un mijiedarbību ar citiem, bet arī sociālekonomiskus, kultūras, politiskus un vides faktorus, tādus kā valsts politika, sociālā aizsardzība, dzīves līmenis, darba apstākļi un kopienas sociālie atbalsta pasākumi.
Atrašanās nelabvēlīgos apstākļos agrīnā vecumā ir pierādīts un novēršams garīgo slimību riska faktors. Garīgās veselības veicināšana ir cieši saistīta ar sabiedrības sociālekonomiskajiem un kultūras faktoriem. Mūsu zināšanas par garīgo traucējumu etioloģiju un profilaksi atšķiras atkarībā no traucējumu veida un bieži ir ierobežotas. Atsevišķu traucējumu, piemēram, šizofrēnijas gadījumā mums vēl nav zināma efektīva profilakse, un šādos apstākļos svarīgākā nozīme ir pienācīgai aprūpei un ārstēšanai. Savukārt, citu traucējumu, piemēram, pašnāvību gadījumā jau ir pieejama efektīva, mērķtiecīga profilakse. Bez tam ir pierādīts, ka veselīgs dzīvesveids var samazināt demences risku (Ngandu et al). Alkohola un citu atkarību izraisošu vielu lietošanas profilaksei ir svarīga loma sabiedrības garīgās veselības un labklājības uzlabošanā.

Pašnāvību rādītājs Eiropas valstīs ir ļoti atšķirīgs. Kopumā tas ir zemāks Eiropas dienvidu, galējo ziemeļu un austrumu daļā (ESAO). 2011. gadā augstākais pašnāvību rādītājs tika reģistrēts Lietuvā, un Latvija atradās ceturtajā vietā. Taču, lai gan pašnāvību izraisīta mirstība Latvijā joprojām ir augstāka nekā citās Eiropas valstīs, attīstības tendences pēdējo gadu laikā ir bijušas pozitīvas. 2000. gadā pašnāvību izraisītas mirstības rādītājs bija 35 salīdzinājumā ar 21 uz 100 000 iedzīvotājiem 2011. gadā. Visās valstīs pašnāvību izraisīta mirstība bija augstāka vīriešu nekā sieviešu vidū, bet Latvijā dzimumu atšķirības šajā jomā bija sevišķi izteiktas.

1.7.1. Suicide mortality rates, 2011



Source: Eurostat Statistics Database.

Saikne starp pašnāvību rādītāju un sabiedrības sociālekonomisko attīstību ir sarežģīta. Pašnāvību profilakses jomā savu efektivitāti ir pierādījuši šādi faktori: (1) pienācīga aprūpe cilvēkiem, kuri mēģina izdarīt pašnāvību, un atbalsta tālrunis, (2) efektīva depresijas diagnosticēšana un ārstēšana un (3) kaitīgas alkohola un psihotropo vielu lietošanas profilakse.

Pētījums par atkarību izraisošu vielu lietošanu Latvijas iedzīvotāju vidū ir veikts trīs reizes: 2003., 2007. un 2012. gadā. No 2003. līdz 2007. gadam tika novērots kāpums nelegālo narkotiku lietošanā, bet pēdējā pētījumā šis rādītājs bija vienādā līmenī ar rādītāju, kas iegūts pirms desmit gadiem. Vecuma grupā no 15 līdz 64 gadiem 14,3% bija dzīves laikā pamēģinājuši narkotiskas vielas, 4,4% bija lietojuši narkotikas pēdējā gada laikā un 1,8% – pēdējā mēneša laikā. Taču pastāvēja ievērojamas atšķirības narkotiku lietošanā starp dzimumiem, vecuma grupām un dzīvesvietu: puse gados jauno vīriešu vecumā no 15 līdz 34 gadiem (51%) bija dzīves laikā pamēģinājuši narkotikas.

Slimību skrīnings, diagnostika un veselības veicināšana veselības pakalpojumu ietvaros:

citi faktori, kas sekmē augstu standartizēto mirstības rādītāju šajās prioritārajās slimību jomās ietver nepietiekamu finansējumu veselības aprūpei un ierobežotu piekļuvi profilaktiskajiem, diagnostikas un ārstniecības pakalpojumiem. Piemēram, 2012. gadā aptuveni vienai trešdaļai sieviešu pirmo reizi tika diagnosticēts krūts vēzis un 55% slimnieku pirmo reizi tika diagnosticēts kolorektālais vēzis, kad tas jau bija 3. vai 4. stadijā (SPKC, 2013. g.). Iepriekšēja analīze arī parādīja, ka pacientu bažas un zināšanas par to, kā pasargāt savu veselību, izvēloties atbilstošu dzīvesveidu (veselīgs uzturs, fiziski vingrinājumi, atkarību izraisošu vielu samazināta lietošana utt.), pieejamās savlaicīgas diagnostikas un ārstēšanas iespējas, kā arī zināšanas par garīgās veselības traucējumiem un seksuālo un reproduktīvo veselību ir nepietiekamas (LR Veselības ministrija, 2011. g.). Turklāt primārās aprūpes pakalpojumu izmantojuma līmenis ir zems, un

ārsti, tiekoties ar pacientiem, nevelta pietiekami daudz uzmanības neveselīga dzīvesveida jautājumiem (SPKC, 2012. g.).

Kas ir veselības veicināšana?
Saskaņā ar Eiropas Rīcības plānu sabiedrības veselības aizsardzības kapacitātes un pakalpojumu nostiprināšanai, kas tika atbalstīts PVO Reģionu komitejas 62. sesijā 2012. gadā, veselību var ietekmēt sociālekonomiski faktori, kas dzīves laikā mijiedarbojas ar gēniem un uzvedību. Veselības veicināšanas jomā šie faktori ir vērtēti plašākā nozīmē, balstoties uz veselības un labklājības vispārīgāku definīciju. "Veselības veicināšana" un "slimību profilakse" ir savstarpēji saistīti jēdzieni. Faktiski veselības veicināšanas aktivitātēm ir pozitīva ietekme uz veselību ietekmējošajiem paradumiem un veselībai labvēlīgu vidi, kas patiešām novērsīs slimību.

Veselības veicināšana ietver plašu aktivitāšu klāstu, tostarp: (i) dzīvesveida, uzvedības un sociālekonomisko apstākļu maiņas popularizēšana, lai sekmētu "veselības un labklājības kultūras" radīšanu starp indivīdiem un sabiedrībā un saglabātu veselību; (ii) izglītojošas un sociālas komunikācijas aktivitātes veselīgu apstākļu, dzīvesveida, paradumu un vides popularizēšanai; (iii) veselības pakalpojumu pārorientācija, lai izstrādātu modeļus, kas atbalsta veselības veicināšanu; (iv) starpnozaru partnerības efektīvākām veselības veicināšanas aktivitātēm; (v) valsts politikas ietekmes uz veselību izvērtēšana; (vi) riska komunikācija un (vii) informētība par un rīcība attiecībā uz sociālajiem faktoriem, kas ietekmē veselību un vienlīdzību veselības aprūpē.

Tas, ka tiek atzīta politisko, sociālekonomisko un kultūras faktoru ietekme uz iespējām dzīvē un uzvedību ikvienā dzīves posmā, ir izvirzījis priekšplānā vienlīdzību un sociālo taisnīgumu, sociālo faktoru sadalījumu, kā arī starpnozaru sadarbību, lai risinātu ar veselības sociālekonomiskajiem faktoriem saistītos jautājumus.

Lai efektīvi risinātu ar sociālajiem faktoriem saistītos jautājumus, ir nepieciešama daudzpusēja ieinteresēto personu un nozaru sadarbība gan valdības, gan sabiedrības līmenī. Tas ietver kapacitātes stiprināšanu, lai veiktu labāku pārvaldību dažādās veselības aizsardzības nozarēs un īstenotu visām ieinteresētajām pusēm pielāgotu politiku, pakalpojumus un sistēmas. Šajā procesā ir jāiesaista pilsoņi, pakalpojumu sniedzēji, pilsoniskā sabiedrība, mediji, plānotāji, politikas veidotāji un politiķi.

5. Kādi ir starptautiskās paraugprakses piemēri veselības veicināšanas jomā?

Šajā nodaļā ir sniegti starptautiskās paraugprakses piemēri, kas ir aktuāli Latvijas veselības veicināšanas programmas pašreizējam stāvoklim. Tajos ir atspoguļotas dažādas sistēmas un pieejas, kā arī prakse efektīvas veselības veicināšanas programmas izveidei. Tie ir: (i) Globālais rīcības plāns neinfekcijas slimību profilaksei un kontrolei, (ii) pieeja "Veselība visās politikas jomās", (iii) veselības un riska faktoru monitoringa instrumenti, (iv) Rietumaustrālijas Veselības veicināšanas darbības programma un (v) Ziemeļkarēlijas kopienu aptverošs veselības veicināšanas projekts no Somijas.

(i) Globālais rīcības plāns NIS profilaksei un kontrolei 2013. - 2020. gadam

PVO Globālais rīcības plāns piedāvā uz pierādījumiem balstītu pasākumu kopumu izplatītāko neinfekcijas slimību profilaksei un kontrolei, un to varētu izmantot kā Latvijas veselības veicināšanas programmas pamatu. Rīcības plāna mērķi ir universāli, savukārt, praktiskās aktivitātes un uzdevumi ir jāīsteno valsts kontekstā.

Neinfekcijas slimības – galvenokārt SAS, onkoloģiskās slimības, hroniskas elpceļu slimības un diabēts – ir izplatītākais nāves cēlonis visā pasaulē. Katru gadu vairāk nekā 36 miljoni cilvēku mirst no neinfekcijas slimībām (63% no visiem nāves gadījumiem pasaulē), tai skaitā 14 miljoni cilvēku, kuri mirst pāragri pirms 70 gadu sasniegšanas. Lielākā daļa priekšlaicīgas nāves gadījumu ir saistīta ar izplatītiem riska faktoriem, proti, tabakas lietošanu, neveselīgu uzturu, fizisku aktivitāšu nepietiekamību un kaitīgu alkohola lietošanu.

Lai stiprinātu centienus, kuru mērķis ir neinfekcijas slimību sloga samazināšana, 66. Pasaules Veselības asambleja atbalstīja PVO Globālo rīcības plānu neinfekcijas slimību profilaksei un kontrolei 2013. - 2020. gadam (Rezolūcija WHA66.10). Rīcības plāna vispārējais mērķis ir samazināt novēršamu saslimstības, mirstības un invaliditātes slogu, ko izraisa neinfekcijas slimības, īstenojot starpnozaru sadarbību valstu, reģionālā un globālā līmenī, lai iedzīvotāji varētu sasniegt augstāko, sasniedzamo veselības un ražīguma standartu jebkurā vecumā un šīs slimības vairs nebūtu šķērslis labklājībai vai sociālekonomiskajai attīstībai.

Mērķi:

1. Piešķirt prioritāti neinfekcijas slimību profilaksei un kontrolei globālajā, reģionālajā un valstu politikā un starptautiski saskaņotos attīstības mērķos ar stiprinātas starptautiskās sadarbības un atbalsta starpniecību.
2. Stiprināt nacionālo kapacitāti, līderību, pārvaldību, starpnozaru rīcību un partnerības, lai paātrinātu valsts reaģētspēju neinfekcijas slimību profilakses un kontroles jomā.
3. Samazināt neinfekcijas slimību modificējamos riska faktorus un saistītos sociālos faktorus, izveidojot veselību veicinošu vidi.
4. Stiprināt un pielāgot veselības aprūpes sistēmas neinfekcijas slimību profilakses un kontroles veikšanai un saistīto sociālo faktoru risināšanai, nodrošinot uz iedzīvotājiem vērstu primāro veselības aprūpi un universālu veselības apdrošināšanas sistēmu.
5. Sekmēt un atbalstīt nacionālo kapacitāti kvalitatīvas pētniecības un attīstības īstenošanai neinfekcijas slimību profilakses un kontroles jomā.
6. Pārraudzīt neinfekcijas slimību tendences un noteicošos faktorus un izvērtēt gūtos panākumus to profilaksē un kontrolē.

Rīcības plāns piedāvā paradigmas maiņu, nodrošinot dalībvalstis, PVO, citas ANO organizācijas un starpvalstu organizācijas, NVO un privāto sektoru ar politikas risinājumu ceļvedi un kopumu,

kas kopējas īstenošanas rezultātā no 2013. līdz 2020. gadam palīdzēs sasniegt 9 globālos mērķus, kas uzskaitīti zemāk, tostarp – neinfekcijas slimību izraisītas priekšlaicīgas mirstības samazinājumu par 25% līdz 2025. gadam.

Mērķi:

1. SAS, vēža, diabēta vai hronisku elpceļu slimību izraisīta kopējā mirstības rādītāja relatīvs samazinājums par 25%.
2. Kaitīgas alkohola lietošanas samazinājums vismaz par 10% atbilstoši situācijai valstī.
3. Nepietiekama fizisko aktivitāšu īpatsvara relatīvs samazinājums par 10%.
4. Iedzīvotāju vidējā sāls/nātrija patēriņa relatīvs samazinājums par 30%.
5. Regulāras tabakas lietošanas izplatības relatīvs samazinājums par 30% iedzīvotāju vecuma grupā no 15 gadiem.
6. Paaugstināta asinsspiediena izplatības relatīvs samazinājums par 25% vai paaugstināta asinsspiediena izplatības ierobežošana atbilstoši valstī pastāvošajiem apstākļiem.
7. Diabēta un aptaukošanās īpatsvara pieauguma apturēšana.
8. Medikamentozās terapijas un konsultāciju (tai skaitā glikēmiskās kontroles)nodrošināšana vismaz 50% iedzīvotāju, kas ir tiesīgi saņemt šādu atbalstu, lai novērstu sirdslēkmes un insultu.
9. Pieņemama cenu līmeņa pamattehnoloģiju un svarīgu medikamentu, tai skaitā patentbrīvo medikamentu, kas nepieciešami izplatītāko neinfekcijas slimību ārstēšanai gan valsts, gan privātajās medicīnas iestādēs, pieejamība 80% apmērā.

Sasniegumi šajās deviņās mērķa jomās tiks novēroti, izmantojot 25 indikatorus.

(ii) <u>Veselība visās politikas jomās – nepieciešamība pēc starpnozaru rīcības</u>

Lielākā daļa neinfekcijas slimību noteicošo faktoru un riska faktoru atrodas ārpus veselības aizsardzības nozares kontroles. Veselības aizsardzības nozare nevar vienpersoniski novērst un kontrolēt izplatītākās neinfekcijas slimības. Tādi veselību ietekmējoši paradumi, kā tabakas smēķēšana, alkohola lietošana, uzturs un fiziskas aktivitātes ir ne tikai individuāls lēmums, bet ir arī spēcīgi saistīti ar sociālekonomisko, kultūras un fizisko vidi. Tādēļ ir nepieciešama starpnozaru rīcība un sadarbība, lai izveidotu labvēlīgu vidi, kurā veselīgas izvēles ir lietderīgākas un vienkāršākas gan indivīdiem, gan ģimenēm, gan visiem sabiedrības locekļiem. Lai to sasniegtu, ir jāīsteno noteikta rīcība vairākās jomās, tādās kā lauksaimniecība, izglītība, tirdzniecība un pilsētplānošana.

1978. gada PVO Almati deklarācija bija pirmā oficiālā starpnozaru rīcības atzīšana veselības aizsardzības jomā. Šī tēma tika turpināta Otavas Hartā par veselības veicināšanu 1986. gadā, kurā "veselību veicinošas valsts politikas nostādnes" tika atzītas par galveno veselības veicināšanas priekšnoteikumu. Šie starpnozaru rīcības principi veselības aizsardzības jomā ir nostiprināti turpmākajās PVO globālajās konferencēs, tai skaitā Rio Politiskajā deklarācijā par noteicošajiem sociālajiem faktoriem veselības aizsardzībā (2011. g.) un Helsinku Paziņojumā par veselību visās politikas jomās (2013. g.). Starpnozaru rīcība ir uzsvērta arī ANO Ģenerālās Asamblejas Augstākā līmeņa sanāksmes par neinfekcijas slimību profilaksi un kontroli politiskajā

deklarācijā. ANO Politiskā deklarācija aicināja visas valstis līdz 2013. gadam izstrādāt starpnozaru valsts politikas nostādnes un plānus. Eiropā ES ir unikāls mandāts un pienākums aizsargāt pilsoņu veselību. Politika "Veselība visās politikas jomās" bija galvenā veselības tēma Somijas Eiropas Savienības Prezidentūras laikā 2006. gadā, cenšoties pievērst uzmanību tam, kā un kādēļ veselības dimensijas var un vajadzētu ņemt vērā visās valsts pārvaldes nozarēs.

Veselība ir cilvēku labklājības un laimes pamatelements. Tas ir svarīgs priekšnoteikums, lai cilvēks varētu sasniegt savus mērķus un īstenot savus centienus un lai sabiedrība varētu sasniegt savus sociālekonomiskos mērķus. Veselība visās politikas jomās ir pieeja valsts politikas nostādnēm dažādās nozarēs, kur sistemātiski tiek ņemta vērā lēmumu ietekme uz veselības aizsardzību un tās sistēmām, tiek meklētas sinerģijas un iespēja izvairīties no kaitīgas ietekmes, lai uzlabotu iedzīvotāju veselību un vienlīdzību veselības jomā. Tajā tiek uzsvērts, kā valsts politikas nostādnes ietekmē noteicošos veselības faktorus, un tās mērķis ir paaugstināt politikas veidotāju pārskatatbildību par ietekmi uz veselību visās politikas veidošanas jomās.

Neinfekcijas slimību un to riska faktoru profilaksei un kontrolei ir pozitīva ietekme ne tikai uz veselību, bet arī uz ražīgumu un sociālekonomisko attīstību, kas ir Latvijas Nacionālā attīstības plāna galvenie mērķi. Turklāt veselību veicinošas vides radīšana ir efektīvs līdzeklis sociālekonomiskās nevienlīdzības samazināšanai veselības aprūpē. Tabulā ir sniegti starpnozaru rīcības jomu piemēri, lai samazinātu izplatītākos NIS riska faktorus.

Tabula: Starpnozaru rīcības jomu piemēri neinfekcijas slimību profilakses jomā

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

Starpnozaru sadarbība starp dažādām ministrijām un citām valdības organizācijām valsts un vietējā līmenī ir svarīgākais veiksmīgas neinfekcijas slimību kontroles un profilakses

priekšnoteikums. Taču valdība nevar cīnīties ar slimību slogu vienpersoniski. Ir nepieciešama arī privātā sektora un kopienas organizāciju līdzdalība.

(iii) Veselības un riska faktoru monitorings

Veselību ietekmējošu paradumu, bioloģisko riska faktoru un veselības rādītāju nepārtraukts, sistemātisks monitorings ir svarīgs veiksmīgas veselības veicināšanas un slimību profilakses programmas priekšnoteikums. Atkarībā no valsts datus par veselību ietekmējošajiem paradumiem iegūst vai nu ar patstāvīgi aizpildītu un pa pastu nosūtāmu aptauju palīdzību vai veicot intervijas. Bez tam datu vākšanai var izmantot tiešsaistes instrumentus, lai iegūtu pilnīgākus datus, taču internets nevar būt vienīgais datu vākšanas instruments. Līdztekus veselību ietekmējošiem paradumiem aptaujās var tikt iekļauti citi jautājumi, piemēram, zināšanas par veselību un attieksme pret veselību, veselības pašnovērtējums un veselības pakalpojumu izmantošana. Šobrīd Latvijā tiek veikti šādi svarīgāki veselības apsekojumi (VA): Starptautiskais apsekojums par jauniešu smēķēšanu (GYTS), Starptautiskais apsekojums par pieaugušo smēķēšanu (GATS), ESPAD un Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums (kādreizējais FINBALT pētījums). Pēdējais veselību ietekmējošo paradumu pētījums tika veikts 2012. gadā.

Šobrīd Latvijā nav sistemātiskas un regulāras datu vākšanas sistēmas iedzīvotāju bioloģisko riska faktoru novērtēšanai, izmantojot klīniskus mērījumus un laboratoros izmeklējumus. Turpmāk ir sniegti divi starptautiski atzītu veselības pārbaužu apsekojumu protokolu piemēri:

Eiropas Veselības pārbaužu apsekojums (EHES)

EHES ietvaros tiek savākta reprezentatīvu, kvalitatīvu veselības datu izlase par attiecīgo valsti, kuru laika gaitā var salīdzināt ar citām valstīm. Datu vākšanai ir jāaptver iedzīvotāju grupa vismaz no 25-64 gadiem. Ieteicams paplašināt vecuma grupu, iekļaujot 65 gadus vecus un vecākus cilvēkus. Datu izlasei jābūt attiecīgās valsts reprezentatīvai, varbūtīgai izlasei, ko veido vismaz 4000 cilvēku. Visām valstīm ir jāiekļauj vismaz šādi pamatparametri: auguma garums, svars, vidukļa apkārtmērs, asinsspiediens, kopējais un ABL holesterīna līmenis, glikozes līmenis asinīs tukšā dūšā vai HbA1c un anketa(s). Valstis var iekļaut papildu parametrus, balstoties uz vietējām vajadzībām, interesēm un resursiem. EHES Rokasgrāmata ir Eiropas līmeņa oriģinālā rokasgrāmata, kurā ir raksturoti Eiropas līmeņa standarti valsts veselības pārbaužu apsekojumu veikšanai (A daļa: Apsekojuma plānošana un sagatavošana, B daļa: Praktiskā darba procedūras, C daļa: Eiropas līmeņa sadarbība un koordinācija) (http://www.ehes.info/manuals/EHES_manual/EHES_manual.htm)

Veselības pārbaužu apsekojums (HES) papildina Eiropas iedzīvotāju veselības apsekojumu (EIVA) un administratīvos reģistrus, kas kopā veido valstu veselības monitoringa pamatu. Jāatzīmē arī, ka riska faktoru izplatību populācijā nevar novērtēt, balstoties uz datiem, kas iegūti no pacientiem, kuri izmanto veselības pakalpojumus.

