

***Covid-19 pandēmijas ietekme uz
veselības aprūpes sistēmu
Latvijā: pieredze un nākotnes
risinājumi***

COVID-19 EPIDĒMIJAS IETEKME UZ VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMU
UN SABIEDRĪBAS VESELĪBU LATVIJĀ, VPP-COVID-2020/1-0011

VPP-COVID-2020/1-0011 projekta "COVID-19 ietekme uz veselības aprūpes sistēmu; pieredze un nākotnes risinājumi"; VPP-COVID-2020/1-0011 projekta pētnieki (*alfabētiskā secībā*):

Rīgas Stradiņa universitāte:

Daiga Behmane
Ieva Bikava
Ģirts Briģis
Anda Brinkmane
Alīna Dūdele
Inese Gobiņa
Mirdza Kursīte
Indra Liniņa
Ilze Maldupa
Egija Senakola
Olga Šļepcova
Inese Stars
Lauma Sprinģe
Ieva Strēle
Natālija Šilova
Dins Šmits
Sergio Uribe
Ilona Viduskalne
Anita Villeruša (darba pakas vadītāja)

Latvijas univeristāte:

Solvita Olsena
Laura Kadile
Sarmīte Veide

Banku augstkola:

Kārlis Ketners
Andris Nātriņš
Didzis Rūtītis

Ziņojums izstrādāts Valsts pētījumu programmas "Covid-19 seku mazināšanai" projekta Nr. VPP-COVID-2020/1-0011 "COVID-19 epidēmijas ietekme uz veselības aprūpes sistēmu un sabiedrības veselību Latvijā; veselības nozares gatavības nākotnes epidēmijām stiprināšana" ietvaros. Projekta sasniedzamos papildu rezultātus formulējusi LR Veselības ministrija. Ziņojumā paustās atziņas un rekomendācijas, kuras autoru kolektīvs izstrādājis, balstoties uz projektā veikto pētījumu datiem, var nesakrist ar LR Veselības ministrijas viedokli.

Saturs

Kopsavilkums	6
Aktualitāte	9
1. Kopējās mirstības izmaiņas un papildu mirstības analīze Latvijā 2020. gadā	13
1.1. Kopējās stības izmaiņas Latvijā 2020. gadā salīdzinājumā ar 2015.–2019. gadu	14
1.2. Papildu mirstības analīze 2020. gadā Latvijā	18
2. Veselības aprūpes pakalpojumu apjoma un struktūras izmaiņas Latvijā 2020. gada pirmajā pusgadā	20
2.1. Hospitalizāciju dinamika, struktūra un hospitalizēto pacientu letalitāte 2020. gada pirmajā pusgadā	26
2.2. Pacientu ar hroniskām slimībām aprūpe 2020. gada pirmajā pusgadā	29
3. Veselības aprūpē iesaistīto speciālistu un darbinieku pieredze pirmās ārkārtējās situācijas laikā saistībā ar Covid-19 Latvijā: kvalitatīvais pētījums	46
3.2. Intervijas ar stacionāro ārstniecības iestāžu (slimnīcu) vadītājiem	48
3.3. Intervijas ar ārstiem-speciālistiem	57
3.4. Intervijas ar ģimenes ārstiem	65
3.5. Intervijas ar pacientu organizācijām	75
3.6. Intervijas ar klientu servisa aprūpes darbiniekiem	79
4. Veselības aprūpes finansēšanas lēmumi Latvijā 2020. gada pirmajā pusgadā	82
5. Zobārstniecības nozares nepārtrauktības nodrošināšana Latvijā saistībā ar Covid-19	92
5.1. Covid-19 ietekme uz zobārstniecību Latvijas bērniem līdz 18 gadu vecumam un sejas-žokļu ķirurģisko manipulāciju nodrošinājumu	92
5.2. Zobārstu gatavība pielietot ar mazāku infekcijas risku saistītas kariesa ārstēšanas metodes ..	98
5.3. Aktualitātes, problēmas un izaicinājumi zobārstniecības sistēmā Covid-19 ārkārtējās situācijas laikā Latvijā: kvalitatīvs pētījums	105
5.4. Rekomendācijas zobārstniecības nozarei	112
6. Katastrofu medicīnas sistēma un neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšana Latvijā 2020. gada pirmajā pusgadā	114
6.1. NMPD operatīvā darbība 2020. gada pirmajā pusgadā	115
6.1.2.1. NMPD 113 tālruņa darbība 2020. gada pirmajā pusgadā	116
6.1.2.2. NMPD ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa darbība 2020. gada pirmajā pusgadā	119
6.1.2.3. Covid-19 testu veikšana ārkārtējās situācijas laikā 2020. gada pirmajā pusgadā	122
6.1.2.4. NMPD izsaukumu izmaiņas 2020. gada pirmajā pusgadā	124
6.2. Katastrofu medicīnas sistēmas gatavība Covid-19 epidēmijai: ekspertu pieredze un risinājumi	131
6.2.1. Neatliekamās medicīniskās palīdzības sniedzšo iestāžu gatavība ārkārtas situācijai	132
6.2.3. Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas raksturojums 2020. gada pirmajā pusgadā	141

6.2.4. Cilvēkresursu nodrošinājums un gatavība krīzes situācijai.....	145
6.2.5. Infrastruktūras gatavība un IAL pieejamība.....	149
6.2.6. Papildus resursu pieejamība un veidošanas principi, pieejamība un centralizētu iepirkumu veikšana ārkārtas situāciju pārvaldīšanai.....	157
6.2.7. Par KMS atbildīgo un vadošo institūciju komunikācija ar slimnīcām un savstarpējā informācijas apmaiņa.....	160
6.2.8. Iestāžu komunikācija un sadarbība ar citu nozaru institūcijām.....	164
7. Cilvēktiesībās balstīta pieeja veselības aprūpes organizācijai pirmās ārkārtējās situācijas apstākļos saistībā ar Covid-19 Latvijā.....	166
7.1. Veselības aprūpes pakalpojumu tiesiskais regulējums ārkārtas situācijas laikā.....	168
7.2. Tiesību principi veselības aizsardzības un veselības aprūpes nodrošināšanai pandēmijas apstākļos.....	175
7.3. Pamattiesību ierobežošana pandēmijas apstākļos.....	180
7.4. Ambulatoro un stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu ierobežošana ārkārtējā stāvokļa dēļ.....	184
7.5. Ārstniecības iestāžu loma pamattiesību ierobežošanā.....	186
7.6. Eiropas Savienības (ES) tiesību piemērošana ES pārrobežu pacientu Covid-19 diagnostikas un ārstēšanas nodrošināšanā.....	186
7.2.7. Tiesību aizsardzības līdzekļi ārkārtējās situācijas dēļ noteikto tiesību aizsardzībai.....	191
Atsauces.....	199
Pielikums nr.1. Veiktās izmaiņas veselības pakalpojumu jomā Covid-19 ārkārtējā situācijā laika posmā no 12.03.2020. līdz 09.06.2020.	204
Pielikums nr.2. Kvalitatīvo interviju protokoli.....	214
Pielikums nr.3. Rekomendācijas aerosolu ģenerējošo procedūru lietošanas mazināšanai zobārstniecības kabinetos.....	226

Saīsinājumi un apzīmējumi

Saīsinājums	Skaidrojums
BKUS	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca
EK	Eiropas Komisija
ES	Eiropas Savienība
IAL	Individuālie aizsardzības līdzekļi
KMS	Katastrofu medicīnas sistēma
KUS	Klīniskās universitātes slimnīcas (BKUS, PSKUS, RAKUS)
LĀB	Latvijas Ārstu biedrība
LZA	Latvijas Zobārstu asociācija
LZHA	Latvijas Zobu higiēnistu asociācija
MK	Ministru kabinets
MPV	Mākslīgā plaušu ventilācija
NMPD	Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
NVD	Nacionālais veselības dienests
OECD	Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija
PSKUS	Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca
PVO (WHO)	Pasaules Veselības organizācija (World Health Organization)
RAKUS	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca
SPKC	Slimību profilakses un kontroles centrs
VI	Veselības inspekcija
VM	Veselības ministrija
VOMK	Valsts operatīvā medicīniskā komisija
ZVA	Zāļu valsts aģentūra

Kopsavilkums

Šī pētījuma **mērķis** bija novērtēt Covid-19 pandēmijas ietekmi uz veselības aprūpes sistēmu Covid-19 pirmās ārkārtējās situācijas laikā 2020. gada pirmajā pusgadā, kā arī uz kopējo mirstību 2020. gadā Latvijā, lai sniegtu pierādījumos balstītu informāciju, kas palīdzētu stiprināt veselības aprūpes nozares kapacitāti nākotnes izaicinājumu pārvarēšanai. Pētījuma mērķa sasniegšanai tika īstenoti **septiņi** sinerģiski un savstarpēji papildinoši **apakšpētījumi** par šādām tēmām: 1) kopējās mirstības izmaiņas un papildu mirstības analīze Latvijā 2020. gadā; 2) veselības aprūpes pakalpojumu apjoma un struktūras izmaiņas Latvijā 2020. gada pirmajā pusgadā; 3) veselības aprūpē iesaistīto speciālistu un darbinieku pieredze pirmās ārkārtējās situācijas laikā saistībā ar Covid-19 Latvijā; 4) veselības aprūpes finansēšanas lēmumi Latvijā 2020. gada pirmajā pusgadā; 5) zobārstniecības nozares nepārtrauktības nodrošināšana Latvijā saistībā ar Covid-19; 6) katastrofu medicīnas sistēma un nealiekamās medicīniskās palīdzības sniegšana Latvijā 2020. gada pirmajā pusgadā; 7) cilvēktiesībās balstīta pieeja veselības aprūpes organizācijai pirmās ārkārtējās situācijas apstākļos saistībā ar Covid-19 Latvijā.

Pētījuma mērķa sasniegšanai veikts **kvantitatīvs pētījums** (aptaujāti 373 zobārsti), **kvalitatīvs pētījums** (veiktas padziļinātās intervijas un fokusgrupu diskusijas septiņās mērķa grupās – ģimenes ārstu, ārstu – speciālistu, zobārstu, stacionāro aprūpes iestāžu vadītāju, katastrofu medicīnas sistēmas pārstāvju, klientu aprūpes servisa darbinieku, kā arī pacientu organizāciju vadītāju vidū (kopumā 87 intervijas un 4 fokusgrupu diskusijas), kā arī veikta padziļināta **sekundāro datu analīze** (izmantojot Slimību profilakses un kontroles centra, Nacionālā veselības dienesta un Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta pārziņā esošo reģistru datus), ko papildina **pētījumi cilvēktiesību un finanšu jomās**.

Pētījuma sadaļā par **kopējās mirstības izmaiņām** secināts, ka kopējās mirstības tendences 2020. gadā Latvijā ir bijušas statistiski nozīmīgi atšķirīgas salīdzinājumā ar iepriekšējiem pieciem gadiem. 2020. gadā kopš maija mēneša papildu ikmēneša mirstības pieaugums attiecībā pret iepriekšējo piecu gadu periodu ir bijis pozitīvs. Tomēr būtiski lielākā daļa, t.i., vairāk nekā 70%, no papildu mirstības pieauguma ir attiecināma uz mirstību no Covid-19 2020. gada novembra un decembra mēnešos.

Pētījumā par Covid-19 pirmā viļņa **ietekmi uz veselības aprūpes pakalpojumu apjomu** un struktūru konstatēts, ka pēc ārkārtējās situācijas ieviešanas samazinājās ne tikai to plānveida pakalpojumu skaits, kurus ierobežoja VM rīkojums nr. 59, bet samazinājās arī sniegto pakalpojumu skaits pacientiem ar onkoloģiskām slimībām, uz kuriem ierobežojumi neattiecās.

Laikā līdz 2020. gada jūnijam, neatliekamā kārtā veikto procedūru, kā arī neatliekamo hospitalizāciju skaits būtiski nepieauga. Līdz ar plānveida hospitalizāciju kritumu, samazinājās arī neatliekamo hospitalizāciju skaits. No 30% līdz 50% no ģimenes ārstu konsultācijām pacientiem ar hroniskām slimībām notika attālināti, bet, piemēram, endokrinologi pat 70% no diabēta pacientu konsultācijām veica attālinātā formātā. Stacionāros mirušo pacientu skaits absolūtajos skaitļos bija līdzīgs kā 2019. gadā, bet pieauga mirušo pacientu relatīvais īpatsvars no neatliekamā kārtā stacionētajiem (5,1% 2020. gadā pret 4,6% 2019. gadā).

Apakšpētījums, kas aplūkoja **veselības aprūpē iesaistīto speciālistu pieredzi par Covid-19 ietekmi** uz dažāda līmeņa veselības aprūpi, liecina, ka teju visu intervēto mērķa grupu pārstāvji norādījuši uz precīzu vadlīniju trūkumu rīcībai krīzes situācijā, piemēram, attiecībā uz pacientu grupu prioritizāciju stacionēšanas kontekstā. Nepieciešamas arī vadlīnijas ģimenes ārstiem un ārstiem - speciālistiem ar noteiktām hroniskām slimībām slimojošu pacientu novērošanai un aprūpei ārkārtējo situāciju laikā. Visu intervēto mērķa grupu pārstāvji atzīmē arī telemedicīnas pakalpojumu būtisko nozīmi. Nepieciešams veidot šo pakalpojumu aprakstus, noteikt pacientu mērķa grupas, to piemērošanas nosacījumus, uzskaites kārtību, kvalitātes kritērijus un atbilstošus tarifus. Jāuzlabo arī ārstu prasmes un nodrošinājums attiecībā uz tehniskajiem risinājumiem, lai šādu konsultāciju nodrošināšana un uzskaitē būtu iespējama. Attiecīgi veicināma arī pacientu pašefektivitāte šo pakalpojumu izmantošanā, piemēram, ar pacientu organizāciju starpniecību. Kā problēma valstī krīzes apstākļos aktualizējas joprojām vāji attīstītā e-veselība un starpinstitucionālā veselības aprūpes statistikas datu apmaiņa. Lai uzlabotu informācijas apmaiņu un sekmētu uz pierādījumiem balstītu lēmumu pieņemšanu gan individuālā pacienta, gan veselības aprūpes sistēmas darbības līmenī, nepieciešami ieguldījumi mūsdienīgu risinājumu ieviešanā. Intervētie veselības aprūpes profesionāļi uzsver arī labi koordinētas krīzes komunikācijas sistēmas ieviešanas nepieciešamību, norīkojot vienu, tieši pieejamu kontaktiestādi, lai nākotnē izvairītos no informācijas dublēšanās un pretrunīgas, dažādi interpretējamas informācijas nodošanas.

Pētījuma daļā par Covid-19 **ietekmi uz veselības aprūpes finansēšanas lēmumiem** Latvijā eksperti secinājuši, ka, piemēram, ārkārtējo situāciju laikā nepieciešams palielināt lēmumu pieņemšanas procesa efektivitāti un saīsināt lēmumu pieņemšanas ilgumu, proti, nepieciešama jauna pieeja budžeta līdzekļu pārvaldībai ar papildu pilnvarām Veselības ministrijai resursu pārdalīšanai.

Pētījuma sadaļā par **zobārstniecības pakalpojumu nepārtrauktības nodrošināšanu** Latvijā saistībā ar Covid-19 konstatēts, ka epidēmijas apstākļos nevajadzētu ieviest zobārstniecības

pakalpojumu aizliegumu, bet gan aktualizēt un pielietot alternatīvās, aerosolus neģenerējošās metodes, starp kurām pieejamas ir gan neinvazīvas, gan minimāli invazīvas kariesa ārstēšanas metodes, piemēram, selektīva kariozo audu izņemšana ar rokas instrumentiem un plombēšana ar stikla jonomērcementu (SJC), nerestoratīvā kariesa ārstēšana vai augstas koncentrācijas fluorīdu līdzekļu aplikācijas. Tāpat būtu jāveicina telezobārstniecības attīstība.

Apakšpētījumā par Covid-19 **ietekmi uz Katastrofu medicīnas sistēmu** Latvijā konstatēts, ka, nodrošinot papildu pienākumus, reģistrēt un veidot rindas analīzi nodošanai, kā arī sniedzot informatīvas konsultācijas iedzīvotājiem un izmantojot esošo Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta (NMPD) telefona numuru (113), ik dienu saņemto zvanu skaits ārkārtējās situācijas sākumā dubultojies, radot situāciju, ka dienas laikā netiek atbildēti/pacelta pat 1/5 zvanu, attiecīgi radot nozīmīgu šķērslī sazvanīt NMPD pat dzīvībai kritiskos gadījumos. Līdzšinējā pieeja Latvijā bīstamo infekcijas slimību reģistrēšanas gadījumā bija koncentrēt pacientus Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas stacionārā “Latvijas Infektoloģijas centrs”, kā rezultātā pārējos slimnīcu katastrofu medicīnas plānos nav detalizēti aprakstīta pieeja palīdzības nodrošināšanai un ārstēšanai ilglaicīgi bīstamo infekcijas slimību pacientiem. Tāpat lielākā daļa NMP slimnīcu pārstāvji norāda, ka tās infrastruktūra nav bijusi atbilstoša Covid-19 pacientu uzņemšanai un nācies veikt pielāgošanu, lai nodrošinātu epidemioloģiskām drošības prasībām atbilstošu pacientu uzņemšanu un stacionēšanu. Nākotnē nepieciešamas investīcijas slimnīcu infrastruktūras piemērošanai infekcijas slimību pacientu uzņemšanai un ārstēšanai. Ņemot vērā individuālo aizsardzības līdzekļu (IAL) pieejamību, patēriņa apjomu un apstākļus, nepieciešams plānot un organizēt centralizētus iepirkumus, kā arī izstrādāt vienotus kritērijus IAL veidam un apjomam, kas jānodrošina dažādu līmeņu ārstniecības iestādēs.

Risinot veselības aprūpes darbinieku trūkumu, valstī nepieciešams cilvēkresursu attīstības plāns, kas nosaka vajadzīgo speciālistu sagatavošanas perspektīvo plānu, kā arī krīzes vajadzības gadījumā mērķtiecīgu pārprofilēšanas pieeju, pārskatot un plānojot dažādu speciālistu sertifikācijas un mūžizglītības kursus.

Visbeidzot pētījuma sadaļā par **cilvēktiesībās balstītu pieeju veselības aprūpes organizācijai** pirmās ārkārtējās situācijas apstākļos Latvijā secināts, ka ierobežojumi pacientu tiesībām saņemt un ārstniecības iestāžu tiesībām sniegt veselības aprūpes pakalpojumus, tika ieviesti, neievērojot Satversmēs noteikto cilvēktiesību ierobežošanas kārtību. Noskaidrots, ka lielākajai daļai tiesību ierobežošanas aktu nav atrodams zinātnisks pamatojums, kas tiesību ierobežošanai pandēmijas apstākļos, ir obligāta prasība.

Aktualitāte

2020. gadā Covid-19 pandēmija ir lielākā sabiedrības veselības un veselības aprūpes krīze kopš Otrā pasaules kara (United Nations Secretary-General, 2020). Covid-19 pandēmija ir būtiski ietekmējusi valstu veselības aprūpes sistēmas kapacitāti nodrošināt aprūpi ne tikai hospitalizētajiem Covid-19 pacientiem, bet arī atbilstošā līmenī nodrošināt nepieciešamos profilakses un ārstēšanas pakalpojumus hronisku neinfekcijas slimību gadījumā (WHO, 2020a). Covid-19 pandēmijas laikā pacientiem ar hroniskām neinfekcijas slimībām ir lielāks ne tikai Covid-19 saslimšanas un mirstības risks (Fu et. al., 2020; Richardson et al., 2020, Yang et al., 2020), bet arī lielāks negatīvu veselības iznākumu risks attiecībā arī uz savu pamatslimību (Banerjee et al., 2020; Chang et al., 2020; WHO, 2020a).

Globāli katru gadu vidēji 71% iedzīvotāju mirst no hroniskām ne-infekciju slimībām – visvairāk no sirds-asinsvadu, onkoloģiskajām, diabēta un hroniskām elpošanas slimībām (WHO, 2018). Hronisko ne-infekciju slimību norise un attīstība pacientiem paredz atkārtotu un ilglaicīgu veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu. Lai virzītos uz ANO Ilgtspējīgas attīstības mērķu sasniegšanu, ir nepieciešamas ne tikai efektīvas intervences hronisko ne-infekciju slimību riska faktoru mazināšanai, bet arī veselības sistēmu stiprināšana, lai uzlabotu hronisko neinfekcijas slimību diagnostisku, ārstēšanu un rehabilitāciju, taču kopš 2010. gada hronisko neinfekcijas slimību vecumstandartizētos priekšlaicīgas mirstības rādītājos būtiskus uzlabojumus nenovēro (WHO, 2020a). Latvijā vecuma standartizētā priekšlaicīgā mirstība no hroniskām neinfekcijas slimībām ir viena no augstākajām Eiroas Savienībā (Megyesiova & Lieskovska, 2019).

Pasaules Veselības organizācija (PVO) Covid-19 pandēmijas pirmā viļņa laikā 2020. gada maijā veica 163 PVO dalībvalstu aptauju, lai izvērtētu Covid-19 ietekmi uz valstu veselības aprūpes sistēmām hronisko ne-infekciju slimību pacientu aprūpē, konstatējot, ka 75% PVO dalībvalstīs būtiski samazināta vai pārtraukta zobārstniecības un veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana pacientiem ar tādām hroniskām ne-infekciju slimībām kā sirds-asinsvadu, onkoloģiskās slimības, cukura diabēts un astma. Lielākā daļa (65%) aptaujāto valstu atzīmēja būtisku plānveida ambulatoro pakalpojumu sniegšanu, bet kā otrs biežākais minētais (46%) bija skrīninga programmu pārtraukšana (WHO, 2020b). Latvija šajā aptaujā nepiedalījās. Ir svarīgi izpētīt Covid-19 ietekmi uz sabiedrības veselību un veselības aprūpes sistēmu kopumā, lai izvērtētu Latvijas veselības aprūpes sistēmas gatavību un funkcionēšanu pandēmijas apstākļos, nodrošinot veselības aprūpes pakalpojumu nepārtrauktību. Šāda veida analīze nepieciešama, lai noskaidrotu veselības aprūpes sistēmas gatavību ne tikai ierobežot

Covid-19 izplatīšanos, bet arī efektīvi aizsargāt iedzīvotājus no hronisko neinfekcijas slimību incidences un mirstības palielināšanās. Tādejādi Valsts pētījumu programmas “Covid-19 seku mazināšana” ietvaros tika veikts pētījums “Covid-19 epidēmijas ietekme uz veselības aprūpes sistēmu un sabiedrības veselību Latvijā; pieredze un nākotnes risinājumi” (Nr. VPP-COVID-2020/1-0011), ar mērķi novērtēt Covid-19 pandēmijas ietekmi uz veselības aprūpes sistēmu Covid-19 pirmās ārkārtējās situācijas laikā 2020. gada pirmajā pusgadā, kā arī uz kopējo mirstību 2020. gadā Latvijā, lai sniegtu pierādījumos balstītu informāciju, kas palīdzētu stiprināt veselības aprūpes kapacitāti un gatavību nākotnes epidēmijām.

Kopējās mirstības analīze ļauj spriest par Covid-19 pandēmijas kopējo ietekmi uz sabiedrības veselību. Šī projekta ietvaros tika analizētas kopējās mirstības uz 100 000 iedzīvotājiem izmaiņas Latvijā 2020. gadā, salīdzinot ar vidējiem kopējās mirstības rādītājiem iepriekšējo piecu gadu laikā, t.i., 2015.–2019. gadā, veicot papildu mirstības aprēķinus, kas nav atkarīgs no nāves cēloņu reģistrācijas pareizības un precizitātes saistībā ar Covid-19 katrā valstī (Aron et al., 2020; Morgan et al., 2020).

Latvijā pirmais Covid-19 apstiprinātais gadījums tika reģistrēts 2020. gada 3. martā. Ārkārtējā situācija saistībā ar Covid-19 pandēmijas pirmo vilni Latvijā tika izsludināta no 2020. gada 12. marta līdz 2020. gada 9. jūnijam, nosakot ievērojamus ierobežojumus ambulatoro un plānveida veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā (pielikums nr.1). Tādejādi viens no šī pētījuma primārajiem uzdevumiem bija sniegto veselības aprūpes pakalpojumu analīze pacientiem ar noteiktām hroniskām neinfekcijas slimībām, izvērtējot veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas izmaiņas dažādos Covid-19 ārkārtējās situācijas ierobežojumu etapos Latvijā Covid-19 pandēmijas pirmā viļņa laikā.

Pētījuma projekta ietvaros tika veikts veselības aprūpes finansēšanas resursu Latvijā pārskats, lai izvērtētu budžeta politikas un resursu pārdales lēmumu ietekmi un nozīmi Covid-19 pandēmijas ārkārtējā situācijā 2020. gada pirmajā pusē. Primārā veselības aprūpei ir būtiska loma Covid-19 kontrolē un ierobežošanā (ECDC, 2020a). Tādejādi īpaša šī projekta mērķgrupa bija ģimenes ārsti, pētot izaicinājumus un rīcību Covid-19 pandēmijas pirmā viļņa laikā primārajā veselības aprūpē, lai sniegtu rekomendācijas ilgtspējīgai pieejai pakalpojumu sniegšanai primārās aprūpes līmenī, plānojot turpmāko rīcību primārās veselības aprūpes pakalpojumu pārvaldībai pandēmijas laikā.

Covid-19 pandēmijas kontrolē un ierobežošanā svarīga ir efektīva nacionālo ārkārtējo situāciju plāna koordinācija (ECDC, 2020b; 2020c). Iestādes, kas nodrošina Neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu Covid-19 pandēmijas laikā saskaras ar jauniem izaicinājumiem attiecībā gan uz resursiem, gan algoritmu izmantošanu Valsts katastrofu

medicīnas plāna ietvaros. Šī projekta ietvaros tika apzinātas un raksturotas galvenās grūtības un pieredze attiecībā uz pieejamiem resursiem un rīcību, lai identificētu nepieciešamās rīcības un atbalstu gatavībai nākotnes izaicinājumiem.

Zobārstniecības pakalpojumi ir atzīti par īpaši riskantiem Covid-19 izplatības veicināšanā (Meng et al., 2020), tādēļ arī Latvijā Covid-19 pandēmijas pirmā viļņa laikā ārkārtējā situācijā zobārstniecības pakalpojumi tika būtiski ierobežoti. Tomēr eksistē arī neinvazīvas vai minimāli invazīvas zobu kariesa ārstēšanas metodes, kas pierādījušas savu efektivitāti (Innes et al., 2019). Latvijā zināšanas un gatavība izmantot neinvazīvās kariesa ārstēšanas metodes zobārstu vidū līdz šim nebija pētītas.

Covid-19 un nākotnes pandēmiju kopumā ierobežošanai, cilvēktiesību jautājums aktuāls ne tikai no morālā pienākuma viedokļa, bet arī lai principā veiksmīgi risinātu sabiedrības veselības problēmas (WHO, 2020c). Tādējādi viens no šī pētījuma projekta uzdevumiem bija, izpētīt veikto ārkārtējās situācijas ierobežojumu saturu no konstitucionālā viedokļa no indivīdu tiesībām uz veselību viedokļa, dodot rekomendācijas novatoriskiem pakalpojumiem un rīcībai, lai sekmētu veselības aprūpes nodrošināšanu iedzīvotājiem Latvijā.

Pētījuma projekts par veselības aprūpes gatavību un rīcību Covid-19 pandēmijas pirmā viļņa laikā Latvijā dos pienesumu gan sabiedrības veselības praksē, gan pētniecībā nacionālā un globālā mērogā, daloties un publicējot pierādījumos balstītas zināšanas, kas iegūtas, izstrādājot sistēmisku pieeju, savstarpēji kombinējot gan kvalitatīvās, gan kvantitatīvās pētniecības metodes. Pētījuma ziņojums ir strukturēts septiņās galvenajās nodaļās: 1) kopējās mirstības izmaiņas un papildu mirstības analīze Latvijā 2020. gadā; 2) veselības aprūpes pakalpojumu apjoma un struktūras izmaiņas Latvijā 2020. gada pirmajā pusgadā; 3) veselības aprūpē iesaistīto speciālistu un darbinieku pieredze pirmās ārkārtējās situācijas laikā saistībā ar Covid-19 Latvijā; 4) veselības aprūpes finansēšanas lēmumi Latvijā 2020. gada pirmajā pusgadā; 5) zobārstniecības nozares nepārtrauktības nodrošināšana Latvijā saistībā ar Covid-19; 6) katastrofu medicīnas sistēma un nealiekamās medicīniskās palīdzības sniegšana Latvijā 2020. gada pirmajā pusgadā; 7) cilvēktiesībās balstīta pieeja veselības aprūpes organizācijai pirmās ārkārtējās situācijas apstākļos saistībā ar Covid-19 Latvijā

Katras nodaļas sākumā vispirms ir aprakstīta datu iegūšanas un analīzes metodika, tad aprakstīti rezultāti un apkopotī secinājumi un rekomendācijas. Pētījums "Covid-19 ietekme uz veselības aprūpes sistēmu Latvijā: pieredze un nākotnes risinājumi" ir saņēmis RSU Ētikas komisijas atļauju Nr. 6-1/08/09.

Pētījuma uzdevumi:

1. Izvērtēt kopējās mirstības izmaiņas un analizēt papildu mirstību Latvijā 2020. gadā salīdzinājumā ar 2015.–2019. gada vidējiem mirstības rādītājiem.
2. Raksturot veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu primārajā, sekundārajā un terciārajā aprūpes līmenī, izvērtējot veselības aprūpes pakalpojumu apjoma un struktūras izmaiņas Latvijā 2020. gada pirmajā pusgadā.
3. Noskaidrot veselības aprūpes speciālistu un darbinieku pieredzi pirmās ārkārtējās situācijas laikā saistībā ar Covid-19 Latvijā.
4. Analizēt veselības aprūpes finansēšanas lēmumus 2020. gada pirmajā pusgadā.
5. Noskaidrot Latvijas zobārstu gatavību pielietot neinvazīvās un minimāli invazīvās kariesa ārstēšanas metodes bērnu un pieaugušo populācijās sasitībā ar Covid-19 pandēmijas ietekmi uz zobārstniecības pakalpojumu ierobežojumiem.
6. Apzināt un raksturot Covid-19 izraisītās ārkārtējās situācijas ietekmi uz neatliekamās medicīniskās palīdzības sniedzošo iestāžu gatavību atbilstoši gatavības plāniem un algoritmiem, kā arī resursu nodrošinājumam un pieejamībai ārkārtas situācijas laikā 2020. gada pirmajā pusgadā.
7. Izpētīt starptautisko un nacionālo cilvēktiesību principu piemērošanu Covid-19 ārkārtējās situācijas laikā 2020. gada martā – jūnijā Latvijā, lai risinātu sabiedrības veselības problēmas vispārējo cilvēktiesību kontekstā.