PVO pakāpeniskā pieeja neinfekcijas slimību riska faktoru uzraudzībai (STEPS)

STEPS ir starptautiski atzīta, standartizēta datu vākšanas, analīzes un izplatīšanas metode PVO dalībvalstīs. Izmantojot identiskus, standartizētus jautājumus un protokolus, visas valstis var izmantot STEPS informāciju ne tikai valsts iekšienē valdošo tendenču monitoringam, bet arī situācijas salīdzināšanai dažādās valstīs. Saskaņā ar šo pieeju regulāri un nepārtraukti tiek vāktas nelielas lietderīgas informācijas kopas (http://www.who.int/chp/steps/en/).

Ieteicams izmantot standarta PVO definīcijas tabakas lietošanas un alkohola patēriņa izplatības noteikšanai un starptautiski izstrādātus standartus fizisko aktivitāšu daudzuma noteikšanai. Anketas datu pamatkopas iegūšanai ir vienkāršas un to ir salīdzinoši maz, un tās ir paredzētas nevis pilnīga priekšstata izveidei par atsevišķiem paradumiem, bet gan informācijas iegūšanai par risku sadalījumu iedzīvotāju vidū. STEPS pieejas pamatā ir pamatdatu iegūšana visos līmeņos par noteiktiem riska faktoriem, kas ir galvenie slimību sloga izraisītāji. Tā ir pietiekami elastīga, tādēļ katra valsts var papildināt galveno mainīgo lielumu un riska faktoru klāstu un iekļaut papildu moduļus, kas ir saistīti ar vietējām vai reģionālajām interesēm.

STEPS pieejai ir trīs līmeņi, un katrā līmenī riska faktoru novērtēšana ir sadalīta pamata, paplašinātajos un papildu moduļos. 1. soļa ietvaros valstis patstāvīgi ievāc datus par pamata vai "minimālo kopu". Līdztekus sociālekonomiskajiem datiem ir iekļauti dati par tabakas un alkohola lietošanu un atsevišķi indikatori par uztura kvalitāti un nepietiekamām fiziskām aktivitātēm kā pašreizējā un turpmākā veselības stāvokļa raksturotāji. 2. solis papildina 1. soli, iekļaujot vienkāršus fiziskus mērījumus, tādus kā auguma garums, svars, vidukļa apkārtmērs un asinsspiediens. 1. un 2. solis ir vēlami un piemēroti lielākajai daļai jaunattīstības valstu. 3. solis ietver 1. un 2. soli, kā arī bioķīmiskus mērījumus. Visus 1. un 2. soļa pamatparametrus var uzreiz novērtēt, un tie nekļūst sarežģītāki, ja tiek pievienoti papildu parametri. Taču papildinformācija 3. solī ir bioķīmiska rakstura, tādēļ ir vajadzīga piekļuve atbilstošām, standartizētām laboratorijām. Asins paraugu vākšana un analīze ir salīdzinoši sarežģīts process, un to var veikt tikai visaptveroša apsekojuma kontekstā un apstākļos, kuros ir pieejami atbilstoši resursi. 3. soļa pievienošana var paaugstināt datu vākšanas izmaksas un sarežģītību.

(iv) Rietumaustrālijas darbības programma

Savā Veselības veicināšanas stratēģiskajā programmā 2012. - 2016. gadam Rietumaustrālijas valdība izstrādāja darbības programmu, izklāstot dažādus visaptverošas veselības veicināšanas programmas komponentus, kā arī potenciālos dalībniekus, kuri varētu rīkoties un sniegt atbalstu. Šajā programmā ir atzīts, ka ir nepieciešamas vairākas intervences (jeb "sviras"), lai cīnītos ar hronisko slimību pamatcēloņiem. Ja katra no šīm svirām tiek izmantota atsevišķi, to iedarbība samazinās. Atsevišķos gadījumos intervences noritēs veiksmīgi tikai tad, ja vispirms ir iedarbināta viena vai vairākas sviras (Veselības departaments, Rietumaustrālija, 2012. g.).

Sviras un dalībnieki	Piemēri
Veselību veicinošas politikas nostādnes ***Kurš var rīkoties un atbalstīt?*** - **Valdības** - **Pārtikas un dzērienu nozare** - **Organizācijas** - **Darbavietas** - **Veselības aprūpes speciālisti** - **Kopienu grupas** - **Skolas** - **Pacienti un aprūpētāji** - **Indivīdi**	Integrēt veselības aizsardzības apsvērumus valdības politikā un plānošanā visās attiecīgajās aģentūrās (piemēram, plānošanas, izglītības, uztura un lauksaimniecības departamentos). Iestrādāt veselības aizsardzības apsvērumus organizāciju, darbavietu un skolu operatīvajā politikā, lai atbalstītu aktīvu pārvietošanos, veselīgu uzturu, zema riska alkohola lietošanu un atbilstošas drošības procedūras. Pieņemt elastīgu darba politiku, kas radītu mātēm labvēlīgus apstākļus krūts zīdīšanai.
Tiesību akti un regulējums ***Kurš var rīkoties un atbalstīt?*** - **Valdības** - **Organizācijas** - **Darbavietas** - **Veselības aprūpes speciālisti** - **Kopienu grupas** - **Pacienti un aprūpētāji** - **Indivīdi**	Atbalstīt tiesību aktu stāšanos spēkā un izpildi, lai samazinātu hroniskas slimības un traumas, piemēram, tiesību akti par tabakas izstrādājumu un alkohola pieejamību; veicināt ceļu satiksmes drošību. Izstrādāt un izpildīt normatīvos aktus, kas reglamentē produktu drošumu, pārdošanu un mārketingu; marķējums, kas skaidri atspoguļo patēriņa preču sastāvu; likumi, kas ierobežo potenciāli bīstamu preču pieejamību bērniem. Izpētīt reglamentējošās metodes, lai ierobežotu alkohola tirdzniecības vietu blīvumu tādā veidā, ka tiek atbalstīta zema riska alkohola lietošana un netiek atbalstīta kaitīga alkohola lietošana.
Ekonomiska intervence ***Kurš var rīkoties un atbalstīt?*** - **Valdības** - **Organizācijas** - **Darbavietas** - **Veselības aprūpes speciālisti** - **Kopienu grupas** - **Skolas** - **Pacienti un aprūpētāji** - **Indivīdi**	Nodrošināt finanšu stimulus, lai sekmētu veselības veicināšanas uzņēmumu izveidi (piemēram, veikali, kas pārdod svaigu pārtiku) nepietiekami sasniedzamās/pieejamās teritorijās. Radīt finanšu stimulus veselīgu paradumu izveidei, piemēram, veicot reformas alkohola nodokļu politikā tā, lai alkohola cena kļūtu augstāka un dzērieni ar mazāku alkohola saturu būtu cenu ziņā pieejamāki nekā stiprie alkoholiskie dzērieni. Nodrošināt veselīgas pārtikas izvēles iespējas par konkurētspējīgām cenām ēdnīcās, kioskos un pasākumos.
Atbalstoša vide ***Kurš var rīkoties un atbalstīt?*** - **Valdības** - **Kopienu grupas** - **Darbavietas**	Ierīkot dzīvojamajos rajonos drošas un savstarpēji savienotas ietves un riteņbraucēju celiņus, sabiedriskās ērtības, publiskos parkus, rotaļlaukumus, fizisko aktivitāšu aprīkojumu, kā arī atbilstošu sabiedrisko transportu.

- **Skolas** - **Veselības aprūpes speciālisti** - **Pacienti un aprūpētāji** - **Indivīdi**	Nodrošināt, lai sabiedriskā, darbavietas, institucionālā, skolas un māju vide būtu droša un lai veselīgi paradumi tiktu veicināti kā prioritāte. Sadarboties ar pārtikas rūpniecības nozari, lai palielinātu mazu ēdienu un dzērienu porciju pieejamību un samazinātu sāls, cukura, piesātināto tauku un transtaukskābju daudzumu produktos. Ierobežot tabakas izstrādājumu vai alkohola tirdzniecības vietu blīvumu.
Sabiedrības informētība un iesaiste ***Kurš var rīkoties?*** - **Valdības** - **Organizācijas** - **Darbavietas** - **Veselības aprūpes speciālisti** - **Skolas** - **Pacienti un aprūpētāji** - **Indivīdi**	Izstrādāt sabiedrības izglītošanas kampaņas, kuru mērķis ir informēt sabiedrību un atbalstīt dzīvesveida paradumu maiņu. Ietekmēt speciālistus, organizācijas un politikas veidotājus, lai iestrādātu rūpes par veselības jautājumiem viņu darba pienākumos. Sniegt atbalstu veselības aprūpes speciālistiem īsu intervenču veikšanā viņu darba pienākumu ietvaros. Iesaistīt medijus kā izglītošanas un diskusiju platformu.
Kopienu attīstība ***Kurš var rīkoties?*** - **Valdības** - **Organizācijas** - **Darbavietas** - **Skolas** - **Veselības aprūpes speciālisti** - **Kopienas** - **Pacienti un aprūpētāji** - **Indivīdi**	Strādāt ar kopienu grupām, vietējām ieinteresētajām personām, citiem partneriem un indivīdiem, lai noteiktu vietējās vajadzības un prioritātes veselības uzlabošanas jomā. Izstrādāt vietēja mēroga aktivitātes, lai sekmētu kopienas vajadzībām piemērotas veselīga dzīvesveida aktivitātes, piemēram, soļošanas grupas, kopienu dārzi, zemnieku tirdziņi. Izpētīt iespēju izmantot skolu sporta un atpūtas telpas un aprīkojumu ārpus to darba laika kopienu vajadzībām.
Mērķtiecīgas intervences ***Kurš var rīkoties?*** - **Valdības** - **Organizācijas** - **Darbavietas** - **Skolas** - **Veselības aprūpes speciālisti** - **Kopienas** - **Pacienti un aprūpētāji**	Izstrādāt un īstenot programmas, kas atbilst: (i) konkrētām iedzīvotāju grupām (piemēram, bērniem, vecākiem vai pieaugušajiem, zemāka sociālekonomiskā statusa, kulturāli un lingvistiski daudzveidīgām grupām, gados vecākiem cilvēkiem), ņemot vērā viņu izglītotību veselības jautājumos; (ii) noteiktai darbības videi (piemēram, kopienas, dzīvojamie rajoni, darbavietas, skolas, bērnu aprūpes iestādes, sociālās aprūpes iestādes). Pieņemt politiku un praksi, kas atbalsta fiziskas aktivitātes darbavietā, piemēram, soļošanas grupas

	pusdienu pārtraukumā, dušas, velosipēdu novietnes, zemāka abonentmaksa vietējā sporta klubā.
Stratēģiska koordinācija, partnerību izveide un kapacitātes veidošana ***Kurš var rīkoties?*** - **Valdības** - **Pārtikas un dzērienu nozare** - **Organizācijas** - **Darbavietas** - **Kopienu grupas** - **Veselības aprūpes speciālisti** - **Pacienti un aprūpētāji** - **Indivīdi**	Izveidot un stiprināt partnerības starp dažādām nozarēm un apakšnozarēm. Veikt ietekmes uz veselību novērtējumus, lai noteiktu valdības un nozares politikas nostādņu un aktivitāšu iespējamo un reālo ietekmi un aktivitātes, kas lielā mērā var ietekmēt kopienu veselību. Veidot darbaspēka kapacitāti, lai tā atbilstu nākotnes vajadzībām, ņemot vērā visu nepieciešamo prasmju kopumu. Pārraudzīt jaunus un potenciālus problēmjautājumus. Komunicēt un izplatīt informāciju.

(v) <u>Kopienu aptveroša neinfekcijas slimību profilakse – Ziemeļkarēlijas projekts Somijā</u>

Starptautiskie pētījumi skaidri parāda, ka neinfekcijas slimību cēloņi meklējami neveselīgā dzīvesveidā vai nelabvēlīgā fiziskajā un sociālajā vidē. Tādi riska faktori, kā neveselīgs uzturs, tabakas lietošana, fizisku aktivitāšu trūkums, pārmērīga alkohola lietošana un psihosociālais stress ir vieni no nopietnākajiem dzīvesveida problēmjautājumiem. Visi iedzīvotāji ir pakļauti riskam masveida paaugstināta riska faktoru dēļ, kad indivīdu uzņēmību pastiprina kultūra, ekonomiskie faktori un vide. Tādēļ var pieņemt, ka risku, kam ir pakļauti iedzīvotāji, var mainīt, īstenojot kopienu aptverošas stratēģijas. Primārais instruments iedzīvotājiem paredzētas profilakses stratēģijas īstenošanā ir kopienu aptveroša programma. Kopienas intervenču ietvaros tiek ieviestas pārmaiņas izglītībā un vidē, lai veicinātu un atbalstītu dzīvesveida un paradumu izmaiņas, kas ir nepieciešamas konkrētas problēmas risināšanai.

Integrētas, kopienu aptverošas intervences programmas ir visaptverošas paketes, kurās ir apvienotas dažāda veida praktiski īstenojamas aktivitātes, lai radītu sinerģisku efektu. Kopienas pieejai hronisku slimību profilakses jomā piemīt ārkārtīgi augsta vispārinātības pakāpe un rentabilitāte masveida komunikācijas metožu izmantošanas dēļ, spēja veiksmīgi izplatīt informāciju ar kopienas tīklu starpniecību un potenciāls ietekmēt vides, reglamentējošo un institucionālo politiku, kas ir veselības aizsardzības pamatā.

1970. gadu sākumā Somijā bija pasaulē augstākais SAS izraisītas mirstības rādītājs, un mirstības rādītājs bija sevišķi augsts pusmūža vīriešu vidū Austrumsomijā. Ziemeļkarēlijas projekts tika uzsākts 1972. gadā kā valsts pilotprojekts un sirds un asinsvadu slimību profilakses paraugprogramma. Pamatotu riska faktoru (smēķēšana, paaugstināts holesterīna līmenis un paaugstināts asinsspiediens) līmeņa pazemināšana iedzīvotāju vidū bija galvenais starpposma mērķis. Tika izmantota vispusīga, kopienu aptveroša intervence, iesaistot veselības aprūpes sniedzējus, NVO, nozari, medijus un valsts politiku. Pēc sākotnējā perioda (1972.-1977. g.)

projektā gūtā pieredze ir tikusi aktīvi izmantota visaptverošā, valsts mēroga sirds veselības programmā. Tā kā neinfekcijas slimībām ir vairāki kopīgi riska faktori, projekts vēlāk tika paplašināts, attiecinot to arī uz citām neinfekcijas slimībām līdztekus SAS (Puska et al).

Vienlaicīgi ar Ziemeļkarēlijas iniciatīvu jaunais sabiedrības veselības likums, kas tika izstrādāts 1972. gadā, nostiprināja sirds veselības un cita veida veselības veicināšanas tiesisko pamatu Somijā. Jaunais likums mainīja veselības aprūpes sistēmas uzsvaru no ārstniecības pakalpojumiem uz profilaksi un tā rezultātā tika izstrādāta jauna veselības pakalpojumu plānošanas un finansēšanas sistēma visiem pilsoņiem neatkarīgi no viņu sociālekonomiskā stāvokļa vai dzīvesvietas. Jaunajā likumā arī tika formulēta veselības aprūpes nozares sadarbības shēma ar citām nozarēm slimību profilakses jomā.

Praktisku intervenču īstenošana tika iestrādāta esošajā veselības pakalpojumu struktūrā un šīs nozares sociālo organizāciju darbībā, īstenojot ciešu sadarbību ar citām valdības iestādēm un partneriem no privātā sektora. Dažādu aktivitāšu piemēri gan valsts, gan vietējā līmenī saistībā ar Ziemeļkarēlijas projektu un SAS profilaksi Somijā ir sniegti tabulā zemāk.

Ziemeļkarēlijas projekts: Veselības veicināšanas intervences

Tiesību akti

- Jaunais Likums par sabiedrības veselību (1972. g.) (lielāks uzsvars uz profilaksi)
- Tiesību akti par tabakas kontroli
- Izmaiņas tiesību aktos attiecībā uz atsevišķiem pārtikas produktiem (piemēram, augu eļļas un sviesta sajaukšana)

Regulējums

- Daudzās sabiedriskajās vietās tika aizliegta smēķēšana. Vēlāk smēķēšana tika aizliegta arī lielākajā daļā sabiedrisko vietu, pieņemot attiecīgus valsts tiesību aktus.
- Noteikumi, kas veicina veselīgāku pusdienu nodrošināšanu skolās.

Pārtikas rūpniecība

- Sirds veselībai labvēlīgi produkti tika izstrādāti un popularizēti sadarbībā ar vietējām iestādēm, pilsoniskām organizācijām, veikaliem, lielveikaliem un pārtikas rūpniecības nozari.
- Produkti ar zemu piesātināto tauku saturu tika izstrādāti un laisti tirgū sadarbībā ar vietēja un valsts mēroga ražotājiem.
- Produkti ar zemu sāls saturu tika izstrādāti sadarbībā ar vietējām ceptuvēm un citiem pārtikas rūpniecības nozares dalībniekiem.
- Tika izstrādāts jauns rapšu paveids, kas efektīvi pazemina holesterīna līmeni un labi aug Somijas ziemeļu klimata apstākļos.
- Plaša sadarbība, lai veicinātu ogu audzēšanu un uzņēmumu iesaistīšanos ogu produktu ražošanā.

Informācija un plašsaziņas līdzekļi

- Sabiedrības informētība par smēķēšanas izraisīto kaitējumu veselībai tika panākta, iesaistot medijus, veselības aprūpes dienestus un kopienas organizācijas.
- Vairākas TV pārraižu sērijas par smēķēšanas atmešanu.
- Lai pazeminātu holesterīna līmeni serumā, tika īstenotas izglītojošas veselības kampaņas, izmantojot daudzveidīgus kanālus, tostarp televīziju, laikrakstus, veselības aprūpes

sistēmu, skolas un brīvprātīgo organizācijas.
- Nacionālās televīzijas pārraides "Veselības pamati".
- Izglītojošiem mērķiem tika plaši izmantoti arī holesterīna līmeņa mērījumi, lai ikviens zinātu sava holesterīna līmeņa vērtības. Taču primārais mērķis bija nevis atlasīt augstam riskam pakļautas personas, lai veiktu individuālu intervenci, bet gan motivēt cilvēkus ieviest dzīvesveida izmaiņas, kas tiek popularizētas kopienā.
- Intensīva sadarbība ar vietējām avīzēm, radio, dažādu materiālu sagatavošana, ar veselības aizsardzību saistītas tirdzniecības izstādes utt.

Kopienas iesaistīšana
- Pašvaldību politiķi un iestādes
- Nespeciālisti – sabiedriskās domas veidotāji
- Organizācija "Martta" (sieviešu organizācija)
- Sirds veselības asociācija un tās vietējās filiāles
- Sporta klubi

Izglītība
- Aktīva sadarbība ar skolām un izglītības iestādēm, uzturmācība mājturības ietvaros utt.
- Tika likts īpašs uzsvars uz sāls satura pazemināšanu un tauku satura izmaiņām darbavietu ēdienkartēs.
- Smēķēšanas atmešana tika atbalstīta, organizējot smēķēšanas atmešanas kursus vietējos veselības centros un darbavietās.
- Ziemeļkarēlijas Jaunatnes programmas ietvaros skolās tika organizētas smēķēšanas profilakses programmas, lai palīdzētu skolēniem apgūt prasmes pretoties sociālajam spiedienam sākt smēķēšanu.
- Visaptveroša izglītošana par to, kā ar nefarmakoloģiskiem paņēmieniem pazemināt asinsspiedienu un holesterīna līmeni, mainot uzturu un veicot fiziskas aktivitātes.

Veselības aprūpes iestādes
- Mērķa riska faktoru sistemātiska mērīšana, konsultācijas par tiem un ārstēšana.
- Plašas hipertensijas kontroles programmas ieviešana, iekļaujot diagnostiku, ārstēšanu un pēcpārbaudes. Tika izstrādāts centralizēts hipertonijas reģistrs.
- Tika izstrādātas dažādas pacientu informācijas sistēmas: pacientu kartes, dokumenti, veidlapas.
- Cieša sadarbība starp dažādām speciālistu grupām, sabiedriskās veselības māsu iesaistīšana.
- Padziļināta sadarbība starp veselības aprūpes iestādēm un sabiedrību.

Veselību ietekmējošo paradumu un riska faktoru sistemātisks monitorings bija neatņemama projekta sastāvdaļa. Pirmais iedzīvotāju apsekojums tika veikts 1972. gadā, un kopš tā laika šāds apsekojums tika veikts ik pēc pieciem gadiem. Apsekojuma teritorija ir paplašināta no sākotnējās projekta teritorijas uz citām valsts daļām, un dati tiek izmantoti valsts mērogā veselības stāvokļa un riska faktoru monitoringam. Novērotās riska faktoru izmaiņas ir parādītas tabulā zemāk.

Projekta 35 gadu īstenošanas periodā tika novērotas izteiktas pārmaiņas ar risku saistītā dzīvesveidā un riska faktoros Ziemeļkarēlijas iedzīvotāju vidū. Ievērojami samazinājās smēķēšanas izplatība vīriešu vidū. 1970. gados smēķēšana bija reta parādība sieviešu vidū, un

80. un 90. gados bija vērojams pieaugums, taču tas ir izlīdzinājies pēdējās desmitgades laikā. Sākotnējais, ārkārtīgi augstais vidējais holesterīna līmenis serumā un asinsspiediena līmenis ir ievērojami samazinājies. Līdzīgs riska faktoru samazinājums vēlāk tika novērots arī citās valsts daļās.

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

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

Riska faktoru samazinājumam sekoja krass SAS samazinājums un vēlāk – arī vēža izraisītas mirstības samazinājums. 2006. gadā sirds un asinsvadu slimību izraisīta mirstība darbspējīgo vīriešu (35-64 gadi) vidū bija 182 uz 100 000 iedzīvotājiem salīdzinājumā ar 855 uz 100 000 iedzīvotajiem 1970. gadu sākumā. Šis īpatsvars turpināja samazināties arī pēdējo piecu gadu laikā.