1. Kopējās mirstības izmaiņas un papildu mirstības analīze Latvijā 2020. gadā

Pandēmijas apstākļos kopējās mirstības izmaiņu analīze tiek lietota kā indikators, lai spriestu par Covid-19 kopējo ietekmi uz sabiedrības veselību kopumā. Covid-19 pandēmijas laikā starptautiskiem salīdzinājumiem plaši izmanto papildu mirstības (angl. excess mortality) rādītāju, kas mēra kopējās mirstības absolūtās vai relatīvās izmaiņas, iekļaujot visus nāves cēloņus, noteiktā laika periodā salīdzinājumā ar iepriekš novēroto (Aron et al., 2020; Morgan et al., 2020). Papildu mirstības rādītājs nav atkarīgs no nāves cēloņu reģistrācijas pareizības un precizitātes saistībā ar Covid-19 katrā valstī, kā arī šis rādītājs ļauj spriest par kopējo pandēmijas ietekmi uz iedzīvotāju mirstību. Pētījuma ietvaros tika analizētas kopējās mirstības uz 100 000 iedzīvotājiem izmaiņas Latvijā 2020. gadā, salīdzinot ar vidējiem kopējās mirstības rādītājiem iepriekšējo piecu gadu laikā, t.i., 2015.–2019. gadā, aprēķinot atsevišķi papildu mirstības rādītāju.

Materiāls un metodes

Ikmēneša mirstības dati tika iegūti no Slimību profilakses un kontroles centra Nāves cēloņu datu bāzes, kur mirstības reģistrācija notiek pēc datuma, kurā nāves gadījumus noticis. Ikmēneša mirstības dati periodā no 2015. līdz 2019. gadam ir rēķināti attiecībā pret atbilstošā gada vidējo iedzīvotāju skaitu Latvijā, izmantojot Centrālās statistiskās pārvaldes oficiālos datus. Mirstības rādītāji 2020. gadā rēķināti uz iedzīvotāju skaitu gada sākumā, un tie uzskatāmi par provizoriskiem.

2020. gada kopējās mirstības rādītāji tika salīdzināti ar vidējiem iepriekšējo piecu gadu mirstības rādītājiem, izvērtējot atšķirības mirstības rādītājos gan katrā mēnesī atsevišķi (*ikmēneša mirstība*), gan saskaitot mirstības rādītājus iepriekšējos mēnešos (*ikmēneša kumulatīvā mirstība*). Lai novērtētu mirstības tendenču atšķirības 2020. gadā salīdzinājumā ar 2015.–2019. gada periodu, ar pārlietumpunktu regresijas analīzes¹ palīdzību tika noteikta mirstības tendenču paralelitate un sakritība. Paralelitates tests izvērtē mirstības kopējo tendenču atšķirības, bet sakritības tests – izmantoto mirstības rādītāju vērtību atšķirības (Kim et al., 2004).

¹ Joinpoint Regression Program (version 4.7.0.0, Feb 2019, Surveillance Research Program of the US National Cancer Institute)

Papildu mirstības aprēķināšanai izmantotas mirstības ikmēneša un kumulatīvās mērogotās atšķirības – P-mērs (*angl. P-score*), ko aprēķina pēc formulas (Aron et al., 2020):

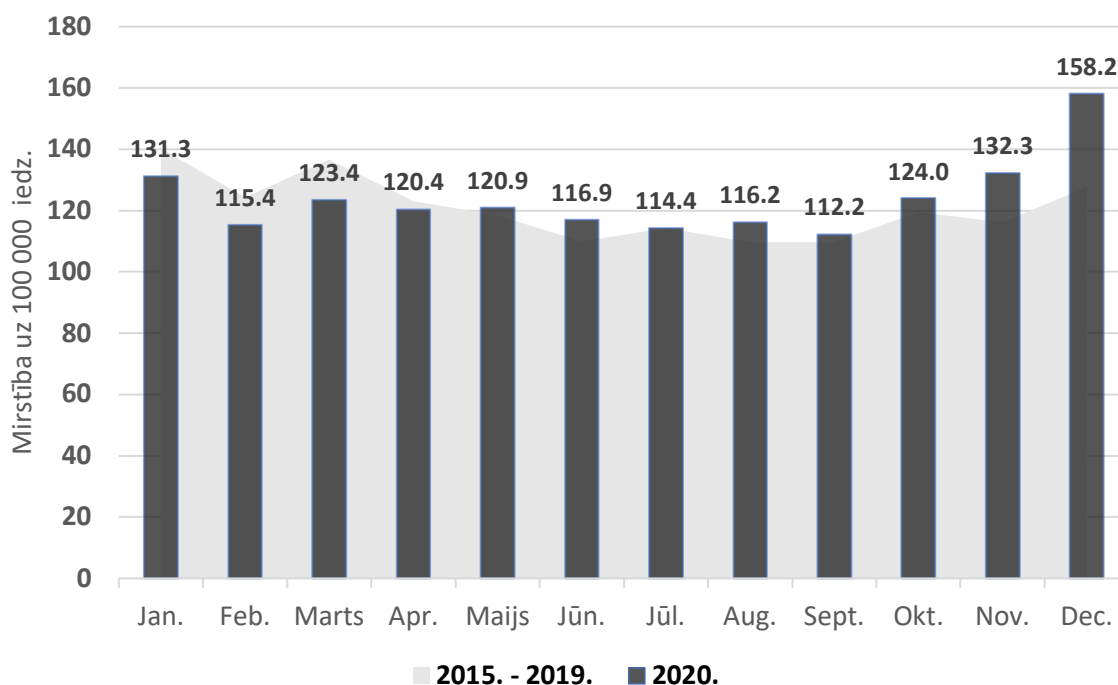
$$P\text{-mērs} = \frac{\text{Novērotā mirstība}_{\text{mēnesī, \#2020.g.}} - \text{Sagaidāmā kopējā mirstība}_{\text{mēnesī\#2015. - 2019.g vidēji}} * 100}{\text{Sagaidāmā kopējā mirstība}_{\text{mēnesī\#2015. - 2019.g vidēji}}}$$

Papildu mirstības pozitīvs pieaugums nozīmē, ka novērotā mirstība ir lielāka nekā sagaidāmā, bet negatīvs pieaugums – novērotā mirstība ir mazāka nekā sagaidāmā.

Lai gūtu detalizētāku priekšstatu par notiekošām mirstības izmaiņām, papildu mirstība 2020. gadā attiecībā pret 2015.–2019. gadu vidējiem rādītājiem tika aprēķināta gan atsevišķi katrā mēnesī (*ikmēneša papildu mirstība*), gan ņemot vērā kumulatīvos ikmēneša mirstības rādītājus (*ikmēneša kumulatīvā papildu mirstība*).

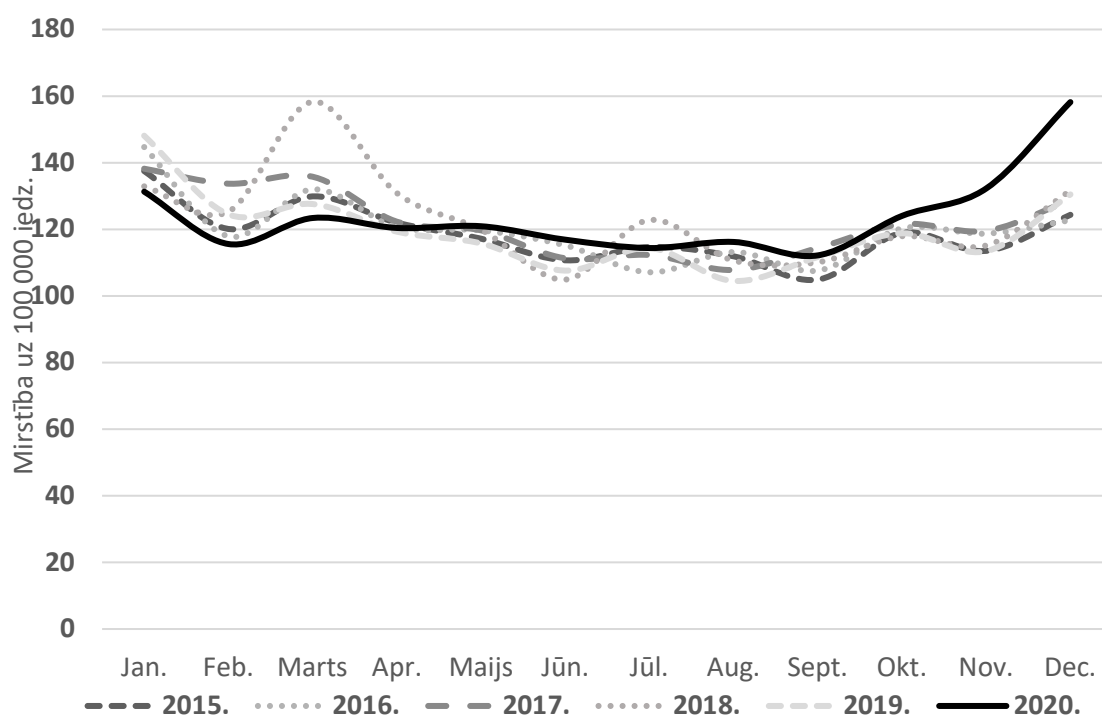
1.1. Kopējās mirstības izmaiņas Latvijā 2020. gadā salīdzinājumā ar 2015.–2019. gadu

2020. gada janvāra – aprīļa mēnešos kopējā ikmēneša mirstība ir bijusi zemāka nekā vidēji attiecīgajā periodā 2015.–2019. gadā. 2020. gada pēdējos trīs mēnešos vērojams straujš ikmēneša mirstības pieaugums, kā rezultātā ikmēneša mirstība oktobrī – decembrī ir bijusi augstāka, nekā vidēji iepriekšējos piecos gados (1.2.1.att.).



1.2.1.att. Kopējā ikmēneša mirstība 2020. gada laikā salīdzinājumā ar 2015.–2019. gada vidējo mirstību attiecīgajos mēnešos Latvijā uz 100 000 iedzīvotājiem

Ikmēneša mirstības rādītāji laikā no janvāra līdz martam 2020. gadā ir bijuši viszemākie arī salīdzinājumā ar katru no iepriekšējiem pieciem gadiem atsevišķi, bet savukārt laikā no oktobra līdz decembrim – visaugstākie (1.2.2.att.). No janvāra līdz martam 2020. gadā gripas un pneimonijas (J09-J18) un ārējo nāves cēloņu (V01-Y98) mirstības rādītāji ir bijuši viszemākie kopš 2015. gada. Savukārt 2020. gada novembrī un decembrī Covid-19 (U07) ir bijis trešais biežākais nāves cēlonis aiz asinsrites slimībām (I00 – I99) un ļaundabīgiem audzējiem (C00 – C97).²



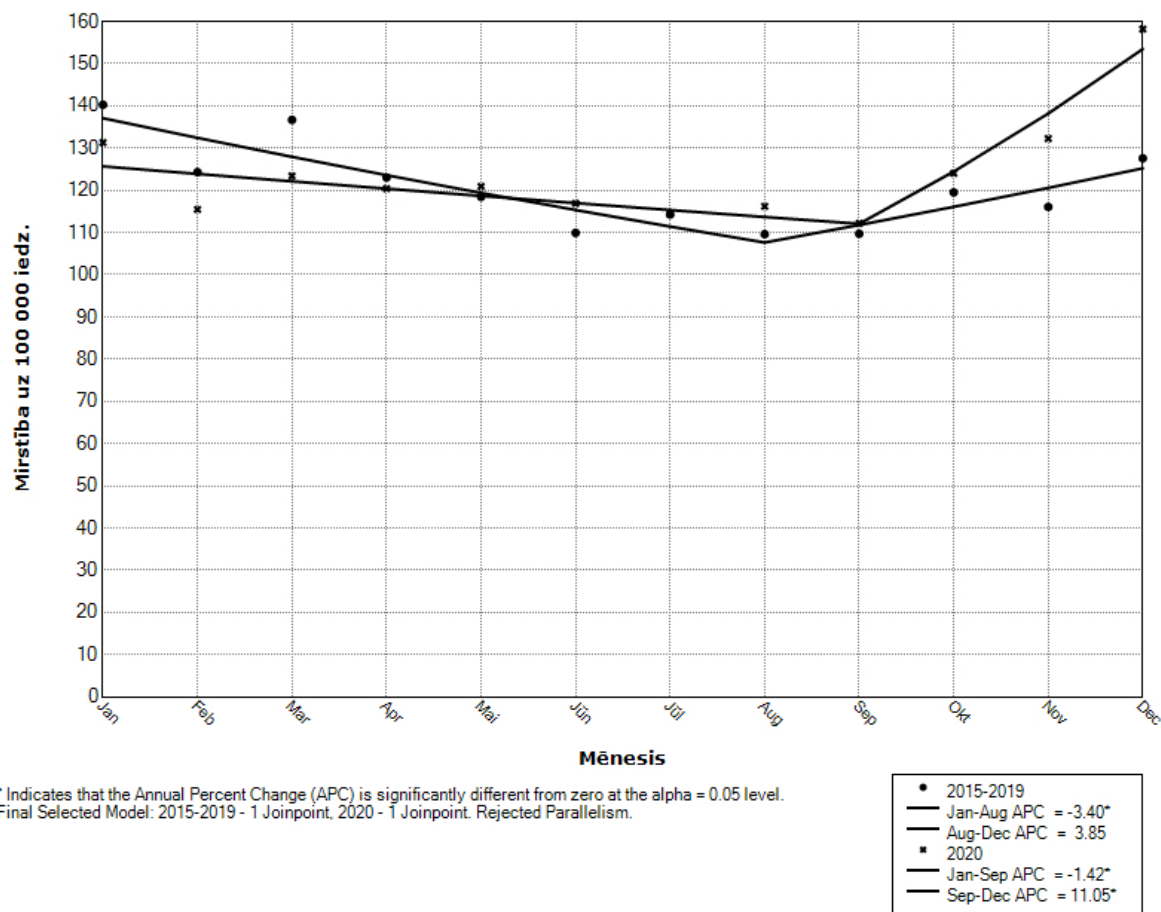
1.2.2.att. Kopējā ikmēneša mirstība laikā no 2015. līdz 2020. gadam Latvijā uz 100 000 iedzīvotājiem

Pārlietumpunktu regresijas paralelītātes analīze liecina, ka kopējās mirstības ikmēneša tendences 2020. gadā un vidēji periodā no 2015. līdz 2019. gadam ir statistiski nozīmīgi atšķirīgas ($p < 0,01$, 1.2.3. att.). Vidēji iepriekšējos piecos gadus laikā no janvāra līdz augustam, un 2020. gadā laikā no janvāra līdz septembrim ikmēneša mirstība statistiski nozīmīgi samazinājusies attiecīgi vidēji par 3,40 % un 1,42% ik mēnesi ($p < 0,05$, 1.2.3. att.). Gada beigās abos laika periodos ir sekojis statistiski nozīmīgs ($p < 0,05$) mirstības pieaugums, tomēr 2015.–