Table 2: Mortality changes in North Karelia (per 100 000) among men aged 35 to 64 years

	1969-1971	2006	Change
All causes	1 509	572	-62%
All cardiovascular	855	182	-79%
Coronary heart disease	672	103	-85%
All cancers	271	96	-65%
Lung cancers	147	30	-80%

Aptuveni divas trešdaļas no novērotā SAS mirstības rādītāja samazinājuma ir izskaidrojams ar primāro profilaksi un trīs galveno riska faktoru – smēķēšana, kopējais holesterīna līmenis serumā un asinsspiediens – samazinājumu (Vartiainen et al). Atlikušo daļu – aptuveni vienu trešdaļu – var izskaidrot ar citiem faktoriem, galvenokārt, ar izmaiņām citos riska faktoros (kas nebija iekļauti analīzē), sekundāro profilaksi un akūtu kardiovaskulāro epizožu labāku ārstēšanu.

6. Veselības veicināšanas programmas novērtējums

Šajā nodaļā ir novērtēti šādi veselības veicināšanas programmas parametri: (i) veselības veicināšanas politikas organizācija; (ii) plānotās veselības veicināšanas aktivitātes (izmantotie pasākumi un mērķa grupas) un (iii) izvērtēšanas sistēma (indikatori un piedāvātie analīzes līmeņi), uzsverot potenciālās jomās, kurās jāveic uzlabojumi. Analīze tiek veikta attiecībā uz epidemioloģisko situāciju un slimību slogu Latvijā, kā arī starptautiskajām pamatnostādnēm un paraugpraksi.

Tiks novērtēti šādi pamatfaktori:

Veselības veicināšanas politikas organizācija	Vai veselības veicināšanas politikas mērķi ir saskaņoti ar slimību slogu, riska faktoriem un atbilstošu mērķauditoriju? Vai pastāv skaidri organizēta veselības veicināšanas institucionālā sistēma?
Veselības veicināšanas aktivitātes	Vai pastāv visaptveroša, starptautiskajai paraugpraksei atbilstoša veselības veicināšanas pieeja? Vai veselības veicināšanas aktivitātes ir paredzētas atbilstošiem riska faktoriem un mērķauditorijai (tostarp neaizsargātām iedzīvotāju grupām)?
Izvērtēšanas sistēma	Vai pastāv skaidra izvērtēšanas sistēma un vai ir atlasīti atbilstoši indikatori gan pašvaldību, gan valsts līmenī? Vai tiek izmantotas dažāda veida monitoringa un izvērtēšanas pieejas (tai skaitā ietekmes novērtējums)?

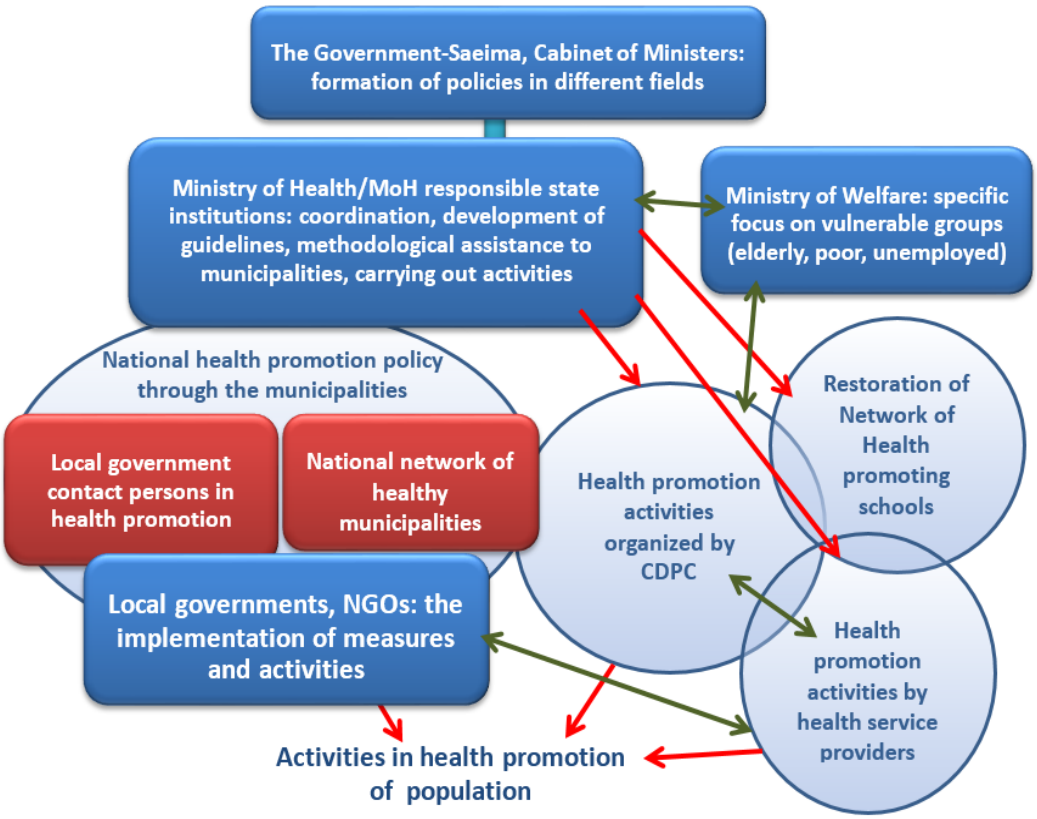
(i) <u>Veselības veicināšanas politikas organizācija</u>

Jaunajās Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2014. - 2020. gadam, ko Ministru Kabinets apstiprināja 2014. gada septembrī, ir noteiktas četras prioritārās veselības veicināšanas jomas: perinatālā un neonatālā veselība, onkoloģija, kardiovaskulārā veselība un garīgā veselība. Konkrētāk, stratēģijā ir uzskaitītas šādas rīcības jomas: veselīgs uzturs, fiziskas aktivitātes, garīgā veselība, seksuālā un reproduktīvā veselība, krūts zīdīšanas veicināšana, traumu profilakse, infekcijas slimību profilakse un atkarību izraisošu vielu lietošanas samazināšana.

Atlasītās četras galvenās veselības veicināšanas jomas ir pietiekami pamatotas. SAS ir galvenais slimību sloga un mirstības cēlonis Latvijā. Vēža izraisīta mirstība ir salīdzinoši augsta, un pastāv arī vēža pacientu agrīnas diagnostikas un ārstēšanas problēmas. Sirds un asinsvadu slimību, onkoloģisko slimību un citu neinfekcijas slimību profilaksē galvenajam uzsvaram ir jābūt uz četru galveno riska faktoru – tabakas smēķēšana, neveselīgs uzturs, mazkustīgs dzīvesveids un

kaitīgs alkohola patēriņš – samazināšanu. Garīgā veselība ir vēl viens no galvenajiem slimību sloga izraisītājfaktoriem Latvijā, lai gan dati par garīgās veselības problēmām un to pamatfaktoriem ir pārāk trūcīgi, lai precīzi definētu nepieciešamos profilakses pasākumus. Alkohola lietošanas īpatsvars, kas ir svarīgs garīgo slimību izraisītājfaktors, ir salīdzinoši augsts. Nelegālo narkotiku lietošanas īpatsvars ir salīdzinoši augsts, sevišķi jaunu vīriešu vidū Rīgā. Arī pašnāvību izraisītas mirstības rādītājs ir augstāks nekā Ziemeļvalstīs. Pēdējās divās desmitgadēs prenatālās un mātes un bērna mirstības attīstības tendences ir bijušas pozitīvas, taču mirstība joprojām pārsniedz Eiropas vidējo rādītāju.

Veselības veicināšanas institucionālajai sistēmai Latvijā ir raksturīga vienmērīga funkciju pārdale starp iestādēm un bieža par sabiedrības veselības jautājumiem atbildīgo iestāžu maiņa. Latvijas veselības veicināšanas organizatoriskā struktūra ir parādīta attēlā zemāk.



Kopš 2013. gada janvāra veselības veicināšanas aktivitāšu metodoģisko pārvaldību un koordināciju valsts un pašvaldību līmenī veic Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC), savukārt, Veselības ministrija (VM) atbild par veselības veicināšanas normatīvo bāzi, t.i., tiesību aktiem un politikas plānošanas dokumentiem valsts līmenī un politikas īstenošanas uzraudzību. Sociālā drošība un labklājība ir citas ministrijas – Labklājības ministrijas – pārziņā. Vietējo pašvaldību (municipalitāšu) lomu Latvijas veselības veicināšanas politikā nosaka Likums "Par pašvaldībām", t.i., veselīga dzīvesveida un sporta aktivitāšu veicināšana.

Lai sniegtu metodoloģisku atbalstu veselības veicināšanas politikas jomā pašvaldību iestādēm (uzsverot to likumā paredzēto lomu), kā arī darba un aktivitāšu organizēšanā, 2012. gadā VM laida klajā "Vadlīnijas pašvaldībām veselības veicināšanā". Šajās vadlīnijās ir apkopoti paraugprakses piemēri gan no Latvijas, gan ārvalstīm par dažādām veselības veicināšanas aktivitātēm četrām mērķa grupām – pirmsskolas un skolas vecuma bērniem, pieaugušajiem (strādājošajiem), jaunajām māmiņām un jaunajām ģimenēm, kā arī sirmgalvjiem (virs 65 gadiem). Vadlīniju galvenās jomas ir fiziskas aktivitātes, veselīgs uzturs, atkarību profilakse un ģimenes veselība (traumu profilakse, infekcijas slimību profilakse, mutes dobuma veselība, reproduktīvā veselība).

Kopš 2012. gada pašvaldības tiek aicinātas iecelt vienu veselības veicināšanas kontaktpersonu, kura sazināsies un sadarbosies ar SPKC. Pašlaik 86 no 119 pašvaldībām ir iecēlušas šādu kontaktpersonu vai nu uz pusslodzi vai pilnu slodzi. Pašvaldības, kuras ir iecēlušas veselības veicināšanas kontaktpersonu, regulāri saņem informāciju un metodoloģisko atbalstu veselības veicināšanas jomā, kā arī informāciju par valsts finansētām veselības veicināšanas aktivitātēm pašvaldībā, apmācību iespējām un izdotajiem materiāliem, utt. 2012. gadā ar Eiropas Sociālā fonda atbalstu tika organizēta 30 stundu apmācības programma vietējām veselības veicināšanas kontaktpersonām. Apmācību programma tika īstenota Rīgas Stradiņa Universitātē un Latvijas Ārstu biedrībā. Kopumā kursos piedalījās 204 cilvēki.

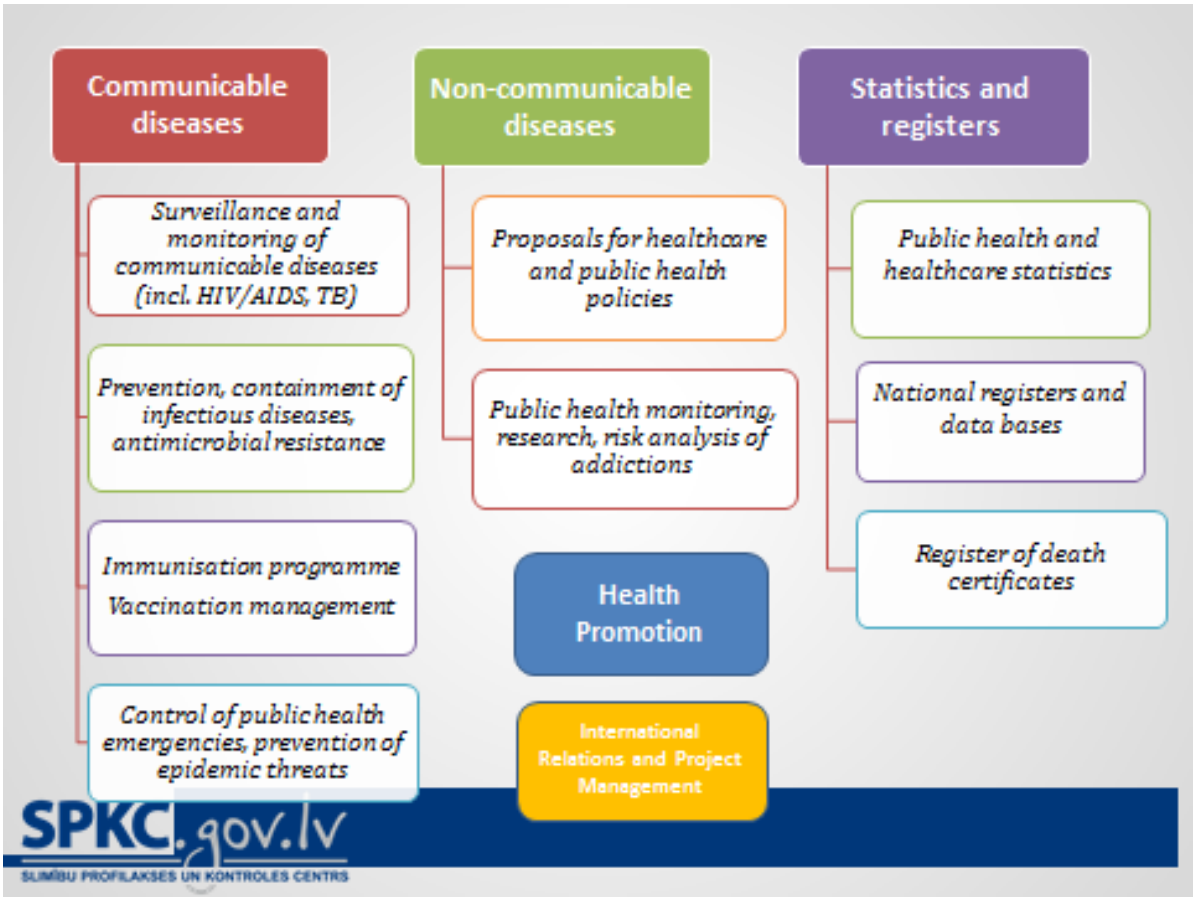
Lai sekmētu Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014. - 2020. gadam īstenošanu, VM sadarbībā ar PVO, Latvijas Pašvaldību savienību un Rīgas Stradiņa Universitāti ir izveidojusi Nacionālo veselīgu pašvaldību tīklu (NVPT) PVO veselīgu pilsētu programmas ietvaros. NVPT mērķis ir veicināt paraugprakses īstenošanu un ideju apmaiņu, lai atbalstītu pašvaldības un sniegtu metodoloģisku atbalstu dažādos sabiedrības veselības un veselības veicināšanas jautājumos. Līdzdalība NVPT ir brīvprātīga un bez maksas. NVPT jau ir pievienojušās 35 pašvaldības. Tīkls organizē saviem dalībniekiem seminārus un pieredzes apmaiņas vizītes. Katru gadu tīkls nosaka konkrētu veselības veicināšanas tēmu, ko īstenos pašvaldības. 2014. gadā izvēlētā tēma bija fizisku aktivitāšu sekmēšana.

Turklāt SPKC kopā ar VM un Izglītības un zinātnes ministriju, Izglītības kvalitātes valsts dienestu, Valsts Izglītības centru, Latvijas Pašvaldību savienību, Latvijas Vecāku forumu (NVO) un PVO ir uzsākuši Nacionālā Veselību veicinošā skolu tīkla atjaunošanu. Ir izveidota padomdevēja iestāde – Veselību veicinošo skolu (VVS) tīkla padome, kuras mērķis ir veicināt VVS izveidi, attīstību, koordināciju, sadarbību un monitoringu Latvijā. Iesaistīties var jebkura izglītības iestāde, kura vēlas īstenot veselības veicināšanas aktivitātes. Aktīvu dalībiestāžu uzņemšanu plānots veikt 2015. gadā.

Veselības veicināšanas organizatoriskā struktūra ir būtībā pareiza. Tā kā veselība un sociālā labklājība ir divu dažādu ministriju pārziņā, sadarbība starp šīm divām ministrijām ir ārkārtīgi svarīga. Eiropā pastāv divas veselības aizsardzības un sociālās labklājības organizēšanas tradīcijas: dažās valstīs par veselības aizsardzību un labklājību atbild viena un tā pati ministrija, savukārt, citās – divas atsevišķas ministrijas vai arī tiek apvienota sociālā labklājība un nodarbinātība. Abiem modeļiem ir teorētisks un praktisks pamatojums.

Turklāt veselības aizsardzība un labklājība ir ne tikai VM un Labklājības ministrijas uzdevums, bet ir nepieciešama arī starpnozaru sadarbība un citu ministriju iesaistīšanās. Iepriekšējos politikas dokumentos un jaunajās Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2014. - 2020. gadam veselības veicināšanas metodes ir galvenokārt saistītas ar izglītības un sociālās komunikācijas aktivitātēm, kuru mērķis ir veicināt veselīgus apstākļus, dzīvesveidu, paradumus un, zināmā mērā, pārorientēt veselības aprūpes pakalpojumus, taču citu veselības veicināšanas komponentu, proti, vides maiņas un sociālo apstākļu, īstenošana un starpnozaru sadarbība ir vāja un ir jāattīsta. Nepieciešams visaptverošs plāns un pastāvīga struktūra gan valsts, gan vietējā līmenī starpnozaru sadarbības un veselības aizsardzības rīcības jomās. Lai mainītu paradumus, samazinātu riska faktoru līmeni un slimību slogu, veselīgām izvēles iespējām jābūt lietderīgām un vienkāršām.

SPKC organizatoriskā struktūra ir raksturota zemāk. Organizācijas galvenās funkcijas ir infekcijas un neinfekcijas slimību profilakse un kontrole, datu vākšana un statistikas reģistru uzturēšana, veselības veicināšana un starptautiskās attiecības, kā arī projektu vadība. SPKC ir jāplāno un jāorganizē apsekojumi par veselību ietekmējošiem paradumiem. Praktisko datu vākšanu veic ārpakalpojumu sniedzēji, taču organizācija uzrauga šo procesu. Šobrīd SPKC ir 150 štata darbinieki, no kuriem trīs ceturtdaļas ir universitāšu absolventi, tai skaitā 10 – ar doktora grādu.



Veselības veicināšanas programmas īstenošanā SPKC loma ir ārkārtīgi svarīga. Tam ir nepieciešams skaidrs mandāts valdības sistēmā un pietiekams cilvēkresursu un materiālo resursu apjoms, kā arī organizatoriskā un finanšu nepārtrauktība. Veselības veicināšanas kontaktpersonu tīkla izveide pašvaldību līmenī ir ļoti noderīga, lai gan tīkls pagaidām neaptver visas pašvaldības. Nepieciešama nepārtraukta komunikācija un sadarbība starp SPKC un kontaktpersonām (izmantojot tiešu komunikāciju, kopēju tīmekļa vietni, informatīvo izdevumu, sanāksmes, apmācību seminārus, konferences, utt.). Kontaktpersonām ir vajadzīgs skaidrs mandāts pašvaldību līmenī, un tām jābūt starpnozaru sadarbības veicinātājām veselības veicināšanas jomā pašvaldību līmenī. Veselību veicinošās pašvaldības (pilsētas) un veselību veicinošās skolas ir labi izveidotas, konkrētai darbības vietai paredzētas veselības veicināšanas stratēģijas. Veselību veicinošas darbavietas varētu būt trešā konkrētai darbības vietai paredzēta stratēģija. Šo stratēģiju plānošanai un īstenošanai, kā arī aktivitātēm ir jābūt saskaņotām un cieši saistītām ar citām SPKC veselības veicināšanas aktivitātēm un vietējiem veselības veicināšanas kontaktpunktiem.

(ii) Veselības veicināšanas aktivitātes

Veselības veicināšanas plāns visam periodam no 2014. - 2020. gadam ietver 36 atšķirīgas programmas ar kopējo budžetu, kas pārsniedz 50 miljonus eiro un ko finansē Eiropas Savienība (1. pielikums). Programmas tēmas ir sadalītas šādās plašākās jomās:

- atkarību izraisošu vielu (alkohola, narkotiku un tabakas) un procesu (azartspēles, datorspēļu atkarība utt.) izplatības samazināšana;
- veselīgas pārtikas popularizēšana;
- fizisku aktivitāšu popularizēšana sabiedrībā;
- seksuālā un reproduktīvā veselība;
- ārēju mirstības cēloņu, traumatisma profilakse;
- mutes veselība;
- infekcijas slimību izplatības samazināšana;
- garīgā veselība (stresa pārvaldība, garīgā pārslodze, darbaholisms utt.).

Programmas tēmas ir aktuālas, taču to īstenošanas plāns ir neskaidrs un ir jāpārskata. Balstoties uz epidemioloģijas datiem par veselību ietekmējošiem paradumiem, riska faktoriem un mirstību, īpaša uzmanība jāpievērš divām jomām: tabakas smēķēšanas un alkohola lietošanas samazināšana. Veselīga uztura un fizisku aktivitāšu popularizēšana ir vienlīdz svarīgi, taču daudz sarežģītāki jautājumi, un var būt nepieciešama papildu informācija, lai efektīvi tos risinātu.

Galvenās plānotās programmas aktivitātes ir: (1) tematiskas lekcijas un semināri, (2) interešu grupu organizēšana, (3) pedagogu-vienaudžu izglītības programmu izstrāde, (4) izglītojošu īsfilmu uzņemšana, (5) interaktīvas, izglītojošas stundas, (6) aktivitātes pašvaldībās, kuru mērķis ir konkrētu paradumu vai iespēju popularizēšana, (7) profilaktisku papildprogrammu izstrāde un īstenošana izglītības iestādēs, (8) vasaras nometņu organizēšana, (9) informatīvu materiālu radīšana (plakāti, grāmatas, brošūras, audiovizuālie materiāli) un (10) kombinēti, publiski pieejami informatīvie materiāli. Visas norādītās aktivitātes ir saistītas ar informācijas izplatīšanu

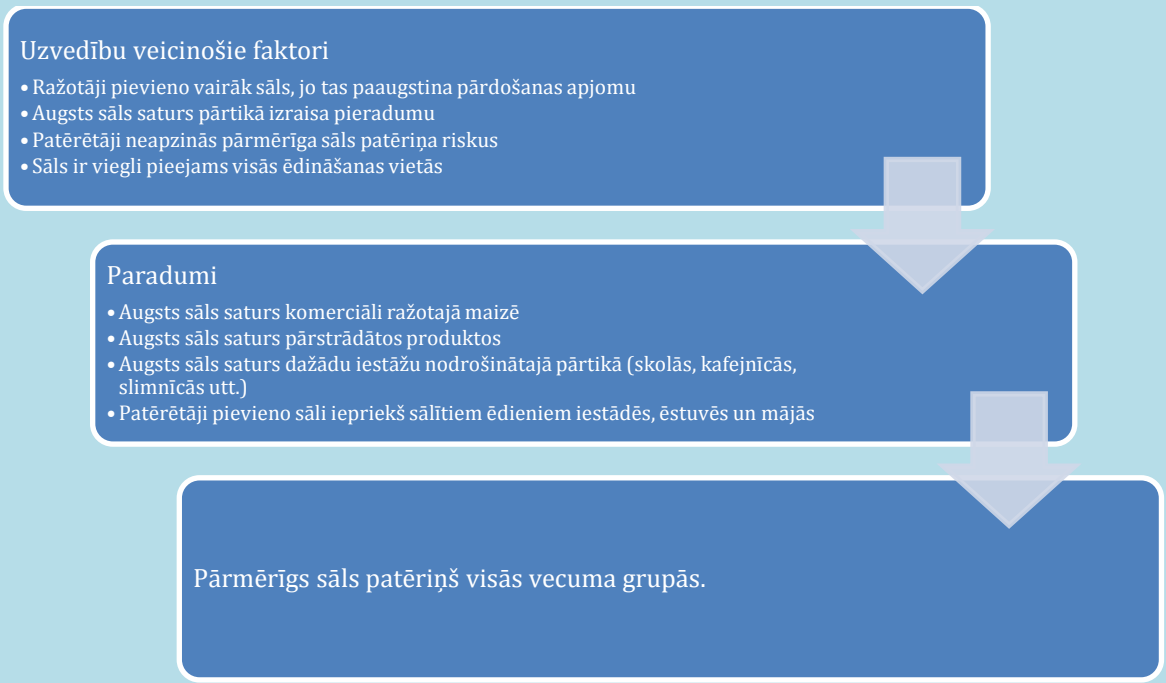
kā galveno uzvedības maiņas metodoloģiju. Papildus šīm atsevišķajām aktivitātēm ir nepieciešama plašāka sociālekonomiskā un vides pieeja.

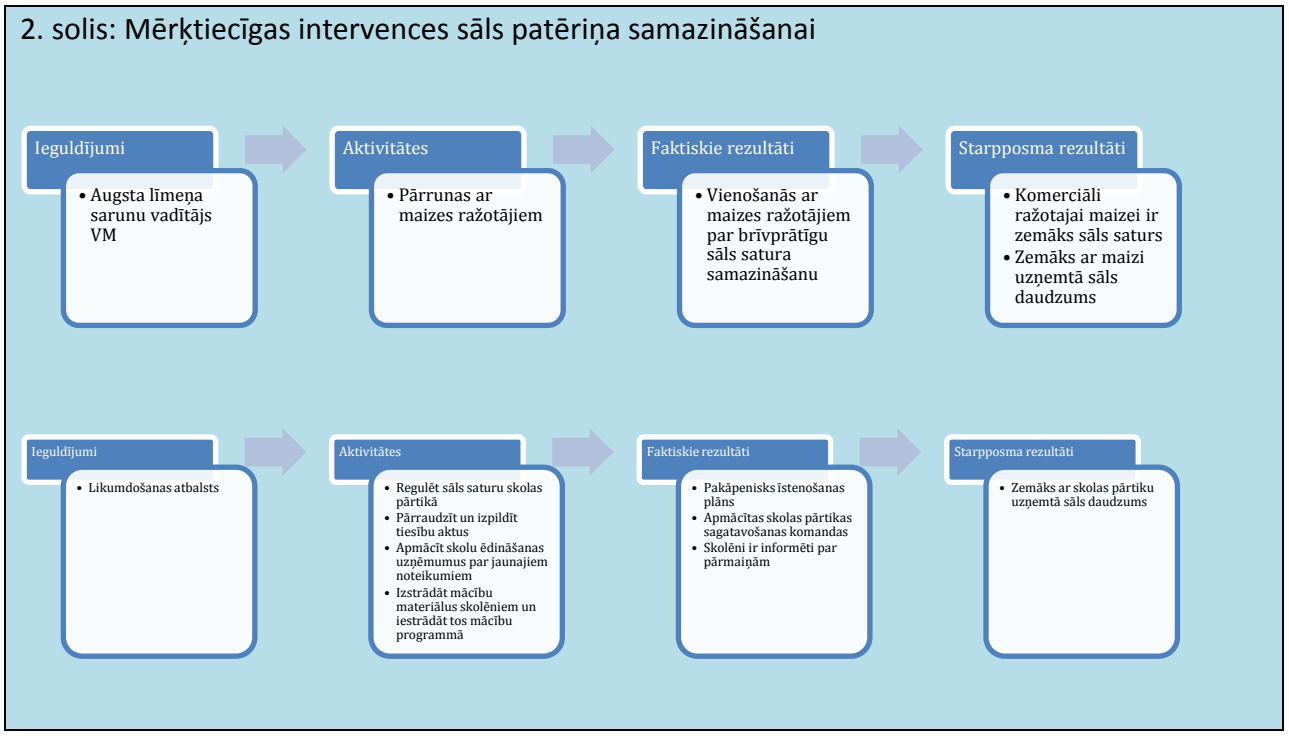
Lai izdotos efektīvi samazināt galvenos neinfekcijas slimību riska faktorus un slimību slogu, līdztekus informācijai un komunikācijai ir jāveido veselību veicinoša vide. Piemēram, intervence, kuras mērķis ir izglītot bērnus par to, cik bīstami ir lietot uzturā pārmērīgu sāls daudzumu, diez vai būs iedarbīga, ja tā netiks papildināta ar centieniem samazināt sāls saturu pārtikā, ko parasti patērē bērni un pusaudži: to var panākt, reglamentējot un pārraugot sāls saturu skolas pārtikā un veicot pārrunas ar ražotājiem. Vides maiņas instrumenti var būt nodokļu un cenu politika, tiesību akti un regulējums, vides plānošana, sadarbība starp valsts pārvaldes sektoru un publiskajām-privātajām partnerībām.

Lai varētu īstenot vides maiņas intervences, vispirms ir jānosaka konkrētu slimību riska faktori, kā arī jāizanalizē saistītie paradumi un uzvedību noteicošie faktori, kas rada šos riska faktorus. Kad saistītie paradumi un uzvedību noteicošie faktori ir identificēti, var veikt mērķtiecīgāku intervenci. Piemērā zemāk ir atspoguļots mērķtiecīgas intervences process, lai samazinātu augstu sāls patēriņu, kas ir sirds un asinsvadu slimību riska faktors.

Piemēri: Intervenču izstrāde augsta sāls patēriņa samazināšanai

1. solis: Noteikt saistītos paradumus un uzvedību veicinošos faktorus





Lai gan neinfekcijas slimību profilakse lielākoties tiek veikta ārpus veselības aprūpes nozares, ārstu un citu veselības aprūpes speciālistu līdzdalība un atbalsts ir svarīgs veiksmīga iznākuma priekšnoteikums. Parasti veselības aprūpes speciālisti ir uzticami eksperti un sabiedriskās domas veidotāji kopienā, kurā viņi strādā. Divi no deviņiem PVO Rīcības plāna mērķiem ir tieši saistīti ar veselības aprūpes dienestiem. Veselības aprūpes iestādes veic riska faktoru skrīningu, un konsultācijas par veselīgu dzīvesveidu ir katra pacienta ārstēšanas sastāvdaļa. Sevišķs uzsvars būtu jāliek uz smēķēšanas atmešanu un atbalsta sniegšanu smēķētājiem.

Neaizsargāto grupu iesaistīšana

Veselības veicināšanas plānā ir izceltas piecas sociāli atstumtās grupas: bērni, vecāka gadagājuma cilvēki, bezdarbnieki un cilvēki, kuri dzīvo lauku un attālos apvidos. Šo mērķauditoriju cilvēki var būt raksturoti kā "grūti iesaistāmi", jo viņi ir mazāk iesaistīti ikdienas dzīvē, pakalpojumu piegādes sistēmās un komunikāciju tīklos.

Latvijā, tāpat kā daudzās citās valstīs, cilvēkiem ar mazākiem ienākumiem un sliktāku izglītību ir sliktāka veselība, sliktāka piekļuve veselības aprūpes pakalpojumiem un īsāks mūža ilgums salīdzinājumā ar cilvēkiem ar augstākiem ienākumiem un labāku izglītību (Sabiedrības Veselības pamatnostādnes 2011. - 2017. gadam). Nav pieejami detalizēti dati par sociālekonomiskajām atšķirībām veselības jomā Latvijā, taču vienā no jaunākajiem pārskatiem par 13 Eiropas valstīm ir redzams, ka sociālekonomiskās atšķirības Baltijas kaimiņvalstīs – Igaunijā un Lietuvā – ir lielākas nekā citās Eiropas valstīs, un pēdējās divās desmitgadēs nevienlīdzība veselības jomā šajās divās valstīs ir ievērojami pieaugusi (Mackenbach et al). Situācija Latvijā varētu būt līdzīga,

tādēļ tai jāpievērš īpaša uzmanība, sākot ar datu vākšanu un analīzi, lai izpētītu riska faktoru sociālekonomiskās atšķirības un saistītos veselības rādītājus.

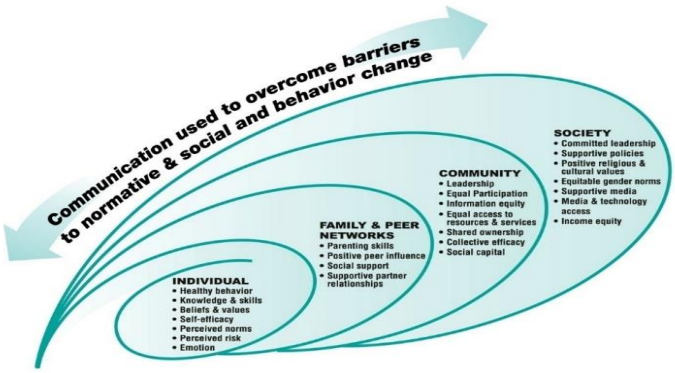
Nesen Vācijā veiktā pētījumā ir uzsvērta nepieciešamība pēc sociālā nodrošinājuma sistēmas iesaistīšanas intervencēs, lai cīnītos ar bezdarbu[1]. Latvijas gadījumā tai vajadzētu būt Labklājības ministrijai. Šīs sistēmas līdzdalība varētu būt nepieciešama arī nabadzīgo un gados vecāku cilvēku iesaistīšanai, jo tās ir vienas no ministrijas apkalpotajām mērķa grupām. Atsaucei ir pieejamas arī uz faktiem balstītas vadlīnijas, kas palīdz izstrādāt pieejas gados vecāku cilvēku iesaistīšanai[2, 3]. Dažās valstīs, piemēram, Austrālijā, ir pievērsta īpaša uzmanība veselības veicināšanas pakalpojumu izstrādei lauku un attālākajos apvidos, un ar dažām no šīm pieejām būtu vērts iepazīties, lai novērtētu to īstenojamību Latvijā[4].

Katrai no sešām sociāli atstumtajām grupām ir nepieciešama viņu vajadzībām pieskaņota komunikācija, lai nodrošinātu tām informāciju un sociālo atbalstu, kas atbilst viņu dzīvesveidam un ir savlaicīgs, sniedzot veselīgākas izvēles iespējas.

Apzinoties, ka uzvedība vienmēr izpaužas noteiktā sociālā kontekstā, sociālekonomiskā sistēma 1. attēlā zemāk ir noderīgs modelis, kas palīdz noteikt, kādas sakarības pastāv starp konkrētu uzvedību un sociālo kontekstu.

Jebkurā līmenī var rasties šķēršļi konkrētai uzvedībai, un komunikācija palīdz pārvarēt šos ierobežojumus attiecīgajā līmenī. Indivīdiem, mājsaimniecībām un kopienām ir nepieciešamas stratēģiski izstrādātas sociālo un uzvedības izmaiņu komunikācijas (SBCC – social and behavior change communication) iniciatīvas, lai ierosinātu dialogu par jaunu sociālo normu un paradumu pieņemšanu. Veselības aprūpes speciālistiem, pedagogiem un citiem, kuri sniedz sociālos pakalpojumus, ir vajadzīgas labākas komunikācijas prasmes, labvēlīga organizatoriskā vide un atbalstošas politikas nostādnes, kā arī vadītāji, lai viņi varētu radīt un efektīvi īstenot šādas SBCC programmas.

1. attēls: Komunikācijas sociālekoloģiskais modelis



Sociālekoloģiskajā modelī ir arī uzsvērts, cik svarīgi ir integrēt SBCC pasākumus pasākumu kopumā, kura mērķis ir paplašināt pakalpojumus, uzlabot piekļuvi precēm un apmācīt un sagatavot pakalpojumu sniedzējus. Bez šādas sasaistes nebūs iespējams efektīvi apmierināt

[1] Brussig, M. et al, "*Health promotion for unempl* 114 (2014), 192-199.

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

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

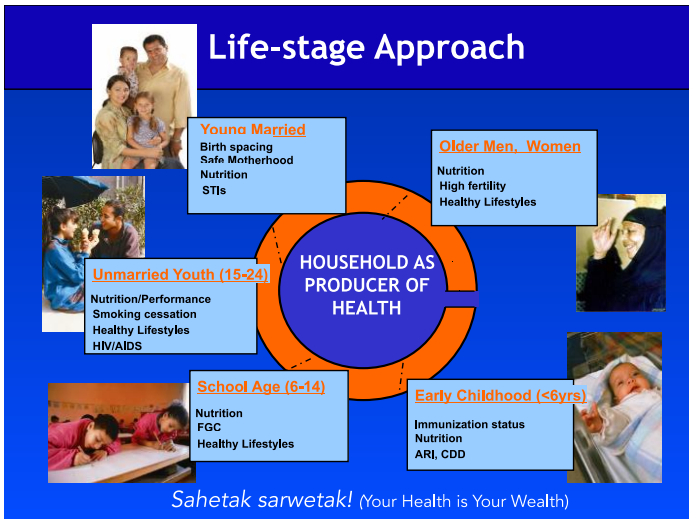
[4] Skat., piemēram: http://ruralhealth.org.au/news/shining-light-rural-and-remote-health-0, or Commonwealth of Australia, *National Strategic Framework for Rural and Remote Health*, Canberra, 2012

paaugstināto pieprasījumu pēc produktiem un/vai pakalpojumiem, kas radīs neapmierinātību mērķauditorijā un var izraisīt negatīvu reakciju uz šiem vēstījumiem.

Ņemot vērā mērķauditoriju un par prioritārajām noteikto vajadzību daudzveidību Latvijā, visgrūtākais uzdevums būs izstrādāt visaptverošu tēmu vai stratēģisko fokusu, kas apvienos visu vienotā veselumā. Vienā no šādām pieejām uzsvars ir likts uz ģimeņu dzīves posmiem jeb dzīves ciklu. Ēģiptē no 2004. - 2011. gadam īstenotajā integrētajā valsts veselības programmā "Komunikācija veselīgākai dzīvei" ("*Communication for Healthy Living*" (CHL)) priekšplānā tika izvirzītas "ģimenes kā veselības veidotājas" un stratēģiski tika sadalītas dažādu mērķauditorijas apakšgrupu vajadzības atkarībā no to dzīves posma (Hess et al., 2012). Tajā pašā laikā CHL programmas devīze "Tava veselība ir tava bagātība" kļuva par visas kampaņas vadmotīvu (skat. 2. attēlu).

Tika izstrādātas īpašas uzvedības maiņas komunikatīvās aktivitātes katram mērķauditorijas segmentam un vēlamajam paradumam, ņemot vērā unikālo faktoru kopumu, kas ietekmē attiecīgo mērķauditorijas segmentu. Vienlaikus tēma "veselība ir bagātība" atbilda sabiedrībā plaši atbalstītai vērtībai, kas tika konstatēts priekšizpētē un guva atsaucību visās sabiedrības vecuma grupās. Turklāt, lai gan katrai vecuma grupai bija konkrēti uzvedības mērķi, vispārējā sistēma paredzēja, ka tie ir pārejas posmi un iedarbojās uz ģimenēm un kopienu kā vienotu veselumu. Veselībai labvēlīgu paradumu apgūšana agrīnā posmā vai kolektīvi ir pozitīvs ieguldījums veselības jomā un tam būs kumulatīva, paliekoša ietekme uz veselību ietekmējošiem paradumiem nākotnē.

2. attēls: Uz dzīves posmiem balstīta pieeja



Atsevišķi paradumi, piemēram, roku mazgāšana, svarīgākās higiēnas iemaņas un uzturs ir svarīgi visos dzīves posmos tāpat kā noteikta attieksme, prasmes un resursi (piemēram, pašpietiekamība vai pašpārliecinātība, rūpējoties par savu veselību; spēja sameklēt un saprast ar veselību saistītu informāciju; spēja piekļūt pakalpojumiem, veselības precēm un sociālajam atbalstam). Citā integrētajā pieejā "Veselības kompetence" (Storey et al. Pollock & Storey 2012) tika nostiprināti šādi savstarpēji saistīti paradumi, attieksme, prasmes un resursi, lai veicinātu veselībai labvēlīgu lēmumu pieņemšanu visdažādākajās dzīves situācijās. Pētījumi liecina, ka veselības jomā zinoši indivīdi laika gaitā praktizē vairāk veselību veicinošu paradumu un ka agrīnai veselības kompetences apguvei ir katalītiska iedarbība uz turpmāko uzvedību.

Komunikācijas plānošanas process (P-Process™)

Latvija piedāvā iesaistīt dažādus valsts pārvaldes partnerus no veselības aizsardzības, izglītības, lauksaimniecības un citām nozarēm, kā arī mediju un sabiedrības pārstāvjus. Stratēģija ir jāizstrādā kā kopdarbs, kurā ir iesaistītas visas ieinteresētās puses, lai panāktu maksimālu vienprātību un līdzdalību un nodrošinātu saskaņotu darbību dažādās nozarēs, veselības jomās un sabiedrības līmeņos. Ieinteresētās puses ir jāiesaista ne tikai plānošanas, bet arī radošajā posmā, kad tiek izstrādāti un pielāgoti vietējām vajadzībām vēstījumi un materiāli, vienlaikus nodrošinot vēstījumu atbilstību kampaņas vispārējai tēmai un "zīmola koncepcijai". Plaša ieinteresēto pušu iesaiste arī stiprina kopējo pētniecības, monitoringa un izvērtēšanas procesu, kas ir lēmumu pieņemšanas un ietekmes novērtējuma pamats. Visbeidzot, ieinteresēto pušu iesaiste un līdzdalība visos līmeņos palīdz īstenot procesu "mācīšanās darot", kas attīsta kapacitāti turpmākajām komunikācijas kampaņām.

3. attēls: P-process

P-process (3. attēls) (HCCC, 2013) ir stratēģiskās komunikācijas plānošanas ceļvedis. Tas nodrošina, ka komunikācijas aktivitātes un faktiskie rezultāti tiek koordinēti un saskaņoti, lai sasniegtu nospraustos mērķus un uzdevumus. Tas balstās uz pierādījumiem, un parasti tajā ir noteiktas mērķauditorijas, komunikācijas mērķi, stratēģiskās pieejas, pozicionēšana un vēstījumi, kā arī īstenošanas plāni un monitorings un izvērtēšana. Tas sastāv no pieciem soļiem.



- **Priekšizpētes** mērķis ir gūt dziļāku izpratni par sociālo un uzvedības izmaiņu komunikācijas (SBCC) izaicinājumiem konkrētā kontekstā un par sociālajiem un uzvedību noteicošajiem faktoriem, kas kavē vēlamo paradumu pārņemšanu. Latvija jau ir ļoti daudz paveikusi šajā posmā un ir pilnībā gatava izstrādāt stratēģisku komunikācijas plānu, balstoties uz situācijas analīzi.
- **Stratēģijas izstrāde** nozīmē sastādīt plānu, kas būs visiem pieņemams. Tas ietver konceptuālās bāzes (pārmaiņu teorija) un tēmas jeb zīmola izstrādi, kas virzīs un apvienos visas aktivitātes un vēstījumus. Tiek noteikti mērķauditorijas segmenti un sastādīts to profils, tiek identificēti komunikācijas kanāli, kas palīdzēs sasniegt vēlamās mērķauditorijas un kas ir piemēroti nepieciešamo vēstījumu nodošanai. Tiek izstrādāti darba plāni un monitoringa un izvērtēšanas plāns. Arī šajā posmā Latvija ir ļoti daudz paveikusi, taču varētu būt nepieciešams veikt neaizsargāto iedzīvotāju grupu papildu analīzi no komunikācijas perspektīvas un identificēt vienojošu pārmaiņu teoriju un programmas zīmolu, kas ļaus apvienot visas aktivitātes un vēstījumus.
- **Izstrādes un pārbaužu** posmā tiek radīti programmas komunikācijas produkti, tai skaitā – plašsaziņas līdzekļu un drukātie materiāli, līdzdalības procesi, apmācību kursi, kopienas pasākumi u.c. programmas stratēģijai, tēmai un zīmolam atbilstoši elementi, kas vislielākajā mērā ietekmēs priekšizpētes posmā noskaidrotos uzvedību ietekmējošos faktorus. Svarīgi veikt iepriekšējas pārbaudes, lai pārliecinātos, ka vēstījumi ir skaidri un īstenojami.