² Slimību profilakses un kontroles centrs. Veselības statistikas datu bāze. <https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/>

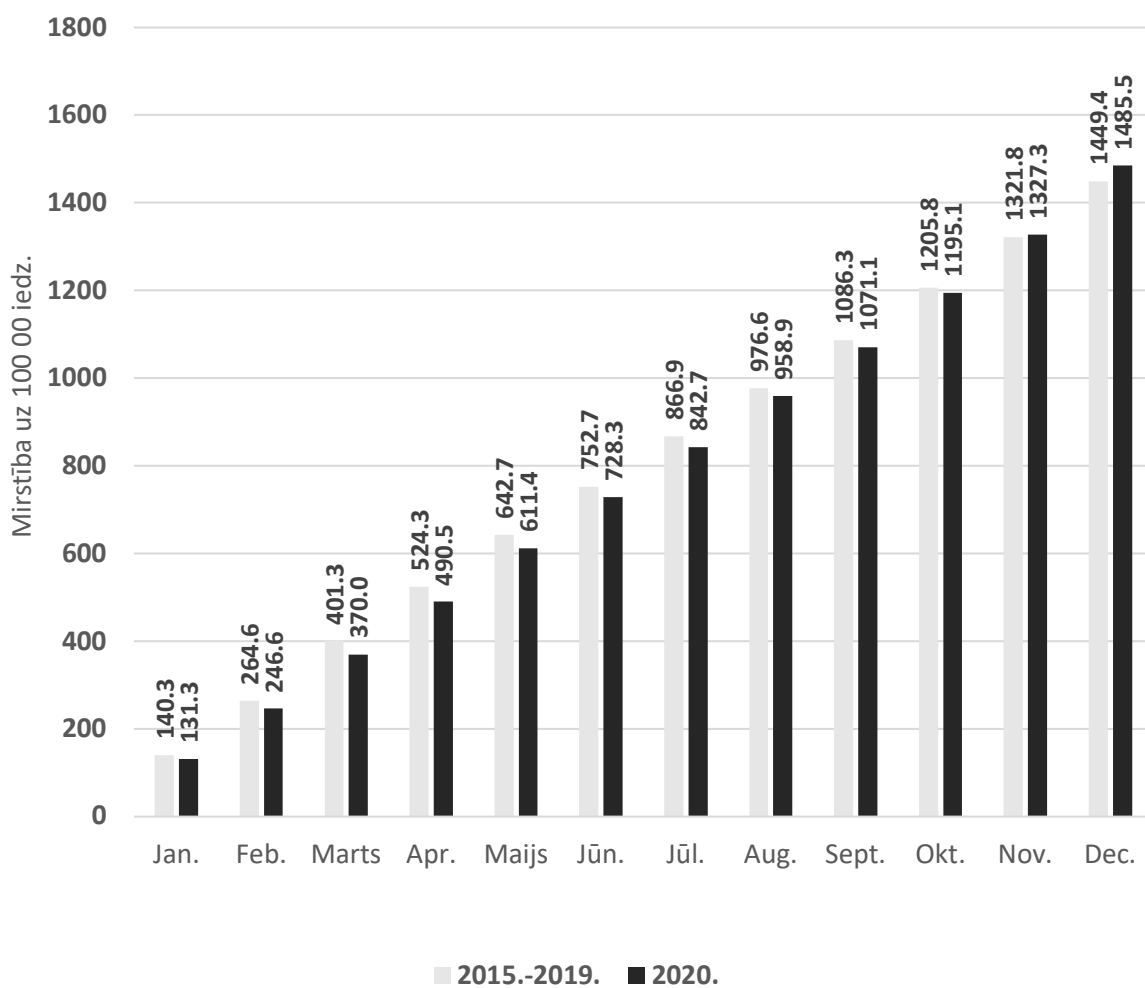
2019. gadā no augusta tas ir bijis vidēji par 3,85% mēnesī, savukārt 2020. gadā no septembra – gandrīz trīs reizes lielāks – 11,05% (1.2.3. att.).

Saskaņā ar pārliekumpunktu regresijas sakritības testu kopējās ikmēneša mirstības rādītāji 2020. gadā un 2015.–2019. gadā ir statistiski nozīmīgi atšķirīgi ($p < 0,01$).



1.2.3.att. Ikmēneša kopējās mirstības tendences 2020. gadā salīdzinājumā ar 2015.–2019. gada vidējo mirstību Latvijā uz 100 000 iedzīvotājiem: pārliekumpunktu regresijas paralelītātes analīze

Lai raksturotu kopējās mirstības izmaiņu tendences, papildu tika analizēta ikmēneša kumulatīvā mirstība, kas stabilizē ikmēneša mirstības svārstības. No janvāra līdz septembrim ikmēneša kumulatīvās kopējās mirstības rādītāji Latvijā 2020. gadā vēl bijuši salīdzinoši zemāki, nekā vidēji 2015.–2019. gadā šajā periodā, taču novembrī un decembrī ikmēneša kumulatīvās mirstības rādītāji 2020. gadā pārsniedz iepriekšējo piecu gadu vidējo rādītāju (1.2.4. att.).

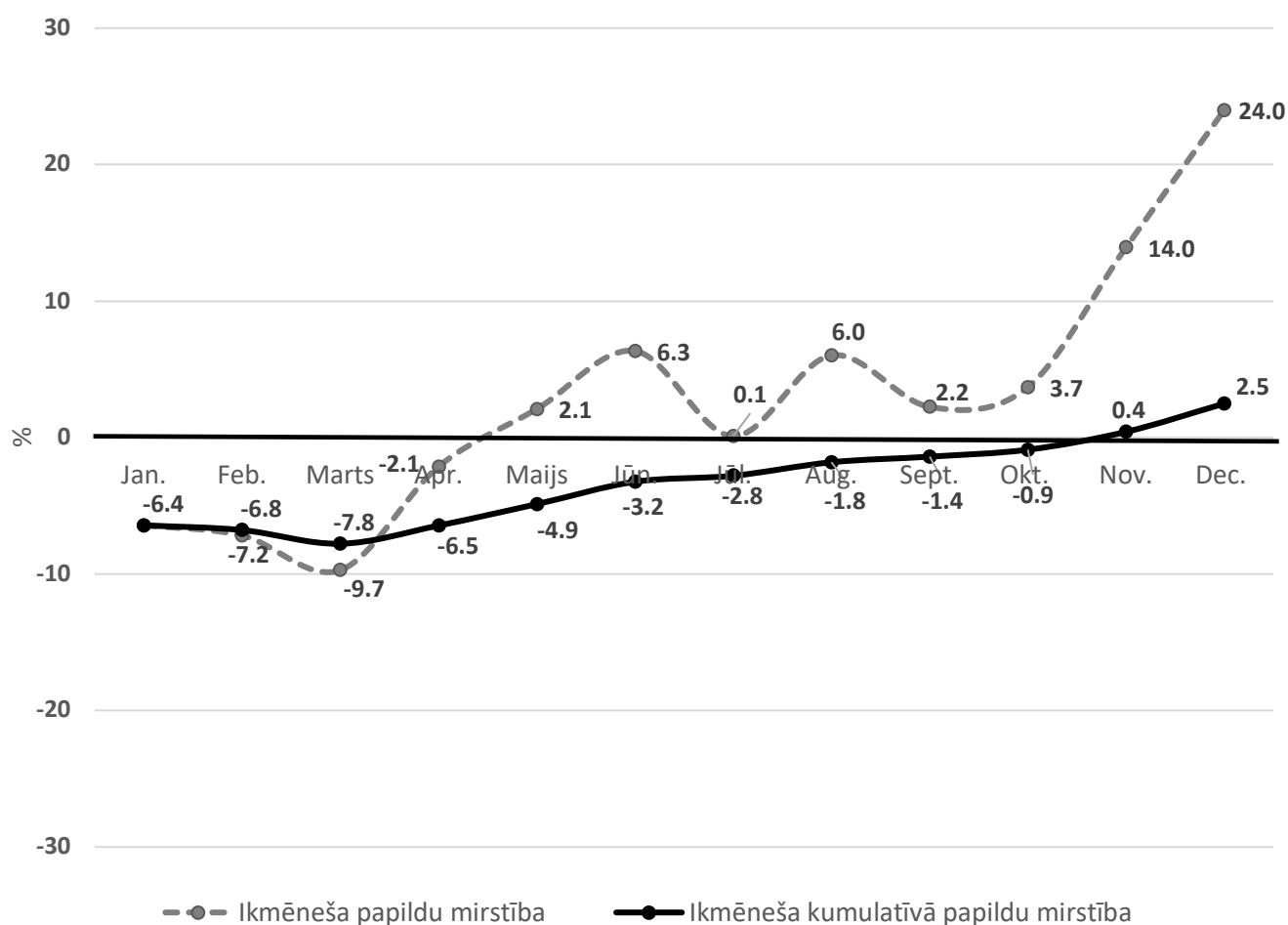


1.2.4.att. Ikmēneša kumulatīvā kopējā mirstība 2020. gadā salīdzinājumā ar 2015.–2019. gadu laika periodu no janvāra līdz septembrim Latvijā uz 100 000 iedzīvotājiem.

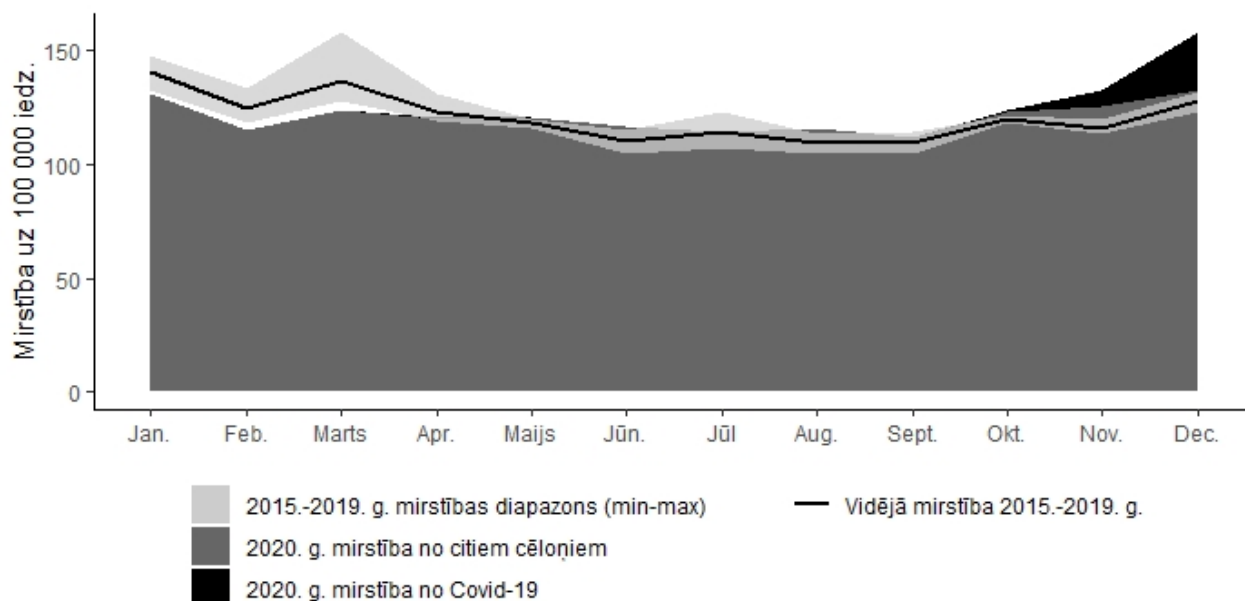
Tādejādi ikmēneša mirstības straujais pieaugums 2020. gada beigās rezultējies ar kopumā par 2,49% augstāku kopējo mirstību, nekā vidēji iepriekšējos piecos (1.2.4.att.).

1.2. Papildu mirstības analīze 2020. gadā Latvijā

Gan ikmēneša mirstības, gan ikmēneša kumulatīvo mirstības izmaiņu atšķirību tendences 2020. gadā salīdzinājumā ar vidēji 2015.–2019. gadu ir apkopotas, aprēķinot papildu mirstību rādītāju. 2020. gada janvārī – martā ikmēneša kopējās papildu mirstības vērtības bija negatīvas, kas nozīmē, ka kopējā ikmēneša mirstība šajā periodā 2020. gadā bija zemāka nekā vidēji 2015.–2019. gadā. Ja 2020. gada kopējā ikmēneša papildu mirstība martā pret attiecīgo mēnesi vidēji 2015.–2019. gadā bija negatīva (-9,72%), tad ikmēneša mirstībai palielinoties, kopš maija ikmēneša papildu mirstība 2020. gadā ir pozitīva. Būtisks ikmēneša papildu mirstības pieaugums 2020. gadā vērojams novembrī (+14%) un decembrī (+24%), kā rezultātā arī ikmēneša kumulatīvā papildu mirstība gada beigās rezultējusies pozitīvā pieaugumā (1.2.5.att.).



1.2.5. att. Papildu kopējā mirstībā (P-mērs) 2020. gadā salīdzinājumā ar 2015.–2019. gada laika periodu no janvāra līdz decembrim Latvijā uz 100 000 iedzīvotājiem



1.2.6.att. Ikmēnēša kopējās mirstības sadalījums no Covid-19 un pārējiem nāves cēloņiem 2020. gadā

Papildu mirstības daļa, kas attiecināma uz mirstību no Covid-19, ir strauji pieaugusi 2020. gada pēdējos trijos mēnešos, t.i. attiecīgi 30% oktobrī, 76% novembrī un 84% decembrī (1.2.6.att.).

1.4. Secinājumi un rekomendācijas

- ✓ Kopējās mirstības tendences 2020. gadā ir bijušas statistiski nozīmīgi atšķirīgas salīdzinājumā ar iepriekšējiem pieciem gadiem.
- ✓ Ikmēnēša papildu mirstības pieaugums 2020. gadā attiecībā pret iepriekšējo piecu gadu periodu ir bijis pozitīvs kopš maija mēneša. Tomēr būtiski lielākā daļa, t.i., vairāk nekā 70%, no papildu mirstības pieauguma ir attiecināma uz mirstību no Covid-19 2020. gada novembra un decembra mēnešos.
- ✓ Ikmēnēša kopējās mirstības un papildu mirstības analīze un monitorēšana var kalpot kā rīks regulārai sabiedrības veselības stāvokļa analīzei pandēmijas apstākļos.
- ✓ Lai detalizētāk spriestu par Covid-19 pandēmijas izraisīto ietekmi uz izmaiņām nāves cēloņu struktūru, nepieciešama cēloņspecifiskās mirstības analīze. Noderīga būtu atsevišķu slimību reģistru analīze par nāves cēloņu struktūras izmaiņām pacientiem ar noteiktām hroniskām neinfekcijas slimībām.

2. Veselības aprūpes pakalpojumu apjoma un struktūras izmaiņas Latvijā 2020. gada pirmajā pusgadā

Pētījuma mērķis ir raksturot veselības pakalpojumu skaita izmaiņas primārajā, sekundārajā un terciārajā veselības aprūpē 2020. gada pirmajā pusē, kad līdz ar Covid-19 pandēmijas pirmo vilni tika ieviesta ārkārtējā situācija un ierobežojumi veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanā. Laikā, kad veselības aprūpes nozarē dominēja rūpes par Covid-19 izplatības ierobežošanu un Covid-19 pacientu aprūpi, virkne citu pakalpojumu tika atcelti. Pirmā pētījuma daļa raksturo plānveida un neatliekamo hospitalizāciju dinamiku kopumā un lielākajās diagnožu grupās. Otrā daļa apraksta hronisko slimību aprūpes izmaiņas, fokusējoties uz četrām slimību grupām: onkoloģiju (krūts un prostatas vēzis), cukura diabētu, sirds un asinsrites slimībām un hroniskām plaušu slimībām.

Materiāls un metodes

Datu avots

Pētījumam tika izmantoti Nacionālā veselības dienesta (NVD) Vadības informācijas sistēmas (VIS) dati, kas uzkrāti trīs moduļos: 1) par stacionāros sniegtajiem pakalpojumiem, 2) par ambulatori sniegtajiem pakalpojumiem un 3) par izmantotajām valsts kompensēto medikamentu receptēm. Rezultātu interpretācijā ir būtiski, ka NVD reģistrē tikai tos pakalpojumus, kas kaut daļēji ir apmaksāti no valsts budžeta, savukārt šādu pakalpojumu īpatsvars varētu būt atkarīgs no medicīniskās palīdzības veida un diagnozes.

Pētītā populācija

Pētījuma mērķa populācija bija visi Latvijas iedzīvotāji. Lai raksturotu hronisko slimību aprūpi, pakalpojumi tika atlasīti, ja pamatdiagnoze (SSK-10 kods) bija kāda no šīm slimībām: krūts vēzis (C50), prostatas vēzis (C61), 1. vai 2. tipa cukura diabēts (E10, E11), arteriālā hipertensija (I10), koronārā sirds slimība jeb KSS (I20-I25), hroniska sirds mazspēja jeb HSM (I50), hroniska obstruktīva plaušu slimība jeb HOPS vai bronhiālā astma (J44, J45), savukārt hospitalizācijas aptvēra visas diagnozes. Rezultātu interpretācijā jāņem vērā, ka, ja pacientam ir vairākas slimības, tad, piemēram, ģimenes ārsta talonā norādītā pamatdiagnoze nebūt nenozīmē, ka pacients nav saņēmis konsultāciju arī saistībā ar citām slimībām. Lēmumu par to, kuru no vairākām slimībām norādīt kā pamatdiagnozi, var ietekmēt ne tikai klīniskā aina, bet arī organizatoriski un finansiāli aspekti (piemēram, medikamentu kompensācijas

nosacījumi). Tādējādi šeit analizētā pakalpojumu dinamika nav tiešā veidā attiecināma uz skaidri definētu pacientu populāciju.

Laika periods

Primāri tika analizēta pakalpojumu skaita dinamika 2020. gada pirmajos sešos mēnešos, bet, ņemot vērā svārstības, kas pirmajā pusgadā rodas dēļ svētku dienām (Lieldienas, 1. un 4. maijs) un vasaras sezonas sākumu, salīdzināšanai tika izmantots arī 2019. gada attiecīgais periods. Jāuzsver, ka pakalpojumu skaits 2019. gadā šajā analizē netika uzskatīts par optimālo atskaites līmeni (2019. gadā sniegto pakalpojumu skaitu savukārt varēja ietekmēt citi faktori, piemēram, veselības aprūpes sistēmas reformas), bet tas parādīja raksturīgo pakalpojumu dinamiku – plānveida pakalpojumu skaita samazinājumu svētku periodos un jūnijā.

Lai novērstu svārstības pa nedēļas dienām, pakalpojumu skaits tika aprēķināts nedēļas laikā, sākot no pirmdienas līdz svētdienai. Analīzē netika iekļautas 2019. un 2020. gada pirmās nedēļas, kā arī 26. un 27. nedēļa (dēļ svētku brīvdienām), tādējādi analizētie periodi bija no 2019. gada 7. janvāra līdz 23. jūnijam un no 2020. gada 6. janvāra līdz 21. jūnijam. Nedēļu sasaiste ar datumiem 2019. un 2020. gadā un ar būtiskākajiem notikumiem Covid-19 ārkārtējās situācijas vadīšanā ir redzama 2.1.1. tabulā. Pakalpojumu dinamikas analīze nav iedalīta striktos laika periodos, jo dažādiem pakalpojumu veidiem ierobežojumu spēkā stāšanās datumi un ierobežojumu atcelšanas datumi bija atšķirīgi. Turklāt būtiskas izmaiņas vairāku pakalpojumu dinamikā bija vērojamas vēl pirms VM rīkojuma nr. 59 par plānveida pakalpojumu pārtraukšanu. Tomēr pārsvarā analīze fokusējās uz periodu no 2020. gada 12. līdz 19. nedēļai (periods no ārkārtējās situācijas izsludināšanas līdz plānveida pakalpojumu daļējai atjaunošanai), kas tika salīdzināts ar 2020. gada sākumu no 2. līdz 11. nedēļai, kā arī ar atbilstošo 2019. gada periodu no 12. līdz 19. nedēļai.

2.1.1. tab. Nedēļu numerācijai atbilstošie datumi un svarīgākie lēmumi 2020. gada Covid-19 pandēmija pirmā viļņa laikā ar ietekmi uz veselības pakalpojumu sniegšanu vai reģistrāciju

Nedēļas nr.	Datumi 2019. gadā	Datumi 2020. gadā	Būtiskākie lēmumi 2020. gadā
2	07.01. – 13.01.	06.01. – 12.01.	
3	14.01. – 20.01.	13.01. – 19.01.	
4	21.01. – 27.01.	20.01. – 26.01.	
5	28.01. – 03.02.	27.01. – 02.02.	
6	04.02. – 10.02.	03.02. – 09.02.	
7	11.02. – 17.02.	10.02. – 16.02.	
8	18.02. – 24.02.	17.02. – 23.02.	
9	25.02. – 03.03.	24.02. – 01.03.	
10	04.03. – 10.03.	02.03. – 08.03.	
11	11.03. – 17.03.	09.03. – 15.03.	12.03. – ārkārtējās situācijas izsludināšana 13.03. – Valsts operatīvā medicīniskā komisija (VOMK) lemj samazināt plānveida pakalpojumu KUS
12	18.03. – 24.03.	16.03. – 22.03.	17.03. – VOMK lemj stacionāros ierobežot plānveida pakalpojumus 18.03. – sāk kompensēt līdzmaksājumu par attālinātām ģimenes ārsta konsultācijām
13	25.03. – 31.03.	23.03. – 29.03.	27.03. – VM rīkojums nr. 59 par plānveida pakalpojumu pārtraukšanu (ar izņēmumiem) 27.03. – sāk apmaksāt speciālista sniegtas attālinātās konsultācijas
14	01.04. – 07.04.	30.03. – 05.04.	
15	08.04. – 14.04.	06.04. – 12.04.*	
16	15.04. – 21.04.*	13.04. – 19.04.	
17	22.04. – 28.04.	20.04. – 26.04.	20.04. – atsevišķu plānveida pakalpojumu atjaunošana
18	29.04. – 05.05.	27.04. – 03.05.	
19	06.05. – 12.05.	04.05. – 10.05.	
20	13.05. – 19.05.	11.05. – 17.05.	13.05. – daļēja plānveida pakalpojumu atjaunošana
21	20.05. – 26.05.	18.05. – 24.05.	
22	27.05. – 02.06.	25.05. – 31.05.	29.05. – gandrīz visu plānveida pakalpojumu atjaunošana
23	03.06. – 09.06.	01.06. – 07.06.	03.06. – visu plānveida pakalpojumu atjaunošana
24	10.06. – 16.06.	08.06. – 14.06.	
25	17.06. – 23.06.	15.06. – 21.06.	

* Nedēļa, kas beidzās ar Lieldienu brīvdienām

Indikatori

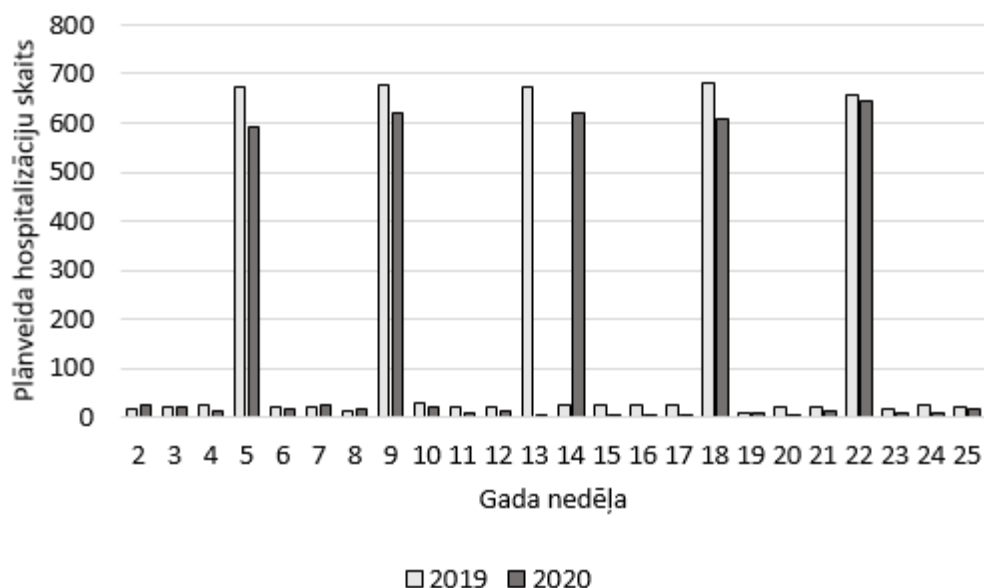
Indikatoru izvēle balstījās gan uz attiecīgo pakalpojumu nozīmību, gan sniegto pakalpojumu absolūto skaitu. Izņēmuma gadījumos, ja sniegto pakalpojumu skaits bija mazs, bet pakalpojums tika uzskatīts par svarīgu, apkopojums tika veikts kalendārā mēneša, nevis nedēļas intervālā.

- Hospitalizācijas: to steidzamība (plānveida vai neatliekamās palīdzības saņemšanai), stacionāra līmenis/specializācija, pamatdiagnoze (lielās diagnožu grupas), hospitalizāciju iznākums – pacienta nāve stacionārā. Ārstniecības iestāžu iedalījums līmeņos/pēc specializācijas ir parādīts 2.1.2. tabulā.

2.1.2. tab. Ārstniecības iestāžu iedalījums grupās atbilstoši līmenim un/vai specializācijai

Grupa	Ārstniecības iestādes nosaukums
V līmeņa slimnīcas	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca Bērnu klīniskā universitātes slimnīca
V līmeņa specializētās slimnīcas un Specializētās ārstniecības iestādes	VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca" SIA "Rīgas Dzemdību nams" VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari" VSIA "Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs" SIA "Rīgas 2. slimnīca" VSIA "Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīcā "Ainaži" VSIA "Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca" VSIA "Piejūras slimnīca" VSIA "Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca" VSIA "Slimnīca "Ģintermuiža" VSIA "Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca" SIA "Siguldas slimnīca"
IV līmeņa slimnīcas	Liepājas reģionālā slimnīca Daugavpils reģionālā slimnīca Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca Jelgavas pilsētas slimnīca Vidzemes slimnīca Jēkabpils reģionālā slimnīca Rēzeknes slimnīca
I-III līmeņa slimnīcas un citas iestādes (ambulatorās iestādes, veselības centri u.c.)	Līvānu slimnīca Aizkraukles slimnīca Bauskas slimnīca Limbažu slimnīca Ludzas medicīnas centrs Alūksnes slimnīca Preiļu slimnīca Tukuma slimnīca Krāslavas slimnīca Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība Kuldīgas slimnīca Madonas slimnīca Cēsu klīnika Dobeles un apkārtnes slimnīca Jūrmalas slimnīca Ogres rajona slimnīca SIA "Saldus medicīnas centrs" SIA "Priekules slimnīca" u.c.

No plānveida hospitalizāciju analīzes tika izslēgtas psihiatrijā specializētās ārstniecības iestādes, jo hospitalizāciju cikliskums (2.1. att.), jādomā, saistīts ar pakalpojuma mērķtiecīgu plānošanu. Arī hospitalizācijām neatliekamās palīdzības sniegšanai šajos stacionāros bija vērojams skaita pieaugums tieši šajās pašās nedēļās, tomēr krietni mazāk izteikts, tāpēc neatliekamās palīdzības analīzē šīs iestādes tika iekļautas.



2.1. att. Plānveida hospitalizāciju skaits psihiatrijā specializētajās ārstniecības iestādēs (VSIA “Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs”, VSIA “Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīcā “Ainaži””, VSIA “Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca”, VSIA “Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca”, VSIA “Slimnīca “Gintermuiža””, VSIA “Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca”)