- **Mobilizācijas un monitoringa** posmā notiek īstenošana un rūpīgs procesa monitorings, lai pārliecinātos, ka stratēģiskais plāns tiek īstenots paredzētajā veidā. Vietējām ieinteresētajām pusēm ir jābūt galvenajām monitoringa veicējām, lai varētu identificēt un nepieciešamības gadījumā novērst problēmas vai trūkumus.
- **Izvērtēšanas un pilnveides** posmā ir jānosaka, kādas pārmaiņas notikušas starpposma uzvedību ietekmējošajos faktoros, kuri ir iekļauti programmas stratēģijā, un kādi rezultāti veselības jomā ir sasniegti šo starpposma pārmaiņu rezultātā. Precīzi ietekmes izvērtēšanas paņēmieni ļauj noteikt, kāda ir programmas ietekme uz šiem faktiskajiem rezultātiem, lai izdarītu secinājumus par cēloņsakarībām un pārliecinātos, ka konkrētā, programmai izstrādātā stratēģija nodrošina mehānismu pārmaiņu īstenošanai. Tas ir svarīgs mācīšanās aspekts, kas palīdz sabiedrības veselības programmām gadu gaitā attīstīties un pilnveidoties.

Taču, lai novērstu nevienlīdzību veselības jomā, parasti vides pārmaiņu ieviešana vispārējā veselības veicināšanas stratēģijā ir daudz efektīvāka nekā tikai veselības izglītība un komunikācija. Izglītoti cilvēki ir izglītotāki arī veselības jomā, viņu rīcībā ir vairāk resursu un viņi vairāk rūpējas par savu veselību, tādēļ viņi parasti gūst lielāku labumu no veselības izglītības kampaņām nekā cilvēki ar zemāku izglītības līmeni. Savukārt, tabakas cenu pieaugums un veselīgas pārtikas cenu samazinājums vairāk ietekmē nabadzīgus cilvēkus, nevis bagātus cilvēkus, un veselīgas bezmaksas ēdienreizes skolā nodrošina kvalitatīvāku uzturu bērniem no nabadzīgām ģimenēm.

(iii) <u>Izvērtēšanas sistēma</u>

Plānotā izvērtēšanas sistēma sastāv no 22 indikatoriem un atsevišķa veselības novērtējuma plāna vietējā līmenī (2. pielikums). Ierosinātie indikatori ir iedalīti sešās grupās: vispārīgi (viens indikators), SAS (4 indikatori), onkoloģija (3 indikatori), garīgā veselība (6 indikatori), perinatālā veselība (3 indikatori) un sociālekonomiskā situācija (3 indikatori). Vairums indikatoru ir saistīti ar mirstību, saslimstību un veselības pakalpojumu izmantošanu. Katram indikatoram ir noteikts arī datu vākšanas līmenis (”pieejamība” un “izmantojamība”). Sīkāka informācija par indikatoriem ir sniegta pielikumā.

Lai gan šie indikatori ir svarīgi veselības aprūpes novērtēšanai Latvijā, šajā posmā tos nevar izmantot plānotās veselības veicināšanas programmas izvērtēšanai. Saslimstības un mirstības vietā uzsvaram ir jābūt uz veselību ietekmējošu paradumu un riska faktoru līmeņa, kā arī saistīto zināšanu un attieksmes monitoringu. Šie starpposma faktori atspoguļo pārmaiņas dažu gadu laikā, savukārt, programmas ietekme uz mirstību būs redzama tikai pēc 5-10 gadiem. Turklāt var rasties vairāki saslimstību un mirstību ietekmējoši blakus faktori, kas apgrūtinātu veselības veicināšanas intervenču ietekmes precīzu noteikšanu.

Piemēram:

- Ceļu satiksmes drošības kampaņā tās ietekmi uz ceļu satiksmes negadījumu upuru skaitu varētu padarīt neskaidru tādi faktori, kā neatliekamās medicīniskās palīdzības

pieejamība, ceļa apstākļi vai laikapstākļi. Taču tādi faktori, kā drošības jostu un ķiveru lietošana un transporta līdzekļa vadīšanas alkohola reibumā sastopamība ir starpposma iznākumi, kas var sniegt labu priekšstatu par to, vai intervences darbojas.

- Veselības veicināšanas kampaņā skolā būs gandrīz neiespējami noteikt saikni ar vēža un sirds un asinsvadu slimību izplatību, jo paietu ļoti ilgs laiks, līdz rastos pietiekams saslimstības gadījumu skaits. Taču ir iespējams izmērīt riska faktoru līmeņa samazinājumu tādās jomās, kā, piemēram, bērnu aptaukošanās/ĶMI, fiziskas aktivitātes, tabakas lietošana, kā arī faktiskos rezultātus, piemēram, pusaudžu grūtniecība.

Jānosaka konkrēti riski, kam tiks pievērsta uzmanība programmas ietvaros. Tie ir jādefinē līdztekus prioritārajām slimību jomām. Bez tam, tā kā katrai vecuma grupai ir atšķirīgs fokuss, programmas struktūra ir jāveido, nosakot riska faktorus pēc dzīves cikla posma. Prioritāro risku karte varētu izskatīties šādi:

	Zīdaiņi un pirmsskolas vecuma bērni	Skolēni	Agrīnais pusaudžu vecums, pusaudži	Jaunieši	Vidējā vecuma pieaugušie	Vecāka gadagājuma cilvēki
Mātes un bērna veselība, seksuālā un reproduktīvā veselība	Netiek zīdīts vai tiek nepietiekami zīdīts ar krūti		STS, pusaudžu grūtniecība	STS, neplānota grūtniecība	STS	
Garīgā veselība un atkarības		Iebiedēšana jeb bulings	Smēķēšanas uzsākšana, narkotiku lietošanas uzsākšana, alkohola lietošana, iebiedēšana jeb bulings	Tabakas lietošana, alkohola lietošana, pārmērīga alkohola lietošana, stress	Tabakas lietošana, narkotiku lietošana, pārmērīga alkohola lietošana	Tabakas lietošana, narkotiku lietošana, pārmērīga alkohola lietošana
Sirds un asinsvadu slimības un vēzis		Aptaukošanās, zems augļu un dārzeņu patēriņš, augsts sāls patēriņš, fizisku aktivitāšu trūkums	Aptaukošanās, zems augļu un dārzeņu patēriņš, augsts sāls patēriņš, fizisku aktivitāšu trūkums	Aptaukošanās, zems augļu un dārzeņu patēriņš, augsts sāls patēriņš, fizisku aktivitāšu trūkums Smēķēšana, pārmērīga alkohola	Aptaukošanās, zems augļu un dārzeņu patēriņš, augsts sāls patēriņš, fizisku aktivitāšu trūkums Smēķēšana, pārmērīga	Aptaukošanās, zems augļu un dārzeņu patēriņš, augsts sāls patēriņš, fizisku aktivitāšu trūkums Smēķēšana,

				lietošana	alkohola lietošana	pārmērīga alkohola lietošana
Nelaimes gadījumi un ārēji cēloņi	ZPNS (zīdaiņu pēkšņās nāves sindroms), kritieni, noslīkšana, satiksmes negadījumi			Transportlīdzekļu vadīšana alkohola reibumā vai bez pietiekamas pieredzes	Droša transportlīdzekļa vadīšana	

Reizi gadā vai vismaz reizi divos gados ieteicams veikt veselību ietekmējošu paradumu, sevišķi smēķēšanas ieraduma, monitoringu, veicot interviju vai aptaujas veida apsekojumus. Fizisko un bioloģisko riska faktoru dati ir jāvāc ik pēc 4 līdz 5 gadiem.

Papildus indikatoru monitoringam ir jāapsver citu izvērtēšanas pieeju izmantošana. Tās ietver izvērtējumu un ietekmes izvērtējumu.

Monitoringa un izvērtēšanas pieeju veidi

Ir trīs vispārīgi monitoringa un izvērtēšanas darbību veidi: monitorings, izvērtējums un ietekmes izvērtējums.

Monitorings ir nepārtraukts process, kura laikā tiek sekots programmas norisei un tiek izmantoti savāktie dati, lai iegūtu informāciju par programmas īstenošanu un ikdienas pārvaldību un lēmumiem. Parasti monitoringa laikā tiek sekots ieguldītajam darbam, aktivitātēm un faktiskajiem rezultātiem. Monitorings ir jāveic visu programmu gadījumā, pat ja to īstenošana norit veiksmīgi.

Izvērtējumi ir periodiski, objektīvi plānotu, notiekošu vai pabeigtu projektu, programmu vai nostādņu novērtējumi. Tos izmanto, lai iegūtu atbildes uz konkrētiem jautājumiem, kas ir saistīti ar struktūru, īstenošanu un rezultātiem. Vispārīgi runājot, izvērtējumos var tikt uzdoti trīs veidu jautājumi: (i) aprakstoši jautājumi: izvērtējuma mērķis ir noskaidrot, kas notiek, un raksturot procesus, apstākļus, organizatoriskās attiecības un ieinteresēto pušu viedokļus; (ii) normatīvie jautājumi: izvērtējumā tiek salīdzināts tas, kas notiek, ar to, kam būtu jānotiek, un (iii) cēloņsakarību jautājumi: izvērtējumā tiek pētīti faktiskie rezultāti, cenšoties novērtēt, vai intervencēm ir pozitīva ietekme uz šiem rezultātiem.

Ietekmes izvērtējumi ir īpašs izvērtējuma veids, kura mērķis ir atbildēt uz cēloņsakarību jautājumiem, t.i., kāda ir programmas ietekme (jeb cēloņsakarība) uz interesējošo rezultātu? Ietekmes izvērtējumā tiek meklētas izmaiņas faktiskajos rezultātos, kas ir tieši saistīti ar

programmu. Ietekmes izvērtējumi var būt dārgi, ilgstoši un var ierobežot programmas īstenošanu. Lai attaisnotu augstas kvalitātes ietekmes izvērtējuma veikšanai nepieciešamos tehnisko un finanšu resursu izlietojumu, vērtējamajai intervencei ir jābūt: (i) novatoriskai – tiek pārbaudīta jauna, daudzsološa pieeja; (ii) īstenojamai citviet – programmas mērogu var paplašināt vai īstenot citos apstākļos; (iii) stratēģiski aktuālai – programma ir pamatiniciatīva, tai vajadzīgs ievērojams resursu apjoms, tā aptvers lielu cilvēku skaitu vai varētu radīt vērā ņemamus ietaupījumus; (iv) nepārbaudītai – ir maz informācijas par programmas efektivitāti; (v) ietekmīgai – rezultāti tiks izmantoti, lai iegūtu informāciju svarīgu politikas lēmumu pieņemšanā.

Ietekmes izvērtējumā tiek noteikta programmas ietekme, salīdzinot vienu intervenču labumguvēju kopu ar citu labumguvēju kopu, kas ir līdzīga, taču negūst labumu no intervences. Tāpat kā medicīniskos eksperimentos "zelta standarta" metode ir pēc nejaušības principa sadalīt iespējamos labumguvējus divās apakšgrupās – eksperimentālajā grupā un kontrolgrupā.

Latvijā neapšaubāmi ir iespējas izmantot dažādas ietekmes izvērtējuma stratēģijas. Piemēram:

1. Vairāk kā 100 lauku pašvaldību pieejamība nozīmē, ka varētu īstenot novērtēšanas programmas pašvaldību līmenī. Piemēram, ja pašvaldībām ir jāizstrādā pašvaldības rīcības plāns, varētu izmantot ieviešanas pieeju, kur 50 pēc nejaušības principa izvēlētām lauku pašvaldībām ir jāizstrādā un jāīsteno plāns. Tā būtu pašvaldību "eksperimentālā" grupa, savukārt, pārējās pašvaldības veidotu "kontrolgrupu". Kad izvērtējums parāda, ka programma ir efektīva, to var ieviest citās pašvaldībās. Ja izvērtējums parāda, ka programma nav efektīva, vajadzētu atteikties no šīs programmas īstenošanas atlikušajās pašvaldībās un vajadzētu izstrādāt labāku pieeju.

2. Ja intervenču mērķauditorija ir bērni un tās tiek veiktas skolās, varētu īstenot ieviešanas plānu, kur skolas tiek atlasītas dalībai izvērtēšanas pētījumā, iedalot pusi skolu eksperimentālajā grupā un otru pusi – kontrolgrupā. Šī metodoloģija varētu būt lietderīga skolās īstenojamu programmu izmēģināšanai, lai palielinātu fizisko aktivitāšu īpatsvaru un uzlabotu ēšanas paradumus skolēnu vidū.

Citās programmās, piemēram, par sāls satura samazināšanu pārstrādātos produktos, nevar veikt ietekmes izvērtējumu, jo nav iespējams identificēt eksperimentālās un kontrolgrupas. Taču šo programmu ir iespējams novērot un izvērtēt: piemēram, varētu būt lietderīgi periodiski ievākt Latvijā pārdotās maizes reprezentatīvu izlasi, lai pārliecinātos, ka sāls saturs pakāpeniski samazinās.

Veselības pakalpojumu datu vākšana parasti ir sarežģīta, un datu interpretācija ir jāveic ļoti uzmanīgi, lai izvairītos no neobjektīviem secinājumiem. Sevišķi ambulatorajās iestādēs diagnosticēšanas procedūras bieži ir neskaidri definētas un datu struktūra nav sistemātiska. Turklāt veselības pakalpojumu izmantošanas pieaugums, piemēram, garīgās veselības jomā, var liecināt gan par augstāku saslimstības līmeni un faktisko pieprasījumu, gan par pakalpojumu

labāku pieejamību. Ierosinātie onkoloģijas indikatori ir sarežģīti, taču varētu būt pieejami SPKC valsts iedzīvotāju "vēža reģistrā". Nāves gadījumu reģistrēšanas dati Eiropas valstīs parasti ir ļoti ticami, un parasti tas ir visuzticamākais reģistra tipa faktisko rezultātu indikators. Taču, kā norādīts iepriekš, hronisku neinfekcijas slimību izraisīta mirstība mainās salīdzinoši lēni: parasti ir vajadzīgi vismaz 5-10 gadi, lai redzētu veselības veicināšanas aktivitāšu ietekmi uz mirstības līmeni. Bez tam mazā iedzīvotāju skaita dēļ Latvijas pašvaldībās mirstības un citus faktisko rezultātu indikatorus var izmantot tikai valsts vai atsevišķos gadījumos reģionālā mērogā.

Veselības novērtēšanas kritēriji vietējā līmenī

Piedāvātie kritēriji veselības novērtēšanai vietējā līmenī ir tehniski sarežģīti un, visticamāk, nav īstenojami, un daži indikatori nav aktuāli Latvijas kontekstā. Iedzīvotāju skaits Latvijas pašvaldībās ir pārāk mazs piedāvāto saslimstības un mirstības indikatoru aprēķināšanai. Pat ja nepieciešamie dati būtu pieejami, kas var nenotikt, epizožu skaits katrā pašvaldībā (analīzes vienība) būs pārāk mazs (un pakļauts nejaušām izmaiņām), lai veiktu nozīmīgu statistisku salīdzinājumu. Tādēļ saslimstības un mirstības indikatorus var izmantot tikai reģionālā un vietējā līmenī, un ierosinātais Apvienotās Karalistes izvērtēšanas modelis nav īstenojams Latvijā.

Analizējot uz mērījumiem balstītos riska faktoru datus, analīzes vienība ir saistīta ar apsekojuma izlases lielumu. Nepieciešamās izlases lielums (statistiskā jauda) var mainīties atkarībā no pētāmā mainīgā lieluma, taču parasti ir 500 katrai iedaļai (teritorija, dzimums, vecuma grupa utt.). Saskaņā ar EHES protokolu ieteicamais minimālais izlases lielums ir 4000 vienai valstij. Izmantojot šādu izlases lielumu Latvijā, nozīmīgu salīdzinājumu varētu veikt pavisam 10 iedaļās, t.i., datus varētu analizēt pēc dzimuma un sešām izpētes teritorijām (Rīga un pieci reģioni). Ir iespējams iegūt lielāku izlasi, ja ir pieejami nepieciešamie resursi. Svarīgs ir ne tikai izlases lielums, bet arī līdzdalības līmenis, kas ietekmē ne tikai statistisko jaudu, bet arī savākto datu ticamību. Lai iegūtu ticamu iedzīvotāju izvērtējumu, līdzdalības līmenim jābūt pēc iespējas augstākam – vismaz 70%. Diemžēl tikai nedaudzās Eiropas valstīs ir iespējams sasniegt šādu līdzdalības aktivitātes līmeni veselības apsekojumos.

No otras puses, ierosinātie indikatori ir noderīgi un īstenojami veselības veicināšanas aktivitāšu monitoringā pašvaldību līmenī un nodrošina datus arī valsts mēroga novērtējumam. Procesa monitoringu varētu veikt katru gadu, savācot datus no pašvaldībām, tostarp šādus indikatorus, piemēram:

- pašvaldība algo veselības veicināšanas darbiniekus uz pusslodzi vai pilnu slodzi;
- pašvaldība ir iecēlusi veselības veicināšanas kontaktpersonu;
- pašvaldība ir izstrādājusi veselības veicināšanas politikas plānošanas dokumentu;
- veselības plānošana ir iekļauta pašvaldības vietējā (daudznozaru) plānošanas dokumentā (un pašvaldībai ir daudznozaru veselības veicināšanas koordinācijas mehānisms);
- pašvaldība piedalās veselīgo pašvaldību/pilsētu programmā;
- pašvaldība piedalās veselīgo skolu programmā (un skolu, kas piedalās programmā, skaits);
- apkopoti dati par veselības veicināšanas aktivitātēm pašvaldībā;
- veselības veicināšanas budžets šajā pašvaldībā.

Jāņem vērā, ka Latvijas pašvaldības un pilsētas ir ļoti atšķirīgas pēc lieluma. Rīga ir galvaspilsēta, savukārt, citas pilsētas un pašvaldības ir mazas. Tādēļ, lai novērtētu veselības veicināšanas aktivitātes un resursus Rīgā, var būt nepieciešams īpaši izstrādāts izvērtēšanas instruments.

7. Konstatējumu kopsavilkums

Latvijas iedzīvotāju veselības stāvoklis pēdējās desmitgadēs ir ievērojami uzlabojies. Tomēr, neskatoties uz šo pozitīvo tendenci, dzīves ilgums joprojām ir mazāks un mirstība, sevišķi no sirds un asinsvadu slimībām, – augstāka nekā kaimiņos esošajās Ziemeļvalstīs. Arī salīdzinājumā ar abām pārējām Baltijas valstīm, veselības situācija Latvijā ir nedaudz sliktāka nekā Igaunijā un Lietuvā. Jāatzīmē arī dzīves ilguma un mirstības līmeņa atšķirības starp dzimumiem, kas Latvijā, tāpat kā abās pārējās Baltijas valstīs, ir daudz izteiktākas nekā Ziemeļvalstīs.

Atlasītās intervenču jomas – sirds un asinsvadu slimības, vēzis, mātes un perinatālā mirstība, kā arī garīgā veselība – ir pamatotas un balstās uz epidemioloģisko datu interpretāciju. Plānoto veselības veicināšanas aktivitāšu tēmas – veselīgs uzturs, fiziskās aktivitātes, garīgā veselība, seksuālā un reproduktīvā veselība, krūts zīdīšanas veicināšana, traumu profilakse, infekcijas slimību profilakse un atkarību izraisošu vielu lietošanas samazināšana – ir arī atbilstoši pasākumi slimību sloga samazināšanai atlasītajās prioritārajās slimību jomās un atbilst starptautiskajai paraugpraksei. Taču sirds un asinsvadu slimību un vēža profilakses jomā jānošķir dažādi atkarību izraisošu vielu – tabakas, alkohola un nelegālo narkotiku – veidi. Stratēģijas šo trīs atkarību izraisošo vielu līmeņa samazināšanai ir atšķirīgas. Balstoties uz pieejamajiem riska faktoru datiem, smēķēšanas izplatības samazināšana ir prioritārā rīcības joma. Arī alkohola patēriņš ir augsts. Dati par uzturu un fiziskām aktivitātēm nav pilnīgi, tādēļ var būt nepieciešama papildu informācija, lai izstrādātu pamatotas stratēģijas un aktivitātes situācijas uzlabošanai. Veselīga uztura jomā svarīgākie elementi ir augļu un dārzeņu patēriņš, sāls patēriņš un tauku daudzums un veids.

Veselības veicināšanas politikas organizācija Latvijā ir pamatā pareiza. Veselības ministrija īsteno politisko, normatīvo un regulatīvo vadību. Latvijas Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC) koordinē aktivitātes un sniedz tehnisko atbalstu pašvaldībām, lielākā daļa no kurām ir iecēlusi savas veselības veicināšanas kontaktpersonas. Svarīgi, lai gan SPKC, gan pašvaldībām būtu nepieciešamie resursi un organizatoriskā stabilitāte. Jānostiprina starpnozaru sadarbība gan valsts, gan vietējā līmenī, un vairāk jāizceļ nevalstisko organizāciju, sabiedrisko organizāciju un privātā sektora loma.

Plānoto veselības veicināšanas aktivitāšu un stratēģiju pieeja ir samērā šaura un tajā kā uzvedības maiņas metodes galvenokārt tiek izmantotas izglītošana un informācijas izplatīšana, kā arī intervences individuālā līmenī. Jāpievērš lielāka uzmanība vides (sociālām, kultūras, ekonomiskām un fiziskām) pārmaiņām. Turklāt ietekmējošie faktori, kas iespaido veselībai nozīmīgus paradumus, pārsvarā atrodas ārpus veselības aprūpes nozares ietekmes, tādēļ ir jāiesaista citas nozares un ir nepieciešama daudznozaru rīcība.