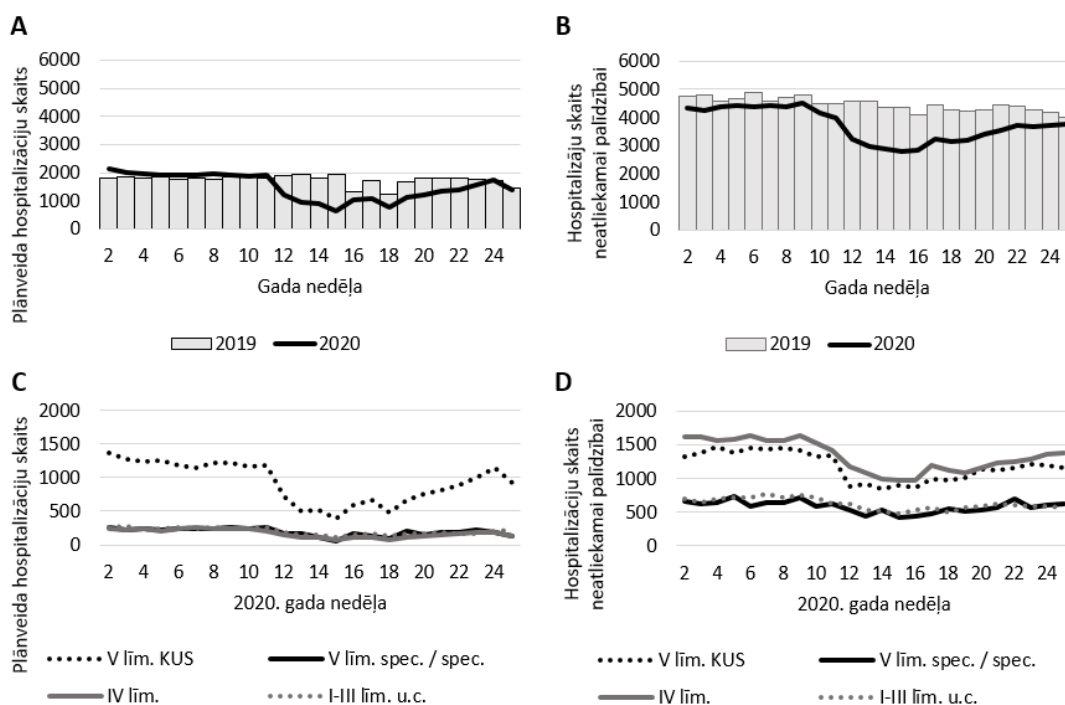
- Konsultācijas pie ģimenes ārsta (un pediatra) ar iepriekšminētajiem hronisko slimību kodiem pamatdiagnozē un 2020. gadā veikto konsultāciju formātu klātienē vai attālināti. Par konsultāciju tika uzskatīta NVD vadības informācijas sistēmā reģistrēta epizode (talons) ar ģimenes ārsta kodu. Ja epizodes ilgums pārsniedza vienu dienu, par konsultācijas datumu tika pieņemts epizodes sākuma datums.
- Konsultācijas pie speciālistiem ar attiecīgajiem pamatdiagnozes kodiem – pie ķirurga (C50), urologa (C61), endokrinologa vai bērnu endokrinologa (E10, E11), kardiologa vai bērnu kardiologa (I10, I20-I25, I50) un pneimonologa, alergologa vai bērnu pneimonologa (J44, J45), un 2020.gadā šo konsultāciju formāts klātienē vai attālināti. Par konsultāciju tika uzskatīta NVD reģistrēta epizode (talons) ar attiecīgā speciālista kodu. Ja epizodes ilgums pārsniedza vienu dienu, par konsultācijas datumu tika pieņemts epizodes sākuma datums.
- Izmantotās kompensēto medikamentu receptes (t.i., receptes, pret kurām ir izsniegti

medikamenti) katrai diagnožu grupai būtiskajiem medikamentiem (anatomiski terapeitiski ķīmiskie kodi), kas iekļauti valsts kompensējamo zāļu sarakstā: 1) antineoplastiskie līdzekļi (L01), hormoni un hormonu antagonisti (L02A, L02B) un opioīdi (N02A) ar C50 diagnozes kodu; 2) hormoni un hormonu antagonisti (L02A, L02B) un opioīdi (N02A) ar C61 diagnozes kodu; 3) insulīni un citi antidiabētiskie līdzekļi (A10A, A10B) ar E10 vai E11 diagnozes kodu; 4) dažādu grupu hipotensīvie līdzekļi (C02, C03, C07, C08, C09) un lipīdus modificējošie medikamenti (C10BX) ar I10 diagnozes kodu; 5) kardiālā terapija (C01, C07, C08, C09) un lipīdus modificējošie medikamenti (C10) ar I20-I25 diagnozes kodu; 6) dažādu grupu kardiālie medikamenti (B01AA03, C01, C03, C07, C09) ar I50 diagnozes kodu; 7) inhalējamie adrenerģiskie (R03A) un citi inhalējamie medikamenti (R03B), kā arī sistēmiski lietojami medikamenti (R03D) ar J44 vai J45 diagnozes kodu.

- Laboratoriskie izmeklējumi: 1) karcinoembrionālā antigēna (CEA) un audzēju marķiera CA15-3 analīzes pie krūts vēža diagnozes (C50); 2) prostatas specifiskā antigēna (PSA) analīzes ar prostatas vēža diagnozes kodu (C61), kuru mērķis šai gadījumā ir novērot ārstēšanas rezultātu, nevis vēža skrīnings; 3) glikohemoglobīna (HbA1c) analīzes ar 1. vai 2. tipa cukura diabēta diagnozes kodiem (E10, E11); 4) lipīdu analīzes ar hipertensijas, koronārās sirds slimības vai hroniskas sirds mazspējas kodiem (I10, I20-I25, I50).
- Ambulatorie izmeklējumi un manipulācijas: 1) elektrokardiogrāfija (EKG) un ehokardiogrāfija (EhoKG) ar arteriālās hipertensijas, koronārās sirds slimības vai hroniskas sirds mazspējas kodiem (I10, I20-I25, I50); 2) datortomogrāfijas koronarogrāfija atsevišķi vai kombinācijā ar perkutānu koronāru intervenci pacientiem ar koronāro sirds slimību (I20-I25); 3) izelpas maksimuma plūsmas mērījums (t.s. PEF) vai spirogrāfija pacientiem ar bronhiālās astmas vai HOPS diagnozi (J44, J45).
- Stacionārā veiktās manipulācijas: 1) datortomogrāfijas koronarogrāfija un/vai perkutāna koronāra intervence (gan plānveida, gan neatliekamā kārtā) pacientiem ar koronāro sirds slimību (I20-I25); 2) piena dziedzera sektorālas rezekcijas vai radikālas mastektomijas operācijas sakarā ar krūts vēža diagnozi (C50); 3) radikālas prostatektomijas operācijas pacientiem ar prostatas vēža diagnozi (C61)
- Hospitalizācijas gadījumi neatliekamās palīdzības saņemšanai šajās diagnožu grupās.

2.1. Hospitalizāciju dinamika, struktūra un hospitalizēto pacientu letalitāte 2020. gada pirmajā pusgadā

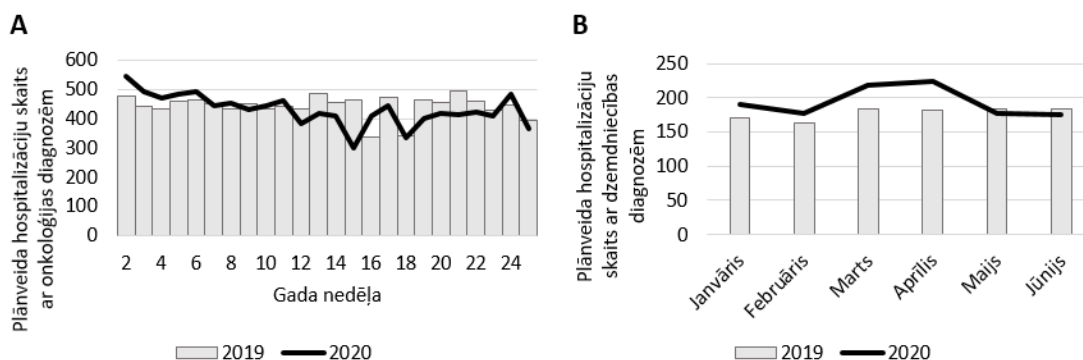
Kopumā ārkārtējās situācijas laikā samazinājās gan plānveida hospitalizācijas, gan hospitalizācijas neatliekamās palīdzības saņemšanai (2.2.1. att.). Plānveida hospitalizāciju (2.2.1.A att.) būtisks kritums sākās jau ar 2020. gada 12. nedēļu - tātad vēl pirms VM rīkojuma nr. 59 par plānveida pakalpojumu pārtraukšanu. Aplūkojot plānveida hospitalizāciju skaita izmaiņas atkarībā no ārstniecības iestādes līmeņa (2.2.1.C att.), šis samazinājums galvenokārt saistījās ar izmaiņām klīnisko universitāšu slimnīcu darba organizācijā, kas likumsakarīgi sekoja VOMK lēmumiem. Savukārt neatliekamo hospitalizāciju skaits sāka samazināties jau ar 2020. gada 10.-11. nedēļu – faktiski vēl pirms ārkārtējās situācijas izsludināšanas (2.2.1.B att.). Periodā no 12. līdz 19. nedēļai vidējais neatliekamo hospitalizāciju skaits nedēļā bija 70,1% salīdzinājumā ar 2020. gada 2.-11. nedēļu un 69,5% salīdzinājumā ar 2019. gada 12.-19. nedēļu. Neatliekamo hospitalizāciju samazinājums notika gan klīniskajās universitāšu slimnīcās, gan IV līmeņa slimnīcās.



2.2.1. att. Hospitalizāciju skaits: A – plānveida palīdzības saņemšanai 2019. un 2020. gadā; B – neatliekamās palīdzības saņemšanai 2019. un 2020. gadā; C – plānveida palīdzības saņemšanai 2020. gadā atkarībā no ārstniecības iestādes līmeņa; D – neatliekamās palīdzības saņemšanai 2020. gadā atkarībā no ārstniecības iestādes līmeņa

Onkoloģija un dzemdniecība bija tās jomas, uz kurām plānveida pakalpojumu, tai skaitā plānveida hospitalizāciju, ierobežojumi netika attiecināti (2.2.2. att.). Periodā no 12. līdz 19. nedēļai vidējais plānveida hospitalizāciju skaits nedēļā dēļ onkoloģijas diagnozēm (visi C kodi

pēc SSK-10) tomēr bija mazāks (2.2.2.A att.): salīdzinājumā ar 2020. gada sākumu tas bija 81,9% apjomā, bet salīdzinājumā ar 2019. gada šo pašu periodu – 89,6% apjomā. Jāņem vērā, ka plānveida pakalpojumu skaitu šajā gada periodā ietekmēja arī vairākas svētku nedēļas – gan Lieldienas, gan valsts svētki maija sākumā. Savukārt dzemdniecības jomā (O kodi pēc SSK-10) plānveida hospitalizāciju skaits martā un aprīlī nesamazinājās (2.2.2.B att.).

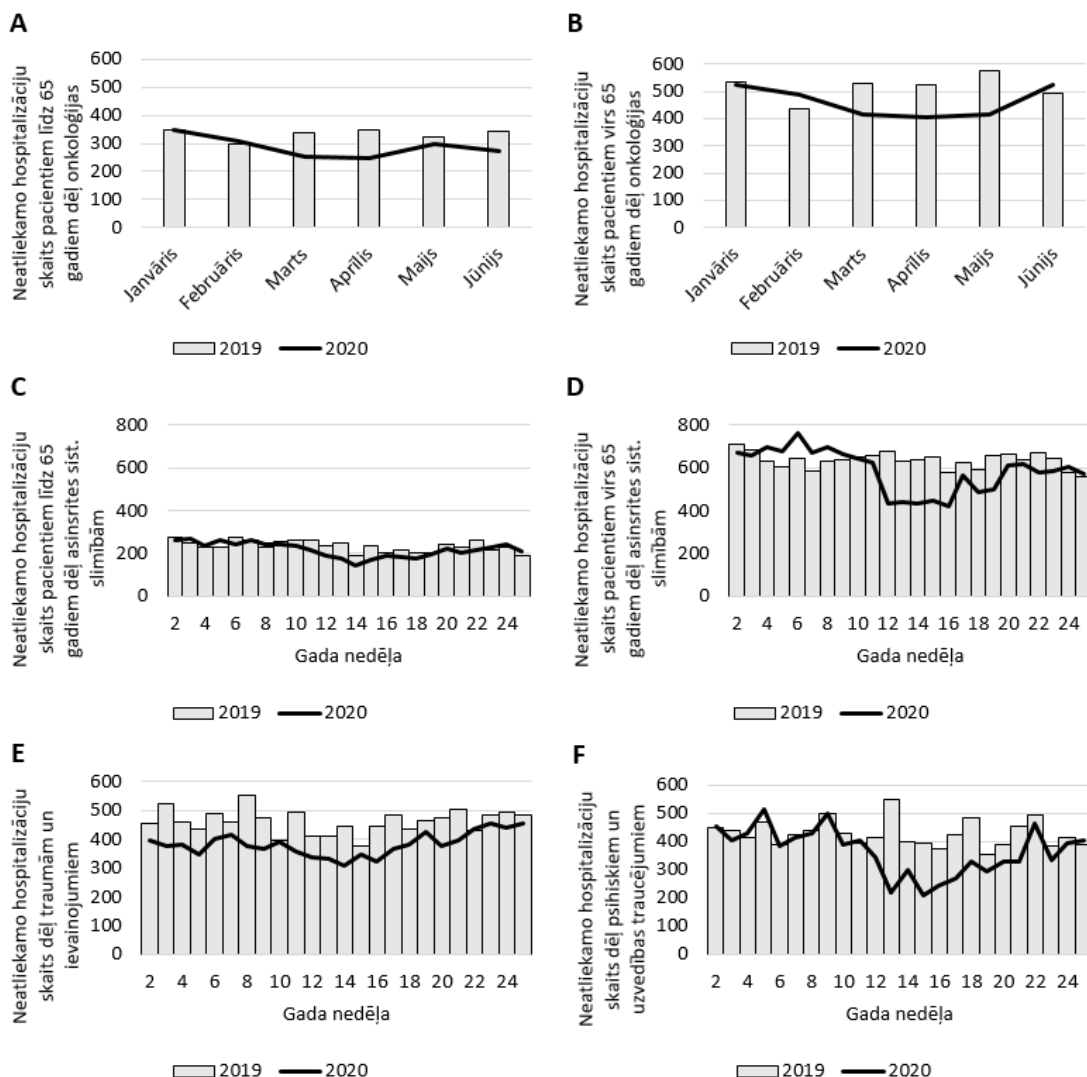


2.2.2. att. Plānveida hospitalizācijas: A – ar onkoloģijas pamatdiagnozi (C kodi); B – ar dzemdniecības pamatdiagnozi (O kodi)

Neatliekamo hospitalizāciju skaita samazinājums līdz ar ārkārtējās situācijas izsludināšanu bija vērojams gandrīz visās lielākajās diagnožu grupās (2.2.3. att.). Turklāt šis samazinājums bija līdzīgs pacientiem līdz 65 gadiem un vecākiem par 65 gadiem. Piemēram, onkoloģijas diagnožu grupā (C kodi pēc SSK-10) pacientiem līdz 65 gadiem mēneša vidējais neatliekamo hospitalizāciju skaits periodā no 2020. gada marta līdz maijam bija 81,2% salīdzinājumā ar gada sākumu un 79,4% salīdzinājumā ar 2019. gada šo pašu periodu. Un līdzīgs tas bija arī onkoloģisko slimību pacientiem vecākiem par 65 gadiem: attiecīgi 81,3% un 76,2% (2.2.3.A un 2.2.3.B att.). Tiesa gan, gados vecākajiem pacientiem parādījās neatliekamo hospitalizāciju pieauguma tendence jūnijā – tās bija par 6,9% vairāk, salīdzinot ar 2019. gada jūnija mēnesi. Arī kardioloģijas diagnožu grupā (I kodi pēc SSK-10) hospitalizāciju skaita samazinājums vecuma grupās bija līdzīgs: nedēļas vidējais neatliekamo hospitalizāciju skaits vecuma grupā līdz 65 gadiem 2020. gada 12.-19. nedēļā bija 72,4% apjomā salīdzinājumā ar gada sākumu un 82,3% salīdzinājumā ar 2019. gada šo pašu periodu un vecuma grupā virs 65 gadiem – attiecīgi 68,9% un 74,0% (2.2.3.C un 2.2.3.D att.).