Plānotā izvērtēšanas sistēma pamatā balstās uz saslimstības un mirstības datu vākšanu, kas ir svarīga informācija iedzīvotāju vispārīgā veselības stāvokļa novērtēšanai, taču šie dati nav pietiekami sensitīvi un savlaicīgi veselības veicināšanas programmas monitoringam un izvērtēšanai. Tāpēc galvenajam uzsvaram vajadzētu būt uz regulāru un sistemātisku datu vākšanu attiecībā uz uzvedības, fizioloģiskiem un bioloģiskiem riska faktoriem un tos ietekmējošajiem faktoriem. Par datu vākšanu atbildīgajām organizācijām ir jādefinē (jāraksturo) epidemioloģiskās analīzes būtība un jāatvēl tai nepieciešamie resursi.

8. Rekomendācijas

Ņemot vērā šī novērtējuma konstatējumus, turpmākajā nodaļā ir apkoptas rekomendācijas Latvijas veselības veicināšanas programmas uzlabošanai un sniegti ieteikumi turpmākajai rīcībai.

(i) Veselības veicināšanas politikas organizācija

Latvijas veselības veicināšanas politikas organizācija trīs līmeņos – politiskais (VM), valsts tehniskais (SPKC) un vietējais (pašvaldības un kontaktpersonu tīkls pašvaldībās) – ir pamatā pareiza. Taču jāgarantē organizatoriskā stabilitāte un pietiekams resursu apjoms. Jāizstrādā pastāvīgas starpnozaru sadarbības struktūras gan valsts, gan vietējā līmenī. Nepieciešama sadarbība un savstarpēja sapratne starp VM un Labklājības ministriju.

SPKC pilnvaras nodrošina koordināciju un tehnisko atbalstu veselības veicināšanas un slimību profilakses jomās. Jāvienojas par to, vai šajā pilnvarojumā varētu iekļaut arī veselību ietekmējošu paradumu un riska faktoru datu vākšanu un monitoringu.

Jāveic vispārējās veselības veicināšanas infrastruktūras, tai skaitā – organizācijas, personāla un finansējuma – kritisks novērtējums. Jāprecizē dažādu organizāciju lomas un pienākumi veselības veicināšanas aktivitāšu, epidemioloģisko datu vākšanas un analīzes un aktivitāšu izvērtēšanas plānošanā un īstenošanā. Jāapsver sabiedrības veselības aizsardzības valsts institūta izveide: šim institūtam būtu plašas pilnvaras tādās jomās, kā veselības veicināšana un aizsardzība, slimību profilakse un riska faktoru un iedzīvotāju veselības stāvokļa monitorings attiecībā gan uz infekcijas, gan neinfekcijas slimībām.

Galvenajam uzsvaram veselības veicināšanas stratēģijā jābūt uz izplatītāko neinfekcijas slimību riska faktoru, tabakas smēķēšanas un alkohola patēriņa samazināšanu. Nepieciešams vairāk datu par citiem iedzīvotāju paradumus ietekmējošiem riska faktoriem, tādiem kā uzturs un fiziskās aktivitātes, bioloģiskajiem riska faktoriem (glikozes un holesterīna līmenis asinīs) un garīgo veselību.

Veselības veicināšanas jomā sevišķa uzmanība jāpievērš vides pārmaiņām. Lai gan tādi veselību ietekmējoši paradumi, kā smēķēšana, alkohola patēriņš un fiziskas aktivitātes, ir indivīda lēmums, to lielā mērā ietekmē sociālekonomiskā, kultūras un fiziskā vide. Vides pārmaiņas ir arī instruments vienlīdzības uzlabošanai veselības jomā. Veselīgām izvēles iespējām jābūt vienkāršām un finansiāli pieejamām.

Lai gan veselību ietekmējošie faktori lielākoties ir ārpus veselības nozares ietekmes, veselības pakalpojumu sniedzēju iesaistīšanās veselības veicināšanā un slimību profilaksē ir svarīgs priekšnoteikums. Pirmkārt, kontaktējoties ar katru pacientu, vispirms jāveic riska novērtējums un nepieciešamības gadījumā – jāsniedz atbalsts, lai pacients varētu mainīt attiecīgos paradumus. Papildus uzvedības izmaiņu veicināšanai ārsti un citi veselības aprūpes speciālisti ir atbildīgi par bioloģisko riska faktoru, piemēram, augsta asisnsspiediena, augsta holesterīna un cukura līmeņa asinīs, medikamentozo ārstēšanu. Otrkārt, veselības aprūpes speciālisti ir atzīti eksperti un kopienas locekļi savās kopienās, tādēļ viņu kompetencē ir vides pārmaiņu veicināšana un veselīgas vides veidošana.

Stratēģijai ir jānosaka precīzi mērķi un monitoringa indikatori. Stratēģisko plānošanu varētu balstīt uz PVO Neinfekcijas slimību rīcības plānu un tā deviņiem brīvprātīgajiem mērķiem, kā arī saistītajiem 25 indikatoriem, pielāgojot tos Latvijas kontekstam. Kaimiņos esošās Baltijas valstis un Ziemeļvalstis varētu izmantot salīdzinošai novērtēšanai.

Jānostiprina starpnozaru sadarbība un daudznozaru rīcība veselības jomā gan valsts (valdības), gan vietējā (pašvaldību) līmenī. Sevišķi svarīga ir sadarbība starp Veselības un Labklājības ministrijām, taču ir nepieciešama arī citu nozaru iesaistīšanās. Papildus ir jāiesaista arī nevalstiskās organizācijas, piemēram, kopienu organizācijas, profesionālas biedrības un privātais biznesa sektors.

Visbeidzot jāizveido ilgtspējīga finansēšanas sistēma veselības veicināšanai. Veselības veicināšana un atbilstošs finansējums ir iekļauti Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2014.-2020. gadam. Turpmāko gadu laikā ievērojamu finansējuma daļu nodrošinās ES. Tomēr ir svarīgi piešķirt pietiekamu finansējumu no Latvijas valsts budžeta veselības veicināšanas jomai, lai tā nebūtu atkarīga tikai no ES vai citiem ārējiem finansējuma avotiem. Iespējamie veselības veicināšanas finansējuma avoti varētu būt, piemēram, iezīmēta daļa no alkoholisko dzērienu un tabakas izstrādājumu akcīzes nodokļa.

(ii) <u>Veselības veicināšanas aktivitātes</u>

Veselības veicināšanas jomā ir jāīsteno visaptveroša pieeja, tai skaitā:

- veselības izglītība un komunikācija (tai skaitā programmas, kas paredzētas konkrētām neaizsargātajām iedzīvotāju grupām);
- vides pārmaiņas:
    - cenu un nodokļu politika;
    - tiesību akti un regulējums;
    - vides plānošana;
- kopienu līdzdalība;
- daudznozaru rīcība;
- privātā sektora iesaistīšana;
- veselības pakalpojumu pārorientācija:
    - riska faktoru (un vēža) skrīnings;

- īpaši pakalpojumi neaizsargātajām iedzīvotāju grupām.

Plānoto veselības veicināšanas aktivitāšu tēmas ir atbilstošas un balstītas uz pieejamajiem epidemioloģiskajiem datiem. Tomēr ir vajadzīga visaptverošāka īstenošanas pieeja. Šajā pieejā būtu īpaši svarīgi iekļaut atsevišķus vides pārmaiņu elementus.

Piemēram, tabakas smēķēšanas samazināšanai jāīsteno šādas intervences:
- cenu un nodokļu paaugstināšana;
- tabakas dūmu nepiesārņota vide;
- reklāmas un pārdošanas veicināšanas aktivitāšu aizliegums;
- grafiski brīdinājumi un neuzkrītošs iepakojums;
- smēķēšanas uzsākšanas novēršana jauniešu vidū;
- atbalsts smēķētājiem smēķēšanas atmešanā;
- nelegālā importa kontrole.

Līdzīgi, kaitīga alkohola patēriņa samazināšanai ir jāapsver šādu intervenču īstenošana:
- cenu un nodokļu paaugstināšana;
- reklāmas un pārdošanas veicināšanas aktivitāšu ierobežojumi;
- kopējā alkohola patēriņa samazināšana;
- nelegālā importa kontrole.

Fiziskas aktivitātes un veselīgu uzturu var veicināt ar šādiem pasākumiem:
- vispārīga veselības izglītība un informācija;
- veselību veicinoša cenu un nodokļu politika;
- tiesību akti un regulējums (tostarp pārtikas produktu marķējums);
- produktu izstrāde un sadarbība ar privāto sektoru;
- vides pārmaiņas un veselību veicinoša pilsētplānošana;
- fizisku aktivitāšu un veselīgu maltīšu nodrošināšana skolās.

Dati par riska faktoriem un saistītajiem rezultātiem veselības jomā ir jāvāc un jāanalizē, ņemot vērā sociālekonomiskos pamatfaktorus. Vides pārmaiņas un veselību ietekmējošo sociālekonomisko faktoru ietekmēšana ir efektīvs instruments nevienlīdzības samazināšanai veselības jomā. Papildus ir jāīsteno arī atsevišķas, mērķtiecīgas intervences, lai uzlabotu visneaizsargātāko iedzīvotāju grupu veselību.

Lai veicinātu veselīgu uzturu un fiziskas aktivitātes, jāiegūst vairāk datu par visu iedzīvotāju un iedzīvotāju apakšgrupu uztura paradumiem. Taču sāls patēriņš, augļu un dārzeņu patēriņš un tauku veids un daudzums ir svarīgākie ar uzturu saistītie problēmjautājumi NIS novēršanā, tādēļ tiem jābūt veselības veicināšanas intervenču galvenajam mērķim. Lai veicinātu fiziskas aktivitātes, jāattīsta konkrēti fizisko aktivitāšu veidi (piemēram, darbā, pārvietojoties no dzīvesvietas uz darbavietu un brīvajā laikā).

Konkrētai darbības vietai paredzētu veselības veicināšanu varētu īstenot arī, (i) aktivizējot un paplašinot pastāvošos veselīgo pilsētu un pašvaldību un veselīgo skolu tīklus un (ii) apsverot iespēju izveidot veselīgo darbavietu tīklu un aktivitātes.

Visbeidzot jānostiprina sadarbība un komunikācija arī veselības veicināšanas tīkla ietvaros. To var īstenot, izmantojot šādus instrumentus, aktivitātes un ieguldījumus:

- tīmekļa instruments;
- informatīvais izdevums;
- regulāras tikšanās un apmācību kursi;
- ikgadēja veselības veicināšanas konference;
- nepieciešamais budžeta piešķīrums.

(iii) Izvērtēšanas sistēma:

Jāizveido visaptveroša veselības veicināšanas izvērtēšanas sistēma un jāprecizē dažādu organizāciju (VM, Statistikas pārvaldes, SPKC, Vēža reģistra, akadēmiķu, pašvaldību iestāžu utt.) lomas un pienākumi. Jāizanalizē pieejamie dati (par veselību ietekmējošiem paradumiem, riska faktoriem, zināšanām un attieksmi, saslimstību un mirstību, veselības pakalpojumu izmantošanu utt.) un jāizstrādā plāns turpmākajai datu vākšanai un monitoringam.

Izskatītie dokumenti satur tikai indikatorus faktisko rezultātu līmenī. Faktisko rezultātu indikatorus ir lietderīgi izmantot monitoringa un izvērtēšanas stratēģijā, lai izprastu programmas kontekstu, identificētu galvenos problēmjautājumus un pārliecinātos, vai indikatori attīstās vēlamajā virzienā. Taču šis augsta līmeņa indikatoru tips neļauj novērot vai izvērtēt programmas efektivitāti, jo pastāv pārāk daudz blakus faktoru, kas arī ietekmē šos indikatorus. Bez tam būs vajadzīgs daudz ilgāks laika periods, lai novērotu veselības veicināšanas intervenču iespējamo ietekmi uz saslimstību un mirstību, kā arī mirstības indikatoriem. Tādēļ, izvērtējot iznākumu, galvenais uzsvars jāliek uz veselību ietekmējošu paradumu un fizisko un bioloģisko riska faktoru nepārtrauktu monitoringu.

Veselību ietekmējošo paradumu monitorings ir jāveic katru gadu vai reizi divos gados, izmantojot jau izveidotos interviju veida veselības apsekojumus, piemēram, GYTS, GATS un pilngadīgo iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu apsekojumu. Lai novērtētu iedzīvotāju fizisko un bioloģisko riska faktoru līmeni, jāizveido jauna veselības pārbaužu apsekojumu sistēma, kā modeli izmantojot EHES vai STEPS protokolu. Apsekojumos var iekļaut papildu komponentus, kas ir aktuāli Latvijas kontekstā.

Papildus indikatoru monitoringam ir jāapsver citu izvērtēšanas pieeju, tostarp izvērtējuma un ietekmes izvērtējuma izmantošana.

Tā kā iedzīvotāju skaits lielākajā daļā Latvijas pašvaldību ir mazs, faktisko rezultātu izvērtējums jāveic, balstoties uz lielākām izpētes vienībām valsts vai nepieciešamības gadījumā reģionālā mērogā. Papildus ģeogrāfiskajai atrašanās vietai dati ir jāanalizē pēc dzimuma, vecuma grupas un sociālekonomiskā stāvokļa. Lai iegūtu nepieciešamā lieluma izlasi, apakšgrupu analīzi ir

iespējams veikt tikai valsts mērogā. Veselības indikatoru (riska faktoru, saslimstības, mirstības) novērtējumu nevar veikt vietējā līmenī, taču procesa novērtējums vietējā līmenī varētu būt lietderīgs.

(iv) Ieteikumi turpmākajai darbībai

Lai varētu sniegt izsmeļošākas un plašākas rekomendācijas par Latvijas veselības veicināšanas programmā ieviešamajiem uzlabojumiem, iesakām veikt šādus iespējamos pasākumus:

1. Izpētes vizīte(s) Somijā (viena vai divas grupas):

- dalībnieki:
    - veselības veicināšanas personāls (dažādi līmeņi un organizācijas);
    - politisko lēmumu pieņēmēji;
    - citu nozaru pārstāvji;
- Apmeklējamie objekti:
    - Valsts Veselības aizsardzības un labklājības institūts (vizītes koordinators);
    - Sociālās labklājības un veselības aizsardzības ministrija;
    - Valsts Arodveselības institūts;
    - NVO (”ASH”, Somijas Sirds veselības biedrība, Somijas Plaušu veselības biedrība utt.);
    - pilsētas/pašvaldības veselības centrs;
    - Somijas Vēža reģistrs;
    - Parlaments, Sociālās labklājības un veselības aizsardzības komiteja.
- Piedāvātais laiks: 2015. gada septembris.
- Vizītes programma tiks plānota un apstiprināta sadarbībā ar Somijas Valsts Veselības aizsardzības un labklājības institūtu (THL) un Latvijas Republikas Veselības ministriju un citām organizācijām.

2. Veselības veicināšanas un NIS profilakses seminārs Latvijā:

- dalībnieki:
    - VM un SPKC par veselības veicināšanu atbildīgie darbinieki;
    - valsts un vietējā līmeņa veselības aizsardzības un veselības veicināšanas speciālisti;
    - politisko lēmumu pieņēmēji (valsts un vietējā līmeņa);
    - valsts pārvaldes sektora pārstāvji, piemēram, no Labklājības ministrijas, Izglītības ministrijas, Finanšu ministrijas utt.;
    - nevalstiskās organizācijas;
    - privātais sektors;
    - prese un plašsaziņas līdzekļi;
- lektori un koordinatori:
    - Latvijas veselības veicināšanas eksperti un politiskie līderi;

- Pasaules Bankas veselības aizsardzības un veselības veicināšanas eksperti;
- Lektori no Somijas, kuri pārzina veselības veicināšanas un slimību profilakses jautājumus Somijā un ārvalstīs;
- PVO/PVO Eiropas nodaļas pārstāvji;
- ES Veselības un pārtikas nekaitīguma ĢD (EU SANTE) pārstāvji.

- Piedāvātais laiks: 2015. gada septembris - oktobris.

3. Ilgtspējīgu un paredzamu finansējuma papildavotu apzināšana veselības veicināšanas aktivitātēm

"Kaitīgo ieradumu nodokļi" jeb nodokļi, kas tiek piemēroti sabiedriskajai veselībai potenciāli kaitīgu vielu patēriņam un pakalpojumiem, var gan sekmēt veselībai labvēlīgāka dzīvesveida izvēli, gan paaugstināt ieņēmumus, lai kompensētu kaitējumu sabiedrībai, ko šādas preces un pakalpojumi izraisa. Nodokļi, kas šobrīd Latvijā tiek piemēroti tabakas izstrādājumiem, atbilst PVO jaunākajām rekomendācijām (75% no mazumtirdzniecības cenas), un Finanšu ministrija arī piemēro akcīzes nodokli alkoholam, azartspēlēm un loterijām. Nav gan skaidrs, kā Latvijā tiek izmantoti šie ieņēmumi no "kaitīgu ieradumu nodokļiem". Piemēram, Filipīnās šie ieņēmumi tiek izmantoti Universālās veselības aprūpes programmas finansēšanai un tabakas audzētāju un citu iesaistīto personu, kuras cieš zaudējumus no samazināta tabakas patēriņa, atbalstam. Amerikas Savienotajās Valstīs ieņēmumus no valsts loterijām bieži izmanto valsts izglītības finansēšanai. Viens no veidiem, kā iegūt finansējumu veselības veicināšanas aktivitātēm Latvijā, ir piešķirt noteiktu procentuālo īpatsvaru no šiem "kaitīgu ieradumu nodokļa" ieņēmumiem, piemēram, 2 procentus no visiem tabakas nodokļa ieņēmumiem, konkrētām veselības veicināšanas aktivitātēm, kas var būt tieši saistītas ar tabakas lietošanu, piemēram, smēķēšanas pārtraukšanas programmām.

Vēl viens "kaitīgu ieradumu nodokļa" veids, kuru varētu piemērot Latvijā, varētu attiekties uz neveselīgu pārtiku, piemēram, pārtiku, kas satur noteiktu cukura vai noteikta veida tauku procentuālo īpatsvaru. Lai gan šāds nodoklis varētu sekmēt neveselīgas pārtikas patēriņa samazināšanos, tas arī varētu būt ārkārtīgi regresīvs, ņemot vērā to, ka nabadzīgākie iedzīvotāji parasti tērē pārtikai lielāku sava mājsaimniecības budžeta daļu. Šo problēmjautājumu varētu risināt, piemērojot nodokli restorāniem vai citiem tirgotājiem, kuru ieņēmumi pārsniedz noteikto maksimālo līmeni. Arī šajā gadījumā noteikta daļa no jebkuriem gūtajiem ieņēmumiem ideālā gadījumā tiktu atgriezta veselības aprūpes sistēmā.

Ņemot Latvijas pašvaldību pašreizējo lomu veselības veicināšanas aktivitātēs un finansējuma apjomu no valsts budžeta, būtu vērts apsvērt iespēju īstenot "maksā par rezultātiem" tipa programmu, kas ir strukturēta kā "izaicinājums" veselības jomā, kas būtu ļoti līdzīga ASV Izglītības departamenta īstenotajai programmai "Race to the Top". Šādā gadījumā pašvaldības saņemtu maksājumu tikai *pēc* noteiktu mērķu sasniegšanas. Piemēram, Veselības ministrija varētu izsludināt prēmiju, ja 85 procentiem no visiem pacientiem noteiktā vecuma grupā, kas ir reģistrējušies pie ģimenes ārstiem šajā pašvaldībā, holesterīna līmenis ir zemāks par noteiktu līmeni vai, ja 75 procenti bērnu vecumā no 6 līdz 18 gadiem netiek klasificēti kā aptaukojušies. Finansējuma strukturēšana šādā veidā mudina

pašvaldības meklēt risinājumus, kas ir iedarbīgi vietējā mērogā un garantē, ka vismaz daļa no valsts budžeta, kas ir atvēlēta veselības veicināšanai, netiks izmantota ieguldījumiem, kas izrādās neefektīvi.

1. PIELIKUMS
LATVIJAS PĒTĪJUMA DALĪBNIEKU SNIEGTĀ INFORMĀCIJA PAR VESELĪBAS VEICINĀŠANAS AKTIVITĀTĒM

Atbalsts veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumiem veselīga dzīvesveida jomā

Visa perioda laikā (2014. - 2020. g.) plānots īstenot 36 programmas par tēmām, kas ir saistītas ar slimību cēloņiem, kuri visvairāk ietekmē iedzīvotāju vispārējo veselību, saīsinot dzīves ilgumu (balstoties uz saslimstības un mirstības indikatoriem), t.i.:

- **atkarību izraisošu vielu** (alkohols, narkotikas un tabaka) **un procesu** (azartspēles, datoratkarība utt.) **izplatības samazināšana** (tostarp tādas aktivitātes, kā vienaudžu izglītības programmu izstrāde, izglītojošu īsfilmu uzņemšana, interaktīvas, izglītojošas aktivitātes bērniem un jauniešiem utt.) – 7 reizes perioda laikā;
- **veselīgas pārtikas veicināšana** (tai skaitā tādas aktivitātes, kā vienaudžu izglītības programmu izstrāde, interaktīvas izglītojošās aktivitātes mācību iestādēs, veselīgas pārtikas veicināšanas programmu izstrāde un īstenošana mācību iestādēs, vasaras nometņu organizēšana bērniem un jauniešiem utt.) – 7 reizes perioda laikā;
- **fizisku aktivitāšu veicināšana sabiedrībā** (piemēram, izveidojot fizisko aktivitāšu interešu grupas, fizisko aktivitāšu popularizēšanas programmu izstrāde un īstenošana mācību iestādēs un darbavietās, peldēšanas nodarbības bērniem utt.) – 7 reizes perioda laikā.

Aktivitāšu mērķis šajās trīs jomās ir saglabāt un uzlabot veselības stāvokli, samazinot saslimstību ar neinfekcijas slimībām (SAS, onkoloģijas, garīgās veselības tīkli).

- **Reproduktīvā veselība –** 3 reizes perioda laikā (prenatālās veselības tīkls).
- **Ārēju mirstības cēloņu, traumatisma profilakse –** 3 reizes perioda laikā (arī garīgās veselības tīkls).
- **Mutes veselība –** 3 reizes perioda laikā.
- **Infekcijas slimību izplatības samazināšana** (STS, tuberkuloze, HIV/AIDS, vakcinācija, higiēna utt.) – 3 reizes perioda laikā.
- **Garīgā veselība** (stresa pārvaldība, garīgā pārslodze, darbaholisms utt.) – 3 reizes perioda laikā.