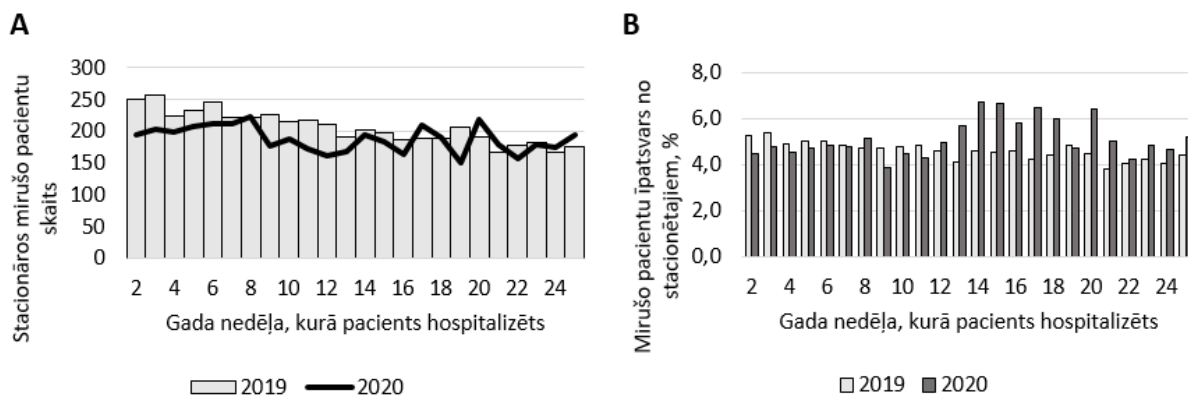
Savukārt neatliekamās hospitalizācijas dēļ traumām un ievainojumiem (S un T kodi pēc SSK-10) 2020. gadā bija mazāk nekā 2019. gadā jau kopš gada sākuma (2.2.3.E att.). Līdz ar ārkārtējās situācijas iestāšanos šajā diagnožu grupā būtiskas izmaiņas nenotika. Bet neatliekamās hospitalizācijas dēļ psihiskiem un uzvedības traucējumiem (F kodi pēc SSK-10) samazinājās (2.2.3.F att.): laika periodā no 2020. gada 12. līdz 19. nedēļai šādu hospitalizāciju

skaits bija vidēji 63,9% salīdzinājumā ar gada sākumu un 65,3% salīdzinājumā ar 2019. gada šo pašu periodu.



2.2.3. att. Hospitalizācijas neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanai: A – ar onkoloģijas pamatdiagnozi (C kodi) vecumā līdz 65 gadiem; B – ar onkoloģijas pamatdiagnozi (C kodi) vecumā virs 65 gadiem; C – ar asinsrites slimību (I kodi) pamatdiagnozi (I kodi) vecumā līdz 65 gadiem; D – ar asinsrites slimību pamatdiagnozi (I kodi) vecumā virs 65 gadiem; E – dēļ ievainojumiem un traumām (S un T kodi); F – dēļ psihiskiem un uzvedības traucējumiem (F kodi)

No pacientiem, kas periodā no 2020. gada otrās līdz 25. nedēļai tika hospitalizēti neatliekamās palīdzības saņemšanai, 5,1% stacionārā nomira (2019. gadā – 4,6%). Lai arī stacionāros mirušo pacientu skaits ārkārtējās situācijas apstākļos būtiski nepieauga (2.2.4.A att.), tomēr izzuda tā pozitīvā tendence, kas bija vērojama 2019. gada pirmajā pusē un 2020. gada sākumā, kad šādu pacientu skaitam bija tendence mazināties. Rēķinot relatīvi pret neatliekami hospitalizēto pacientu skaitu (2.2.4.B att.), kas ārkārtējās situācijas laikā samazinājās, mirušo pacientu īpatsvars 2020. gada aprīlī un maija sākumā bija lielāks – atsevišķās nedēļās pat 6,6%-6,7% no neatliekami hospitalizētajiem pacientiem stacionārā mira.

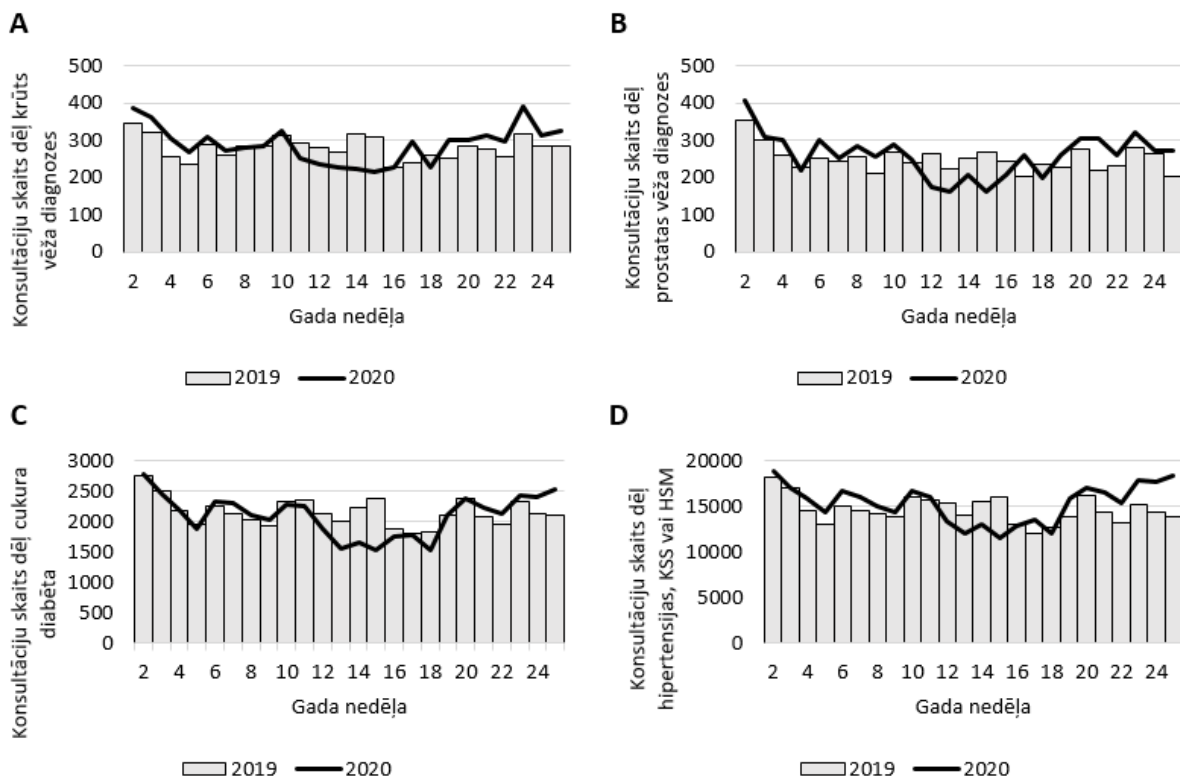


2.2.4. att. Neatliekamā kārtā hospitalizētie pacienti, kas stacionārā miruši: A – skaits 2019. un 2020. gadā; B – īpatsvars (%) no attiecīgajā nedēļā hospitalizētajiem

2.2. Pacientu ar hroniskām slimībām aprūpe 2020. gada pirmajā pusgadā

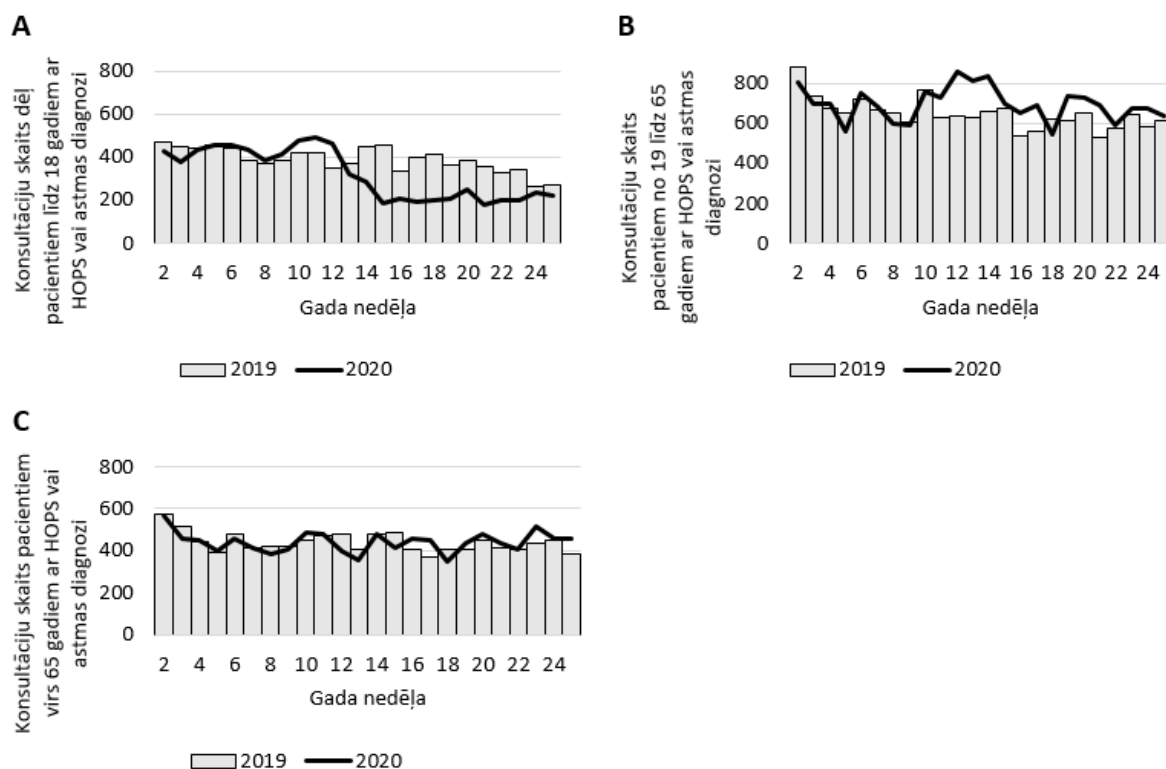
Konsultācijas pie ģimenes ārsta

Kopumā visās apskatītajās diagnožu grupās līdz ar ārkārtējās situācijas ieviešanu (tas ir, pēc 11. nedēļas) reģistrētais konsultāciju skaits pie ģimenes ārstu samazinājās. Attēlā (2.3.1.) apkopotas diagnozes, kur nebija vērojamas būtiskas atšķirības vecuma grupās. Ģimenes ārsta konsultāciju skaita kritums periodā no 2020. gada 12. līdz 19. nedēļai šajās diagnožu grupās bija līdzīgs: mazākais – pacientiem ar hipertensiju, koronāro sirds slimību vai hronisku sirds mazspēju (nedēļas vidējais konsultāciju skaits bija 80,9% salīdzinājumā ar gada sākumu un 92,4% salīdzinājumā ar 2019. gada šo pašu periodu), lielākais – pacientiem ar prostatas vēža diagnozi (nedēļas vidējais konsultāciju skaits bija 71,2% salīdzinājumā ar gada sākumu un 84,8% salīdzinājumā ar atbilstošo 2019. gada periodu). Turklāt visās šajās diagnožu grupās iezīmējas tendence pēc plānveida pakalpojumu atjaunošanas konsultēties ar ģimenes ārstu vairāk. Piemēram, nedēļas vidējais konsultāciju skaits dēļ hipertensijas, koronārās sirds slimības vai hroniskas sirds mazspējas diagnozes 2020. gada periodā no 20. līdz 25. nedēļai bija par 6,7% augstāks nekā 2020. gada sākumā līdz ārkārtējā stāvokļa ieviešanai un par 17,8% augstāks nekā atbilstošajās nedēļās 2019. gadā.



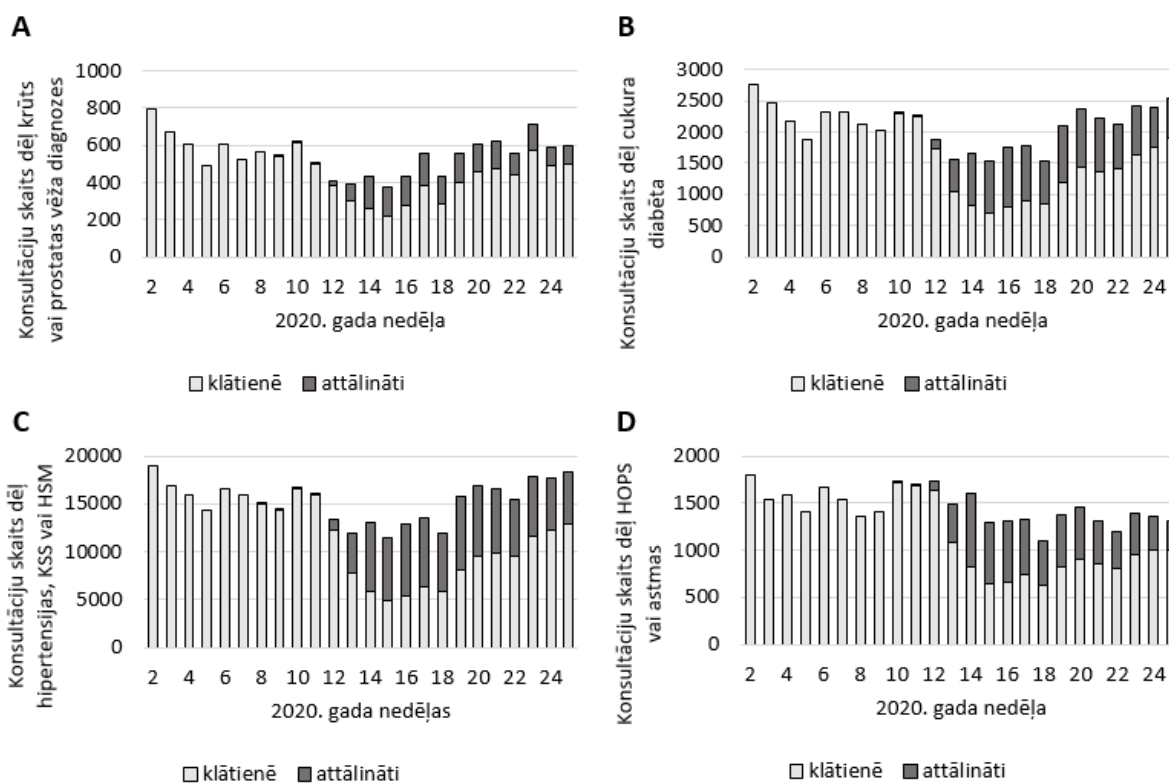
2.3.1. att. Konsultāciju skaits pie ģimenes ārsta dēļ šādām pamatdiagnozēm: A – krūts vēzis (C50); B – prostatas vēzis (C61); C - 1. vai 2. tipa cukura diabēts (E10, E11); D – hipertensija, koronārā sirds slimība vai hroniska sirds mazspēja (I10, I20-I25, I50)

Savukārt Covid-19 ārkārtējās situācijas ietekme uz konsultācijām pie ģimenes ārsta dēļ bronhiālās astmas vai hroniskas obstruktīvas plaušu slimības bija atšķirīga vecuma grupās (2.3.2. att.). Vecuma grupā līdz 18 gadiem nedēļas vidējais konsultāciju skaits laika periodā no 12. līdz 19. nedēļai bija tikai 59,2% salīdzinājumā ar 2020. gada sākumu vai 65,7% salīdzinājumā ar 2019. gada atbilstošo periodu. Savukārt pieaugušajiem vecuma grupā no 19 līdz 65 gadiem bija vērojams pat konsultāciju skaita pieaugums: periodā no 12. līdz 19. nedēļai vidējais konsultāciju skaits nedēļā bija par 5,8% lielāks nekā 2020. gada sākumā vai par 17,9% lielāks nekā 2019. gada atbilstošajās nedēļās.