Ņemot vērā citu ES valstu pieredzi, katrā no tēmām tiks plānota īpaša programma, kas satur dažādus pasākumus un nodrošina kompleksu pieeju problēmu risināšanai, piemēram, Somija ir īstenojusi efektīvu pasākumu sirds un asinsrites slimību samazināšanai. Izstrādājot katru programmu, tiks veikta esošās situācijas analīze un nepieciešamības gadījumā tiks veikta papildu izpēte riska grupās un identificētas tām raksturīgās problēmas, kā arī tika izanalizēta paraugprakse (no citām ES dalībvalstīm un pasākumi, kas jau ir īstenoti Latvijā).

Katra tēma ietvers pasākumus konkrētajām mērķa grupām, tai skaitā bērniem un jauniešiem, kas pārsvarā tiks īstenoti ar mācību iestāžu palīdzību.

Tā kā plānoto aktivitāšu aptvērums ir ļoti plašs, plānošanas un īstenošanas posmos tiks piesaistīti arī citu nozaru (izglītības nozares, transporta nozares u.c.), vietējo pašvaldību un NVO pārstāvji, kā arī sociālie partneri. Lielākā daļa pasākumu ir aktīvi un mērķtiecīgi iesaista vietējo

sabiedrību, piemēram, interešu grupas pašvaldībās, vienaudžu programmas, lai izveidotu kustību, kur bērnus un jauniešus uzrunā viņu vienaudži, tādējādi panākot labākus rezultātus. Turklāt ir plānots organizēt arī konkrētu uzvedību popularizējošas aktivitātes pašvaldībās, piemēram, veselības dienas. Ņemot vērā, ka bērni ir galvenā mērķa grupa, ir plānots rīkot interaktīvas, informatīvas, izglītojošas nodarbības mācību iestādēs, izstrādāt un īstenot mācību iestādēs profilaktiskas un veselības veicināšanas programmas, organizēt vasaras nometnes bērniem un jauniešiem.

Sabiedrības informēšanas programmās ir plānots veikt *ex-post* novērtējumu, kad parasti tiek veikta aptauja, lai noskaidrotu, vai pasākumu komplekss ir motivējis mainīt paradumus utt. Papildus pasākumu rezultāti tiks izvērtēti, veicot sabiedrības veselības monitoringu un apsekojumus. Piemēram, pēc pasākumu kompleksa īstenošanas iedzīvotāji tiek aicināti nepievienot sāli jau pagatavotam ēdienam, un pēc tam, veicot regulāru monitoringu, varēs noskaidrot, kā ir mainījies cilvēku, kuri nepievieno sāli ēdienam, procentuālais īpatsvars.

Pasaules prakse liecina, ka veselības veicināšanas programmām un mērķtiecīgām sabiedrības informēšanas aktivitātēm ir labi rezultāti. Piemēram, Ziemeļkarēlijas projekts Somijā tika sākts 1972. gadā, lai pazeminātu sirds un asinsvadu slimību izraisītas mirstības indikatorus, kas bija ļoti augsti. Ziemeļkarēlijas projekts tika izstrādāts un īstenots, lai panāktu visu iedzīvotāju iesaistīšanos un aktīvu līdzdalību ar vietējās kopienas un pašu cilvēku palīdzību. Tika izmantoti dažādi pasākumi, iesaistot veselības aprūpes un citus dienestus, skolas, NVO, novatoriskas mediju kampaņas, vietējos medijus, hipermārketus, pārtikas ražošanas, lauksaimniecības nozares utt. Divdesmit piecu gadu laikā, kad tika īstenots šis projekts, tika panāktas ievērojamas izmaiņas iedzīvotāju veselības stāvoklī. Līdz 1995. gadam sirds un asinsvadu slimību izraisīta mirstība vīriešiem (līdz 65 gadu vecumam) samazinājās par 73%. Svarīgākais projekta panākumu priekšnoteikums bija plašākas sabiedrības iesaistīšana. Latvijā ir projekts ar ļoti labiem rezultātiem, kuru īstenoja Ceļu satiksmes drošības direkcija (CSDD): laika gaitā drošības jostas lietojošo cilvēku skaits ir ievērojami pieaudzis – tas tika panākts ar pasākumu kompleksa, informācijas un likumdošanas izmaiņu palīdzību.

Profilakses pasākumi veselības veicināšanas un slimību profilakses jomās, ko plānots īstenot Sabiedrības veselības pamatnostādņu ietvaros no 2014. līdz 2020. gadam, piesaistot ES finansējumu. Dažādas veselības veicināšanas un slimību profilakses aktivitātes ir norādītas tabulā zemāk.

Mērķi/Galvenie soļi mērķu sasniegšanai	Atbildīgā iestāde	Iesaistītās iestādes	Plānotais finansējums un tā avoti
Vietējo, norīkoto kontaktpersonu (veselības veicināšanas koordinatoru) un par veselības veicināšanu atbildīgo amatpersonu izglītošana par veselības veicināšanu un sabiedrības veselības jautājumiem.	SPKC	VM, pašvaldības, NVO	Pasākums tiks finansēts no resursiem, kas paredzēti Likumā par valsts budžetu attiecīgajam gadam un indikatīvajam* 2014. līdz 2020. gada ES finansējuma programmēšanas periodam konkrētā atbalsta mērķa 9.2.4 ietvaros. "Piekļuves veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem uzlabošana, sevišķi nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem" NAP2020 [311]. **Kopā** - 418 492 eiro **ESF** – 355 718 eiro **VB** – 62 774 eiro
Kustības "Veselību veicinošas skolas" izveides un koordinācijas nodrošināšana	SPKC	VM, IZM, VISC, pašvaldības, NVO, sociālie partneri	Saskaņā ar NAP2020 [311] finanšu resursi šai kustībai 2014.-2016. gadā tiks nodrošināti atbilstoši Likumam par valsts budžetu attiecīgajam gadam – budžeta programma 46.00.00 "Veselības monitorings", apakšprogramma 46.04.00 "Veselības veicināšana". **Kopējais finansējums tās īstenošanai – 924 869 eiro.**
Uzlabotu tehnoloģisko risinājumu nodrošināšana interaktīvajai veselības sistēmai (veselības portāla izveide, sabiedrības informēšana)	SPKC	VM, NVD, NVO	Pasākums tiks finansēts no resursiem, kas paredzēti Likumā par valsts budžetu attiecīgajam gadam un indikatīvajam* 2014. līdz 2020. gada ES finansējuma

			programmēšanas periodam konkrētā atbalsta mērķa 9.2.4 ietvaros. "Piekļuves veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem uzlabošana, sevišķi nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem" NAP2020 [311]. **Kopā – 900 000 eiro**
Sabiedrības izglītošana par veselīga uztura jautājumiem (tai skaitā iedzīvotāji darbspējas vecumā, sevišķi sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautie iedzīvotāji)[5] (-interaktīvas, informatīvas, izglītojošas nodarbības, − vienaudžu izglītības programmas, pedagogu-vienaudžu apmācība, − iedzīvotāju interešu grupas, − īsas, motivējošas intervences, − izglītojošas aktivitātes veselīga uztura popularizēšanai darbavietā, − izglītojošas aktivitātes par krūts zīdīšanas jautājumiem, − izglītojošas īsfilmas mācību iestādēs, − tematiskas lekcijas, semināri, eksperti (pašvaldību un izglītības iestāžu pārstāvji, veselības aprūpes speciālisti utt.); − īpašas aktivitātes un iespējas; veicināšanas pasākumi pašvaldībās (Veselības dienas organizēšana utt.); − veselīga uztura programmu popularizēšana skolās;	VM, SPKC	LM, pašvaldības, NVO, uzņēmumi	Pasākums tiks finansēts no resursiem, kas paredzēti Likumā par valsts budžetu attiecīgajam gadam un indikatīvajam* 2014. līdz 2020. gada ES finansējuma programmēšanas periodam konkrētā atbalsta mērķa 9.2.4 ietvaros. "Piekļuves veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem uzlabošana, sevišķi nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem" NAP2020 [311]. **Kopā – 7 267 880 eiro.**

[5] 70% veselības veicināšanas finansējuma tiks novirzīts pašvaldībām, asociācijām un fondiem, nodrošinot pēc iespējas plašāku sabiedrības interešu grupu iesaisti. 30% finansējuma plānots novirzīt SPKC kā vadošajai autoritātei veselības veicināšanas jomā, lai nodrošinātu metodoloģisku pārvaldību, pasākumu savstarpēju koordināciju un mērķtiecīgu īstenošanu.

− vasaras nometnes pusaudžiem un jauniešiem; − pasākumu komplekss sabiedrības informēšanai; − informatīvie materiāli un vizuālie materiāli (plakāti, žurnāli, grāmatas, brošūras utt.); − sabiedrisku iestāžu ēdināšanas nozares personāla, pavāru, pārtikas tehnologu un citu speciālistu izglītošana par veselīga uztura jautājumiem); − Izglītošana sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas iestādēs (jauniešu mājās, SOS ciematos) – esošie darbinieki un klienti (bāreņi un bez vecāku uzraudzības atstāti bērni, kuri var apgūt patstāvīgai dzīvei nepieciešamās prasmes) par veselīga uztura jautājumiem.			
Fizisku aktivitāšu veicināšana sabiedrībā, sevišķi starp iedzīvotājiem, kuri ir pakļauti sociālās atstumtības un nabadzības riskam[6] (-interaktīvas, informatīvas, izglītojošas nodarbības, − interešu grupas iedzīvotājiem (nūjošana, skriešana, riteņbraukšana utt.); − tematiskas lekcijas, semināri, eksperti (pašvaldību un izglītības iestāžu pārstāvji, − īpašas aktivitātes un iespējas; veicināšanas pasākumi pašvaldībās (Veselības dienas organizēšana utt.); − īsas, motivējošas intervences, − izglītojošas aktivitātes veselīga uztura popularizēšanai izglītības iestādēs; − izglītojošas aktivitātes veselīga uztura popularizēšanai darbavietā;	VM, SPKC	Pašvaldības, NVO, uzņēmumi,	Pasākums tiks finansēts no resursiem, kas paredzēti Likumā par valsts budžetu attiecīgajam gadam un indikatīvajam* 2014. līdz 2020. gada ES finansējuma programmēšanas periodam konkrētā atbalsta mērķa 9.2.4 ietvaros. "Piekļuves veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem uzlabošana, sevišķi nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem" NAP2020 [311]. **Kopā – 20 506 417 eiro.**

[6] 70% veselības veicināšanas finansējuma tiks novirzīts pašvaldībām, asociācijām un fondiem, nodrošinot pēc iespējas plašāku sabiedrības interešu grupu iesaisti. 30% finansējuma plānots novirzīt SPKC kā vadošajai autoritātei veselības veicināšanas jomā, lai nodrošinātu metodoloģisku pārvaldību, pasākumu savstarpēju koordināciju un mērķtiecīgu īstenošanu.

− aktivitātes muskuļu un skeleta slimību samazināšanai; − vasaras nometnes pusaudžiem un jauniešiem, − peldēšanas apmācība bērniem; − pasākumu komplekss sabiedrības informēšanai; − informatīvie materiāli un vizuālie materiāli (plakāti, žurnāli, grāmatas, brošūras utt.)).			
Atkarību izraisošu vielu un procesu izplatības samazināšana sabiedrībā, sevišķi iedzīvotāju grupās, kuras ir pakļautas sociālās atstumtības un nabadzības riskam[7] (-interaktīvas, informatīvas, izglītojošas nodarbības par atkarību izraisošām vielām un procesiem − vienaudžu izglītības programmas, pedagogu-vienaudžu apmācība; − iedzīvotāju interešu grupas; − īsas, motivējošas intervences, − izglītojošas īsfilmas par narkotikām un atkarību izraisošu procesu bīstamību mācību iestādēs u.c.; − tematiskas lekcijas, semināri, eksperti (pašvaldību un izglītības iestāžu pārstāvji, veselības aprūpes speciālisti, policijas darbinieki utt.); − īpašas aktivitātes un iespējas; veicināšanas pasākumi pašvaldībās (Veselības dienas organizēšana utt.); − atkarību novēršanas programma mācību iestādēs, tai skaitā darbs ar skolēnu vecākiem; − psihologa konsultācijas bērniem, vecākiem un riskam pakļautajām iedzīvotāju grupām, lai samazinātu atkarību rašanās risku tajās un risinātu ar psihotropo vielu	VM, SPKC	Pašvaldības, NVO, uzņēmumi,	Pasākums tiks finansēts no resursiem, kas paredzēti Likumā par valsts budžetu attiecīgajam gadam un indikatīvajam* 2014. līdz 2020. gada ES finansējuma programmēšanas periodam konkrētā atbalsta mērķa 9.2.4 ietvaros. “Piekļuves veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem uzlabošana, sevišķi nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” NAP2020 [311]. **Kopā – 9 059 411 eiro.**

[7] 70% veselības veicināšanas finansējuma tiks novirzīts pašvaldībām, asociācijām un fondiem, nodrošinot pēc iespējas plašāku sabiedrības interešu grupu iesaisti. 30% finansējuma plānots novirzīt SPKC kā vadošajai autoritātei veselības veicināšanas jomā, lai nodrošinātu metodoloģisku pārvaldību, pasākumu savstarpēju koordināciju un mērķtiecīgu īstenošanu.

lietošanu saistītu problēmu cēloņus; − vasaras nometnes pusaudžiem un jauniešiem, − pasākumu komplekss sabiedrības informēšanai; − informatīvie materiāli un vizuālie materiāli (plakāti, žurnāli, grāmatas, brošūras utt.)).			
Garīgās veselības veicināšana sabiedrībā, sevišķi starp iedzīvotājiem, kuri ir pakļauti sociālās atstumtības un nabadzības riskam[8] (-interaktīvas, informatīvas, izglītojošas nodarbības par garīgo veselību mācību iestādēs, sociālajās iestādēs, sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas iestādēs, − vienaudžu izglītības programmas, pedagogu-vienaudžu apmācība, − Izglītojošas īsfilmas par garīgās veselības jautājumiem mācību iestādēs utt., − tematiskas lekcijas, semināri, eksperti (pašvaldību un izglītības iestāžu pārstāvji, veselības aprūpes speciālisti utt.); − garīgās veselības veicināšanas programma mācību iestādēm, − vasaras nometnes pusaudžiem un jauniešiem; − psihologa konsultācijas bērniem un viņu vecākiem par bērnu uzvedības problēmām (neirotiskie, depresīvie sindromi, suicidalitāte, sekmju pasliktināšanās utt.); − pasākumu komplekss sabiedrības informēšanai; − informatīvie materiāli un vizuālie materiāli (plakāti, žurnāli, grāmatas, brošūras utt.)).	VM, SPKC	Pašvaldības, NVO, uzņēmumi,	Pasākums tiks finansēts no resursiem, kas paredzēti Likumā par valsts budžetu attiecīgajam gadam un indikatīvajam* 2014. līdz 2020. gada ES finansējuma programmēšanas periodam konkrētā atbalsta mērķa 9.2.4 ietvaros. "Piekļuves veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem uzlabošana, sevišķi nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem" NAP2020 [311]. **Kopā – 5 068 261 eiro.**
Seksuālās un reproduktīvās veselības veicināšana	VM, SPKC	Pašvaldības, NVO,	Pasākums tiks finansēts no resursiem, kas

[8] 70% veselības veicināšanas finansējuma tiks novirzīts pašvaldībām, asociācijām un fondiem, nodrošinot pēc iespējas plašāku sabiedrības interešu grupu iesaisti. 30% finansējuma plānots novirzīt SPKC kā vadošajai autoritātei veselības veicināšanas jomā, lai nodrošinātu metodoloģisku pārvaldību, pasākumu savstarpēju koordināciju un mērķtiecīgu īstenošanu.

sabiedrībā, sevišķi starp iedzīvotājiem, kuri ir pakļauti sociālās atstumtības un nabadzības riskam[9] (-interaktīvas, informatīvas, izglītojošas nodarbības, ņemot vērā dzimumu atšķirības; − vienaudžu izglītības programmas, ņemot vērā dzimumu atšķirības pedagogu-vienaudžu apmācībā; − izglītojošas īsfilmas par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem mācību iestādēs utt.; − tematiskas lekcijas, semināri, eksperti (pašvaldību un izglītības iestāžu pārstāvji); − pasākumu komplekss sabiedrības informēšanai; − informatīvie materiāli un vizuālie materiāli (plakāti, žurnāli, grāmatas, brošūras utt.)).		uzņēmumi	paredzēti Likumā par valsts budžetu attiecīgajam gadam un indikatīvajam* 2014. līdz 2020. gada ES finansējuma programmēšanas periodam konkrētā atbalsta mērķa 9.2.4 ietvaros. "Piekļuves veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem uzlabošana, sevišķi nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem" NAP2020 [311]. **Kopā – 7 593 856 eiro.**

Piemērs. Programma atkarību izraisošu vielu (alkohols, narkotikas un tabaka) un procesu (azartspēles, datoratkarība utt.) izplatības samazināšanai, informējot iedzīvotājus par to kaitīgumu, iespējām no tām izvairīties un izārstēt atkarības – 7 reizes perioda laikā.

Programmas aktivitātes	Apakšaktivitātes	Atbalsta veids	Īstenotāji / iesaistītie	Mērķauditorija	Finansējums	Iznākuma rādītāji
Programme activities	**Sub-activities**	**Type of support**	**Implementing institutions / involved parties**	**Target group**	**Financing**	**Outcome indicators**
Tematiskas	50 semināri visā Latvijā.	▪ Konsultantu,	Pašvaldības,	Veselības	▪ 50 semināri x EUR 2 845	▪ 50 semināri

[9] 70% veselības veicināšanas finansējuma tiks novirzīts pašvaldībām, asociācijām un fondiem, nodrošinot pēc iespējas plašāku sabiedrības interešu grupu iesaisti. 30% finansējuma plānots novirzīt SPKC kā vadošajai autoritātei veselības veicināšanas jomā, lai nodrošinātu metodoloģisku pārvaldību, pasākumu savstarpēju koordināciju un mērķtiecīgu īstenošanu.

Programmas aktivitātes	Apakšaktivitātes	Atbalsta veids	Īstenotāji / iesaistītie	Mērķauditorija	Finansējums	Iznākuma rādītāji
Programme activities	**Sub-activities**	**Type of support**	**Implementing institutions / involved parties**	**Target group**	**Financing**	**Outcome indicators**
lekcijas, semināri	Semināru ietvaros tiek plānots uzaicināt atkarību ārstēšanas speciālistus, lai informētu un izglītotu pašvaldību pārstāvjus, veselības aprūpes speciālistus, skolu pārstāvjus un citus veselības veicināšanā iesaistītos speciālistus par atkarību problēmām un to profilaksi.	ekspertu un speciālistu pakalpojumi; ▪ semināru programmu izstrādes, organizācijas un īstenošanas pakalpojumi; ▪ prezentāciju materiālu, informatīvo materiālu un vizuālo uzskates līdzekļu izstrādes pakalpojumi.	NVO, SPKC[10]	aprūpes un izglītības nozares, kā arī policijas pārstāvji	**Kopā: EUR 142 250**	▪ Informēto speciālistu skaits – 5 000
Interešu grupas	Plānots organizēt interešu grupas, kuras vadīs speciālisti atkarību jomā, lai dotu cilvēkiem iespēju apvienoties, iegūt zināšanas par iespējām izvairīties no atkarībām,	▪ Konsultantu, ekspertu un speciālistu pakalpojumi (speciālistu nodrošināšana interešu grupu vadīšanai un dalībnieku	Pašvaldības, NVO, SPKC[11]	Cilvēki darbspējīgā vecumā, pusaudži, jaunieši, sociālā riska grupas	▪ 20 grupas x 14 230 EUR (speciālistu atalgojums, telpu īre)	▪ 20 interešu grupas ▪ Iesaistīto cilvēku skaits – 3 000 ▪ Netiešās mērķa grupas (ģimenes locekļi, līdzatkarīgie) –

[10] Slimību profilakses un kontroles centrs
[11] Slimību profilakses un kontroles centrs

Programmas aktivitātes	Apakšaktivitātes	Atbalsta veids	Īstenotāji / iesaistītie	Mērķauditorija	Finansējums	Iznākuma rādītāji
Programme activities	**Sub-activities**	**Type of support**	**Implementing institutions / involved parties**	**Target group**	**Financing**	**Outcome indicators**
	atkarību ārstēšanu (pārtraukšanu), prasmēm, motivācijas saglabāšanu, lai mainītu ieradumus, apmainīties ar pieredzi (arī vecākiem par viņu bērniem), arī sociālajam riskam pakļautām grupām, lai sniegtu šiem cilvēkiem nepieciešamo atbalstu.	konsultēšanai); ▪ Pasākumu organizēšanas un īstenošanas pakalpojumi			**Kopā: EUR 284 600**	9 000
Vienaudžu izglītības programmu izstrāde	Ņemot vērā, ka lielāko ietekmi uz bērniem un jauniešiem atstāj viņu vienaudži un pedagogi-vienaudži, šādi var sasniegt ļoti labus rezultātus, tādēļ ir plānots izstrādāt vienaudžu izglītības programmu. Šīs programmas rezultātā tiks apmācīti pedagogi-	▪ Konsultantu, ekspertu un speciālistu pakalpojumi (speciālistu nodrošināšana vienaudžu apmācībai); ▪ semināru programmu izstrādes, organizācijas un īstenošanas pakalpojumi; ▪ Prezentāciju	Pašvaldības, NVO, SPKC	Pusaudži, jaunieši	▪ Programmas izstrāde – 7 115 EUR ▪ Programmas īstenošana (konsultantu un speciālistu pakalpojumi) – 14 230 EUR	▪ (1) Izstrādāta vienaudžu izglītības programma, apmācīti 50 pedagogi-vienaudži ▪ Informēto jauniešu skaits – 10 000

Programmas aktivitātes	Apakšaktivitātes	Atbalsta veids	Īstenotāji / iesaistītie	Mērķauditorija	Finansējums	Iznākuma rādītāji
Programme activities	**Sub-activities**	**Type of support**	**Implementing institutions / involved parties**	**Target group**	**Financing**	**Outcome indicators**
	vienaudži, kuri dosies uz mācību iestādēm un dalīsies savā pieredzē par veselīgu dzīvesveidu (kā pavadīt brīvo laiku, veselīgi ieradumi utt.).	materiālu, informatīvo materiālu un vizuālo uzskates līdzekļu izstrādes pakalpojumi.			**Kopā: EUR 21 345**	
Izglītojošu īsfilmu uzņemšana un demonstrēšana	Īsfilmu uzņemšana par atkarību izraisošām vielām un procesiem, to kaitīgumu, šo atkarību seku demonstrēšana un izglītošana par iespējām izdarīt veselīgu izvēli un izvairīties no atkarībām. Īsfilmu mērķauditorija ir dažādas sociālās grupas, galvenokārt jaunieši un pusaudži, kā arī cilvēki darbspējas vecumā. Plānots rādīt šīs filmas mācību	▪ Informatīvo materiālu un vizuālo uzskates līdzekļu izstrādes pakalpojumi; ▪ konsultantu, ekspertu un speciālistu pakalpojumi.	NVO, komunikācijas un sabiedrisko attiecību aģentūras, SPKC	Cilvēki darbspējīgā vecumā, pusaudži, jaunieši	▪ Īsfilmu uzņemšana (tai skaitā scenārijs utt.) – 21 345 EUR; ▪ Filmu izplatīšana DVD vai citos formātos (5000 eksemplāri) – 4 270 EUR; ▪ Filmu izplatīšana internetā, demonstrēšana televīzijā – 4 270 EUR; ▪ Filmu demonstrēšana skolās un diskusijas (100 seansi x 415 EUR speciālistu atalgojums un transporta izdevumi) – 41 500 EUR.	▪ Uzņemta (1) īsfilma ▪ Cilvēku, kuri saņēmuši DVD, skaits – 5 000 ▪ Mērķauditorijas aptvērums 100 seansos – 10 000 cilvēku

Programmas aktivitātes	Apakšaktivitātes	Atbalsta veids	Īstenotāji / iesaistītie	Mērķauditorija	Finansējums	Iznākuma rādītāji
Programme activities	**Sub-activities**	**Type of support**	**Implementing institutions / involved parties**	**Target group**	**Financing**	**Outcome indicators**
	iestādēs utt. un papildināt šo filmu seansus ar atkarību jomas speciālistu piedalīšanos un diskusiju. Plānots veidot filmas DVD vai citos formātos un izplatīt tās skolās, internetā, rādīt tās televīzijā.				**Kopā – 71 385 EUR**	
Interaktīvas, informatīvas, izglītojošas nodarbības	Ietver izpratnes veicināšanu par atkarībām no vielām un procesiem interaktīvu, izglītojošu mācību nodarbību veidā. Katra nodarbība sastāv no divām daļām – teorētiskās (atkarību veidi, ietekme uz organismu, psihi utt.) un diskusijas vai interaktīvas spēles, lai	▪ Konsultantu, ekspertu un speciālistu pakalpojumi; ▪ semināru programmu izstrādes, organizācijas un īstenošanas pakalpojumi; ▪ prezentāciju materiālu, informatīvo materiālu un vizuālo uzskates līdzekļu izstrādes pakalpojumi.	Pašvaldības, NVO, SPKC	Skolēni (jaunieši, pusaudži), cilvēki darbspējīgā vecumā, sociālā riska grupas	▪ 100 nodarbības x 715 EUR **Kopā: EUR 71 500**	▪ 100 nodarbības ▪ Informēto iedzīvotāju skaits – 5 000

Programmas aktivitātes	Apakšaktivitātes	Atbalsta veids	Īstenotāji / iesaistītie	Mērķauditorija	Finansējums	Iznākuma rādītāji
Programme activities	**Sub-activities**	**Type of support**	**Implementing institutions / involved parties**	**Target group**	**Financing**	**Outcome indicators**
	iegūtu atgriezenisko saiti un nostiprinātu zināšanas. Šajās nodarbībās ir plānots izmantot praktiskus materiālus, kas ir aktuāli attiecīgajām vecuma grupām.					
Pasākumi pašvaldībās konkrētu paradumu vai iespēju popularizēšanai	Veselības dienu organizēšana pašvaldībās, lai iesaistītu cilvēkus, sniegtu viņiem informāciju un motivētu viņus mainīt dzīvesveida paradumus. Šo pasākumu ietvaros tiks piesaistīti atkarību speciālisti, policijas pārstāvji utt., lai runātu par atkarības jautājumiem, atkarību izraisošu vielu ietekmi	▪ Konsultantu, ekspertu un speciālistu pakalpojumi; ▪ Veselības veicināšanas plānu izstrādes pakalpojumi; ▪ Veselības veicināšanas pasākumu īstenošanas pakalpojumi; ▪ prezentāciju materiālu, informatīvo materiālu un vizuālo uzskates līdzekļu izstrādes pakalpojumi.	Pašvaldības, NVO, SPKC	Skolēni (jaunieši, pusaudži), cilvēki darbspējīgā vecumā, sociālā riska grupas	▪ 10 aktivitātes, kas popularizē konkrētu uzvedību / iespējas x 10 000	▪ 10 aktivitātes ▪ Sasniegtās, heterogēnās mērķa grupas lielums – 50 000 iedzīvotāji (visi pasākumi kopā visā Latvijā)

Programmas aktivitātes	Apakšaktivitātes	Atbalsta veids	Īstenotāji / iesaistītie	Mērķauditorija	Finansējums	Iznākuma rādītāji
Programme activities	**Sub-activities**	**Type of support**	**Implementing institutions / involved parties**	**Target group**	**Financing**	**Outcome indicators**
	uz organismu, aizliegtu vielu iegādes neatļautās vietās un to lietošanas sekas utt. Aktivitātes ietver dažādas interaktīvas spēles, konkursus, viktorīnas uzmanības piesaistīšanai, izglītošanai un izpratnes veidošanai par atkarībām. Aktivitāšu laikā dalībnieki var tikt aicināti nomainīt cigareti pret augli vai dārzeni utt.				**Kopā: 142 290 EUR**	
Atkarību profilakses programmu izstrāde un īstenošana mācību iestādēs	Izstrādātas un īstenotas programmas piemērs mācību iestādēs, kuras mērķis ir uzlabot skolas politiku kopumā (tostarp skolēnu uzvedības maiņa,	▪ Konsultantu, ekspertu un speciālistu pakalpojumi; ▪ Veselības veicināšanas plānu izstrādes pakalpojumi; ▪ Veselības	Pašvaldības, NVO, SPKC, mācību iestādes	Skolēni (jaunieši, pusaudži), cilvēki darbspējīgā vecumā, sociālā riska	▪ Programmas izstrāde – 7 115 EUR ▪ Programmas īstenošana (konsultantu, ekspertu un speciālistu pakalpojumi) – 56 915 EUR	▪ Vienas izstrādātas atkarību profilakses programmas piemērs mācību iestādēm ▪ Profilakses

Programmas aktivitātes	Apakšaktivitātes	Atbalsta veids	Īstenotāji / iesaistītie	Mērķauditorija	Finansējums	Iznākuma rādītāji
Programme activities	**Sub-activities**	**Type of support**	**Implementing institutions / involved parties**	**Target group**	**Financing**	**Outcome indicators**
	iekšējie noteikumi, atbalsts skolēniem), lai samazinātu atkarību problēmas	veicināšanas īstenošanas pakalpojumi		grupas	**Kopā: 64 030 EUR**	programmas piemērs īstenots 50 skolās ▪ Sasniegtā, heterogēnā mērķa grupa – 500 000 iedzīvotāji
Vasaras nometņu organizēšana	Vasaras nometnes jauniešiem un bērniem ar uzsvaru uz sociālā riska grupām. Nometnēs plānots rīkot atkarību profilakses nodarbības un īstenot piedzīvojumu pedagoģiju kā alternatīvu atkarību izraisošām vielām.	▪ Konsultantu, ekspertu un speciālistu pakalpojumi; ▪ Veselības veicināšanas plānu izstrādes pakalpojumi	pašvaldības, NVO, SPKC	Skolēni (jaunieši, pusaudži), cilvēki darbspējīgā vecumā, sociālā riska grupas	▪ 5 nometnes x 14 230 EUR **Kopā: 71 150 EUR**	▪ 5 nometnes ▪ Informēto jauniešu skaits – 5 000
Informatīvie materiāli un vizuālie uzskates līdzekļi (plakāti,	▪ Sagatavošana, dizains, maketa dizains, materiālu drukāšana (plakāti, izklājlapas, brošūras) ▪ E-grāmatas	▪ Materiālu satura un dizaina izstrāde; ▪ Tipogrāfijas pakalpojumi (drukāšana); ▪ Materiālu	Pašvaldības, NVO, SPKC, komunikācijas un sabiedrisko attiecību	Plašāka sabiedrība (bērni, jaunieši, cilvēki darbspējīgā	▪ Sagatavošana, dizains, maketa dizains, materiālu drukāšana (plakāti, izklājlapas, brošūras) – 3 560 EUR ▪ E-grāmatas sagatavošana (popularizēšana dažādos	▪ Viens informatīvo materiālu un vizuālo uzskates līdzekļu komplekts ▪ Sasniegtā,

Programmas aktivitātes	Apakšaktivitātes	Atbalsta veids	Īstenotāji / iesaistītie	Mērķauditorija	Finansējums	Iznākuma rādītāji
Programme activities	**Sub-activities**	**Type of support**	**Implementing institutions / involved parties**	**Target group**	**Financing**	**Outcome indicators**
žurnāli, grāmatas, brošūras utt.)	sagatavošana (popularizēšana dažādos portālos, interneta vietnēs) ▪ Izglītojošu publikāciju sērijas portālos ▪ Sadarbība pašvaldību veidotu informatīvo publikāciju izstrādē	reklamēšana	aģentūras	vecumā)	portālos, interneta vietnēs) – 640 EUR ▪ Izglītojošu publikāciju sērijas portālos – 1 400 EUR ▪ Sadarbība pašvaldību veidotu informatīvo publikāciju izstrādē – 780 EUR **Kopā: 64 380 EUR**	heterogēnā mērķa grupa – 3 000 000 iedzīvotāju
Sabiedrības informēšanas pasākumu komplekss	▪ Lai uzlabotu sabiedrības veselību, radītu negatīvu attieksmi pret atkarībām un mainītu sabiedrības dzīvesveida paradumus, ir plānots īstenot pasākumu kopumu, informējot sabiedrību ar plašsaziņas līdzekļu starpniecību (televīzija, radio, internets, vides reklāmas). Katra pasākumu kompleksa saturs:	▪ Aktivitāšu izstrādes, organizēšanas un īstenošanas pakalpojumi; ▪ konsultantu, ekspertu un speciālistu pakalpojumi.	SPKC, komunikācijas un sabiedrisko attiecību aģentūras	Plašāka sabiedrība (bērni, jaunieši, cilvēki darbspējīgā vecumā)	▪ Stratēģiskā atbalsta, radošās koncepcijas izstrāde – EUR 5 690 ▪ Video klipu uzņemšana – video padomi (ideja, scenārijs, filmēšana, montāža, projekta vadība, tulkošana) – 17 075 EUR ▪ Audio klipu radīšana (ideja, scenārijs, divas balsis, ierakstīšana) – 10 000 EUR ▪ Sociālās reklāmas materiālu popularizēšana televīzijā, radio, internetā – 15 650 EUR	▪ Viens informatīvo materiālu un vizuālo uzskates līdzekļu komplekts ▪ Sasniegtā, heterogēnā mērķa grupa – 3 000 000 iedzīvotāju

Programmas aktivitātes	Apakšaktivitātes	Atbalsta veids	Īstenotāji / iesaistītie	Mērķauditorija	Finansējums	Iznākuma rādītāji
Programme activities	**Sub-activities**	**Type of support**	**Implementing institutions / involved parties**	**Target group**	**Financing**	**Outcome indicators**
	stratēģiskā atbalsta, radošās koncepcijas izstrāde; video klipu uzņemšana – video padomi (ideja, scenārijs, filmēšana, montāža, projekta vadība, tulkošana); audio klipu uzņemšana; mobilo lietotņu radīšana un popularizēšana; sociālās reklāmas materiāli televīzijā, radio un internetā; izglītojošu publikāciju sērijas internetā; vides reklāma (izstrāde un popularizēšana); komunikāciju risinājumi viedtelefoniem; informatīvu reklāmkarogu izstrāde un popularizēšana sociālajos tīklos;				▪ Izglītojošu publikāciju sērijas internetā – 15 650 EUR ▪ Ārpustelpu reklāma (izstrāde un popularizēšana) – 28 450 EUR ▪ Komunikāciju risinājumi viedtelefoniem – 7 115 EUR ▪ Informatīvu reklāmkarogu izstrāde un popularizēšana sociālajos tīklos – EUR 4 270 ▪ Sabiedriskās attiecības (tai skaitā preses konferences) – 80 stundas x 70 EUR –5 600 EUR ▪ Aktivitātes sociālajos medijos – 300 stundas x 60 EUR EUR – 18 000 ▪ Sadarbība pašvaldību veidotu informatīvo publikāciju izstrādē – 7 115 EUR ▪ Pēcīstenošanas pārbaude un rezultātu apkopošana – 7 115 EUR	

Programmas aktivitātes	Apakšaktivitātes	Atbalsta veids	Īstenotāji / iesaistītie	Mērķauditorija	Finansējums	Iznākuma rādītāji
Programme activities	**Sub-activities**	**Type of support**	**Implementing institutions / involved parties**	**Target group**	**Financing**	**Outcome indicators**
	sabiedriskās attiecības (tai skaitā preses konferences); aktivitātes sociālajos medijos;				▪ **Kopā: EUR 141 730**	
Kopā vienai programmai:					**EUR 1 016 650**	
Kopā programmēšanas periodam (7 programmām):					**EUR 7 116 550**	

2. PIELIKUMS
SPKC IEROSINĀTĀ MONITORINGA SISTĒMA

Joma	Indikators	Indikators	Pieejamība	Izmantojamība	Piezīmes	Avots	Definīcija
Vispārīgi	Līdzdalība veselības veicināšanas aktivitātēs	Galvenais	Pašvaldība	Pašvaldības līmenis	Pēc pašvaldības	SPKC Veselības veicināšanas departaments	
SAS	Priekšlaicīga mirstība no SAS uz 100 000 iedzīvotājiem	Papildu	Pašvaldība	Reģionālais līmenis (pašvaldība - ierobežoti)	Pēc mirušo personu dzīvesvietas	Nāves cēloņu datu bāze (SPKC)	I00-I99, 0-64 gadus veci
SAS	Mirstība no SAS uz 100 000 iedzīvotājiem	Galvenais	Pašvaldība	Pašvaldības līmenis	Pēc mirušo personu dzīvesvietas	Nāves cēloņu datu bāze (SPKC)	I00-I99, visi vecumi
SAS	Relatīvais hospitalizācijas gadījumu skaits ar primāru hipertensiju uz 1000 iedzīvotājiem	Galvenais	Pašvaldība	Pašvaldības līmenis	Pēc pacienta dzīvesvietas	Nacionālā veselības dienesta VIS (veicis SPKC)	I10, visi vecumi
SAS	Ikdienā smēķējošo iedzīvotāju īpatsvars	Papildu	Reģions	Reģiona līmenis	Pēc respondentu dzīvesvietas	Latvijas iedzīvotāju veselības apsekojums 2008. g. (CSP) Latvijas iedzīvotāju veselību	Vecums 15+ 15-64 gadi

						ietekmējošo paradumu pētījums (2014. g., SPKC)	
Onkoloģija	Saslimstība (incidence) ar ļaundabīgiem audzējiem uz 100 000 iedzīvotājiem, standartizēts pēc vecuma	Galvenais	Pašvaldība	Pašvaldības līmenis	Pēc pacienta dzīvesvietas	Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuriem diagnosticēta onkoloģiska slimība (SPKC)	C00-C97
Onkoloģija	Mirstība no ļaundabīgiem audzējiem uz 100 000 iedzīvotājiem, standartizēts pēc vecuma	Galvenais	Pašvaldība	Pašvaldības līmenis	Pēc mirušo dzīvesvietas	Nāves cēloņu datu bāze (SPKC)	C00-C97, visi vecumi
Onkoloģija	Visu pacientu, kuriem diagnosticēts audzējs III.-IV. stadijā, īpatsvars	Papildu	Pašvaldība	Reģionālais līmenis (pašvaldība - ierobežoti)	Pēc pacienta dzīvesvietas	Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra onkoloģijas pacienti (SPKC)	No visiem pacientiem, kam pirmo reizi diagnosticēti ļaundabīgi audzēji, izņemot audzēju lokalizāciju bez norādes

							uz stadiju; izņemot, ja šāda diagnoze ir uzstādīta pēc nāves
Garīgā veselība	Pašnāvību izraisītas mirstības līmenis uz 100 000 iedzīvotājiem, standartizēts pēc vecuma (tikai reģionos)	Papildu	Pašvaldība	Reģionālais līmenis (pašvaldība - ierobežoti)	Pēc mirušo personu dzīvesvietas	Nāves cēloņu datu bāze (SPKC)	X60-X84, visi vecumi
Garīgā veselība	Pacienti, kuriem pirmo reizi diagnosticēti garīgi traucējumi (incidence) uz 100 000 iedzīvotājiem (izņemot psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ)	Papildu	Pašvaldība	Reģionālais līmenis (pašvaldība - ierobežoti)	Pēc pacienta dzīvesvietas	Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuriem diagnosticēti psihiski un uzvedības traucējumi (SPKC)	F00-F09; F20-F98 (izņemot psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ)
Garīgā veselība	Reģistrētie pacienti (prevalence) ar garīgiem traucējumiem	Galvenais	Pašvaldība	Reģionālais līmenis (pašvaldība - ierobežoti)	Pēc pacienta dzīvesvietas	Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra pacienti ar	F00-F09; F20-F98 (izņemot psihoaktīvo vielu lietošanas

	kā procentuālā daļa no visiem pacientiem (izņemot psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ)					garīgām slimībām vai uzvedības traucējumiem (SPKC)	dēļ)
Garīgā veselība	Pacientu, kuri ir ārstēti no narkotiku lietošanas izraisītiem traucējumiem, relatīvais skaits uz 100 000 iedzīvotājiem	Galvenais	Pašvaldība	Reģionālais līmenis (pašvaldība - ierobežoti)	Pēc pacienta dzīvesvietas	Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par narkoloģiskajiem pacientiem (SPKC)	F10-F19, izņemot F17 (tabaka)
Garīgā veselība	Pirmo reizi reģistrētu narkoloģijas pacientu incidence uz 100 000 iedzīvotājiem	Papildu	Pašvaldība	Reģionālais līmenis (pašvaldība - ierobežoti)	Pēc pacienta dzīvesvietas	Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par narkoloģiskajiem pacientiem (SPKC)	F10-F19, izņemot F17 (tabaka)
Garīgā veselība	Ambulatorie apmeklējumi pie psihiatra garīgu traucējumu dēļ uz 100 000 iedzīvotājiem	Galvenais	Pašvaldība	Pašvaldības līmenis	Pēc pacienta dzīvesvietas	Nacionālā veselības dienesta VIS (veicis SPKC)	F00-F09; F20-F99

Perinatālais periods	Zīdaiņu mirstība uz 1000 dzīvi dzimušiem bērniem	Papildu	Pašvaldība	Reģionālais līmenis (pašvaldība - ierobežoti)	Pēc mirušo personu dzīvesvietas	Nāves cēloņu datu bāze (SPKC)	
Perinatālais periods	Zīdaiņu mirstība uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem bērniem	Papildu	Pašvaldība	Reģionālais līmenis (pašvaldība - ierobežoti)	Pēc mirušā bērna mātes dzīvesvietas	SPKC	Piedzimis nedzīvs + miris pirmajā dzīves nedēļā
Perinatālais periods	Jaundzimušo, kuriem dzemdību namā tiek diagnosticēta vismaz viena slimība, īpatsvars	Galvenais	Pašvaldība	Pašvaldības līmenis	Pēc mātes dzīvesvietas	SPKC, Jaundzimušo reģistrs	No visiem dzīvi dzimušajiem bērniem
Perinatālais periods	Pilnas antenatālās aprūpes īpatsvars	Galvenais	Pašvaldība	Reģiona līmenis	Pēc mātes dzīvesvietas	SPKC, Jaundzimušo reģistrs	Viss tiek veikts atbilstoši likumā noteiktajai, minimālajai, valsts apmaksātajai aprūpei (aprūpe tiek sākta līdz 12. nedēļai; USG utt.)

Sociālekonomisks	Nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju īpatsvars	Papildu	Reģions	Reģions	Pēc respondentu dzīvesvietas	CSP	Aprēķināts, izmantojot SILC
Sociālekonomisks	Teritorijas attīstības indekss	Galvenais	Pašvaldība	Pašvaldības līmenis		Valsts Reģionālās attīstības aģentūra	Vispārināts rādītājs, ko aprēķina ar noteiktiem svara jeb nozīmības koeficientiem, summējot svarīgāko, teritoriju (pašvaldību) attīstību raksturojošo statistikas pamatrādītāju standartizētās vērtības.
Sociālekonomisks	Džini koeficients	Papildu	Reģions	Reģions	Pēc respondentu dzīvesvietas	CSP	Aprēķināts, izmantojot SILC
Sociālekonomisks	Iedzīvotāju skaits	Papildu	Pašvaldība	Pašvaldības līmenis	Pēc personas dzīvesvietas	CSP	