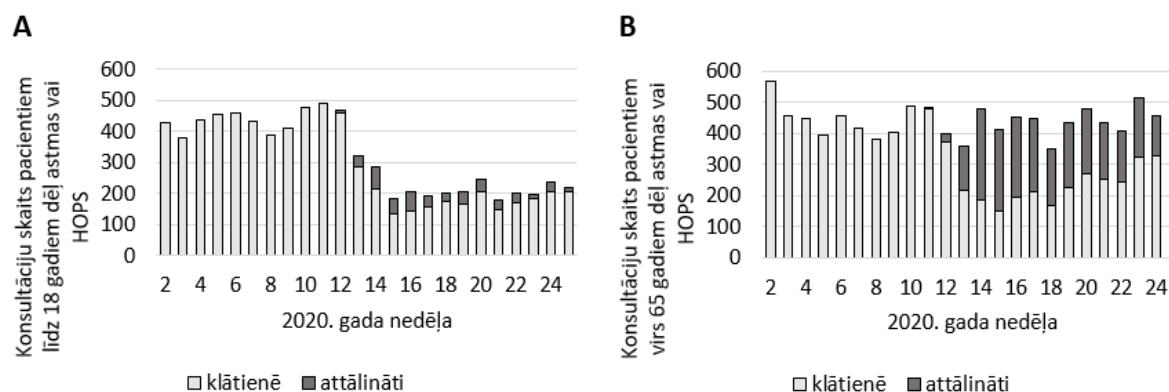
2.3.2. att. Konsultāciju skaits pie ģimenes ārsta ar bronhiālās astmas vai hroniskas obstruktīvas plaušu slimības pamatdiagnozēm (J44 un J45): A – pacientiem līdz 18 gadu vecumam; B – pacientiem no 19 līdz 65 gadiem; C – pacientiem vecākiem par 65 gadiem

Līdz ar 2020. gada 13. nedēļu, kad par attālinātām ģimenes ārsta konsultācijām sāka kompensēt pacienta līdzmaksājumu, tika reģistrētas arī daudzas attālinātas konsultācijas (2.3.3. att.). Laika periodā no 2020. gada 13. līdz 19. nedēļai lielākais attālināto ģimenes ārsta konsultāciju īpatsvars bija pacientiem ar hipertensiju, koronāro sirds slimību vai hronisku sirds mazspēju (51,1%) un pacientiem ar cukura diabētu (47,2%), bet mazākais – pacientiem krūts vai prostatas vēža diagnozi (32,8%). Attālināto konsultāciju lielākais īpatsvars visās diagnožu grupās bija no 14. līdz 16. nedēļai (no 30. marta līdz 19. aprīlim). Turklāt reālais attālināto konsultāciju skaits varētu būt lielāks nekā reģistrēts NVD datos.



2.3.3. att. Konsultāciju skaits 2020. gadā klātienē un attālināti pie ģimenes ārsta ar šādām pamatdiagnozēm: A – krūts vai prostatas vēzis (C50, C61); B – 1. vai 2. tipa cukura diabēts (E10, E11); C – hipertensija, koronārā sirds slimība vai hroniska sirds mazspēja (I10, I20-I25, I50); D - bronhiālā astma vai hroniska obstruktīva plaušu slimība (J44, J45)

Attālināto konsultāciju īpatsvars bija lielāks vecāka gada gājuma pacientiem. Piemēram, hronisko plaušu slimību grupā laika periodā no 2020. gada 13. līdz 19. nedēļai attālināti notika vidēji 19,7% ģimenes ārsta konsultāciju pacientiem līdz 18 gadu vecumam, savukārt pacientiem virs 65 gadu vecuma šādu konsultāciju īpatsvars bija 53,7% (2.3.4. att.).

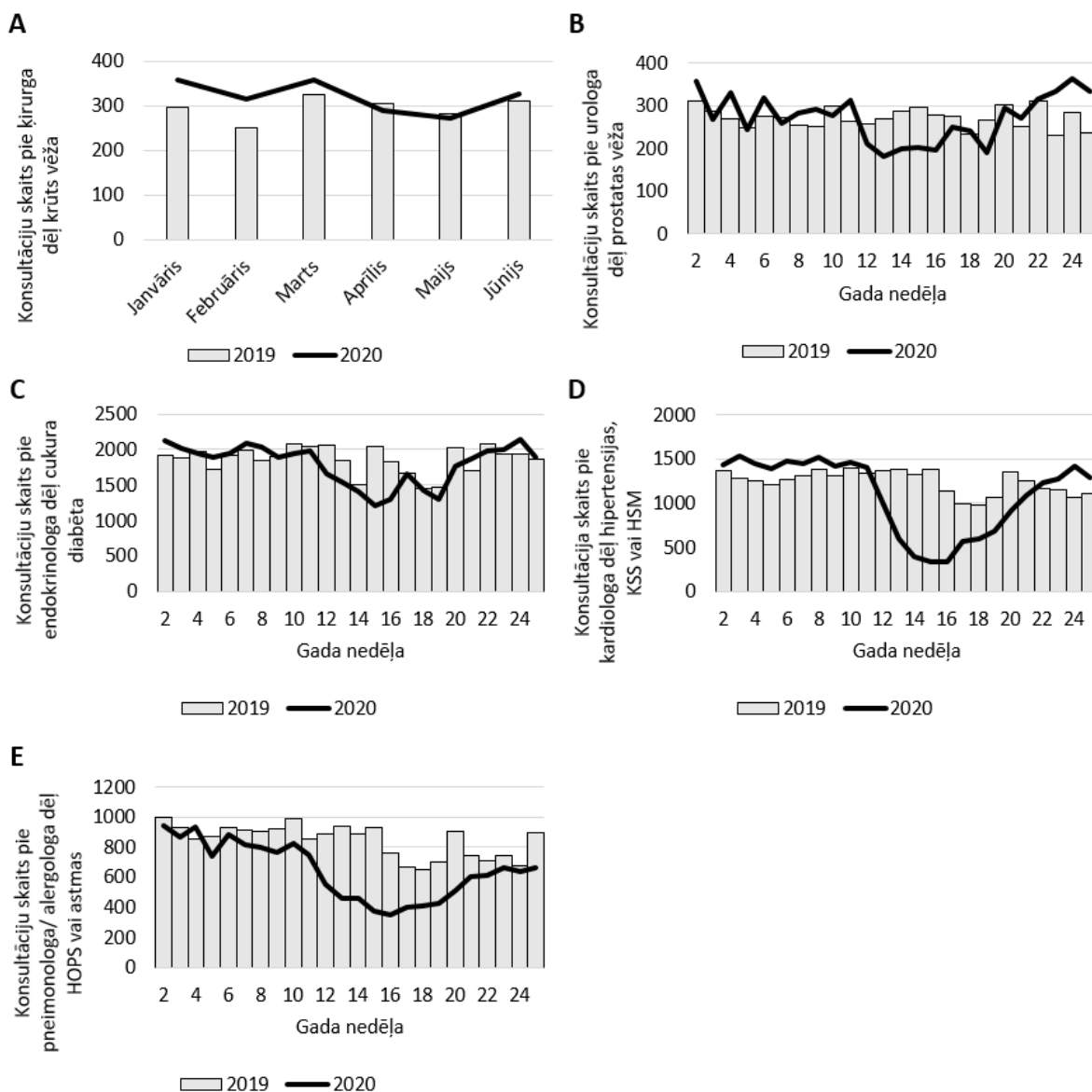


2.3.4. att. Klātienes un attālināto konsultāciju skaits pie ģimenes ārsta dēļ hroniskas obstruktīvas plaušu slimības vai astmas (J44, J45) atkarībā no vecuma grupas: A – pacienti līdz 18 gadu vecumam; B – pacienti vecāki par 65 gadiem

Konsultācijas pie speciālistiem

VM rīkojums nr. 59 par plānveida veselības pakalpojumu pārtraukšanu ierobežoja iespējas saņemt speciālistu konsultācijas. Tomēr dažādās diagnožu grupās konsultāciju skaita izmaiņas bija atšķirīgas (2.3.5. att.). Viskrasāk samazinājās kardiologu sniegto konsultāciju skaits pacientiem ar arteriālo hipertensiju, koronāro sirds slimību vai hronisku sirds mazspēju. Laika periodā no 2020. gada 12. līdz 19. nedēļai vidējais kardiologa konsultāciju skaits nedēļā bija 38,8% salīdzinājumā ar 2020. gada sākumu vai 46,9% salīdzinājumā ar šo pašu periodu 2019. gadā. Jāatzīmē, ka 2020. gada sākumā līdz 11. nedēļai (līdz ārkārtējās situācijas izsludināšanai) nedēļas vidējais konsultāciju skaits pie kardiologa bija par 11,1% lielāks salīdzinājumā ar 2019. gada sākumu. Būtiski samazinājās arī pneimonologu un/vai alergologu sniegto konsultāciju skaits pacientiem ar hronisku obstruktīvu plaušu slimību vai astmu: vidējais konsultāciju skaits nedēļā laika periodā no 2020. gada 12. līdz 19. nedēļai bija 51,5% salīdzinājumā ar gada sākumu vai 53,3% salīdzinājumā ar 2019. gada šo pašu periodu. Savukārt endokrinologu sniegto konsultāciju skaits pacientiem ar cukura diabētu saglabājās krietni lielākā apjomā. Periodā no 2020. gada 12. līdz 19. nedēļai vidējais iknedēļas konsultāciju skaits bija 71,9% salīdzinājumā ar 2020. gada sākumu vai 82,5% salīdzinājumā ar 2019. gada šo pašu periodu.

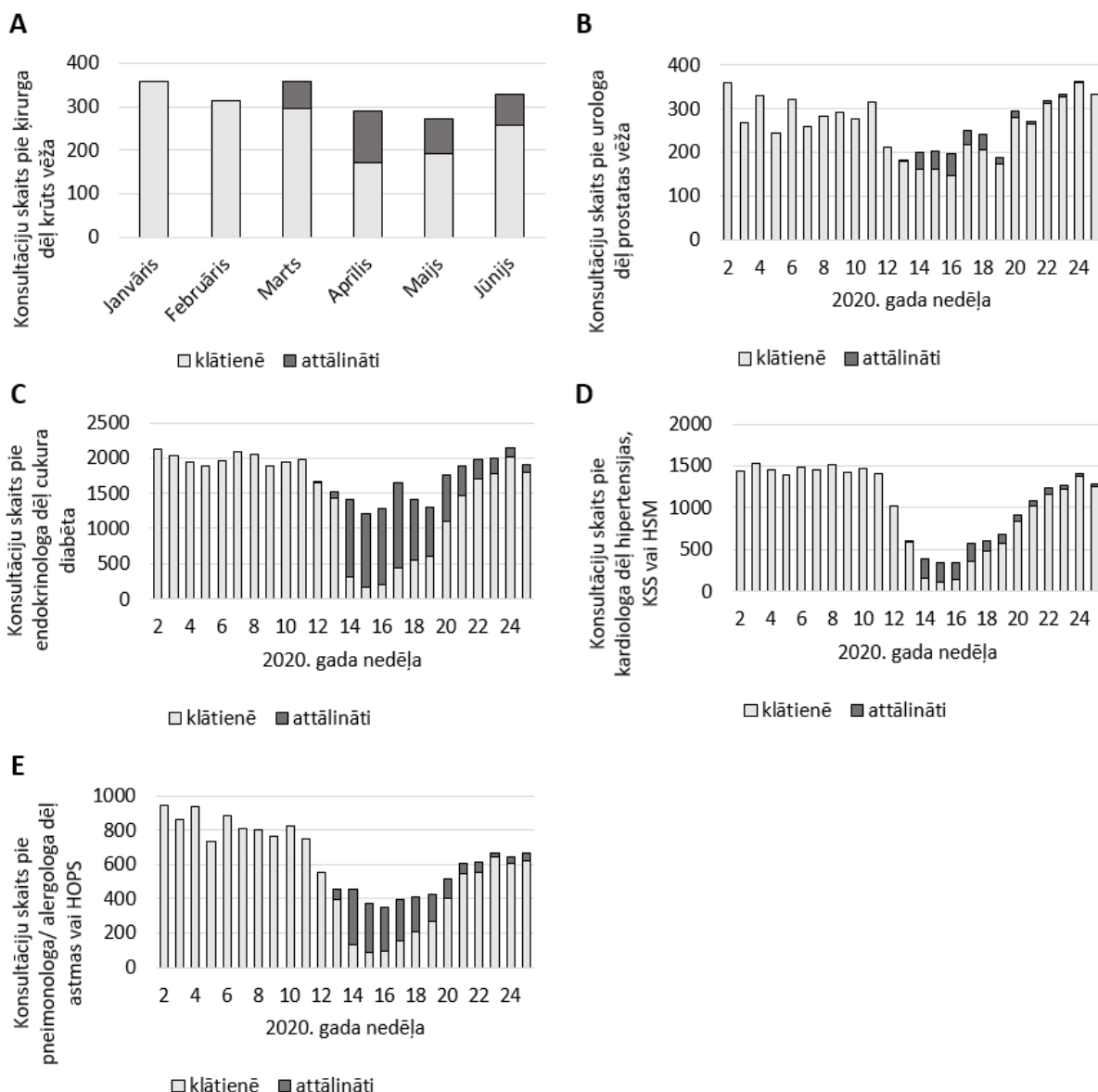
Pacienti ar onkoloģiskām slimībām bija izņēmums, uz kuriem neattiecās liegums saņemt plānveida pakalpojumus. Tomēr arī šajā diagnožu grupā konsultāciju samazinājums bija vērojams: piemēram, vidējais urologu sniegto konsultāciju skaits nedēļā pacientiem ar prostatas vēzi periodā no 2020. gada 12. līdz 19. nedēļai bija 70,9% salīdzinājumā ar 2020. gada sākumu vai 77,3% salīdzinājumā ar 2019. gadu. Turklāt urologa konsultāciju skaita pieaugums periodā no 20. līdz 25. nedēļai (par 8,2% salīdzinājumā ar 2020. gada sākumu un par 18,5% salīdzinājumā ar 2019. gada atbilstošo periodu) liecina, ka šajā jomā aprūpes pakalpojumi tika pārcelti un pārplānoti.



2.3.5. att. Konsultāciju skaits pie speciālistiem ar šādām pamatdiagnozēm: A – krūts vēzis (C50); B – prostatas vēzis (C61); C – 1. vai 2. tipa cukura diabēts (E10, E11); D – hipertensija, koronārā sirds slimība vai hroniska sirds mazspēja (I10, I20-I25, I50); E – bronhiālā astma vai hroniska obstruktīva plaušu slimība (J44, J45)

Speciālistu iespējas turpināt pacientu konsultēšanu bija dažādas atkarībā no konsultācijas formāta – klātienē vai attālināti (2.3.6. att.). Speciālistiem konsultācijas attālinātā formātā sāka apmaksāt no 27. marta (no 14. nedēļas). Visvairāk attālināto konsultāciju bija spējuši sniegt endokrinologi pacientiem ar cukura diabētu. Piemēram, laikā no 14. līdz 19. nedēļai vidēji 72,5% no endokrinologu konsultācijām bija veiktas attālināti. Savukārt pneimonologi/alerģologi šajā pašā periodā attālināti bija snieguši vidēji 60,9% konsultāciju, bet kardiologi – 42,8% konsultāciju. Šajās diagnožu grupās, kur plānveida konsultācijas pie

speciālistiem klātienē bija aizliegtas, vērojams, ka lielāku konsultāciju kopējo apjomu izdevās saglabāt, konsultējot pacientus attālināti.

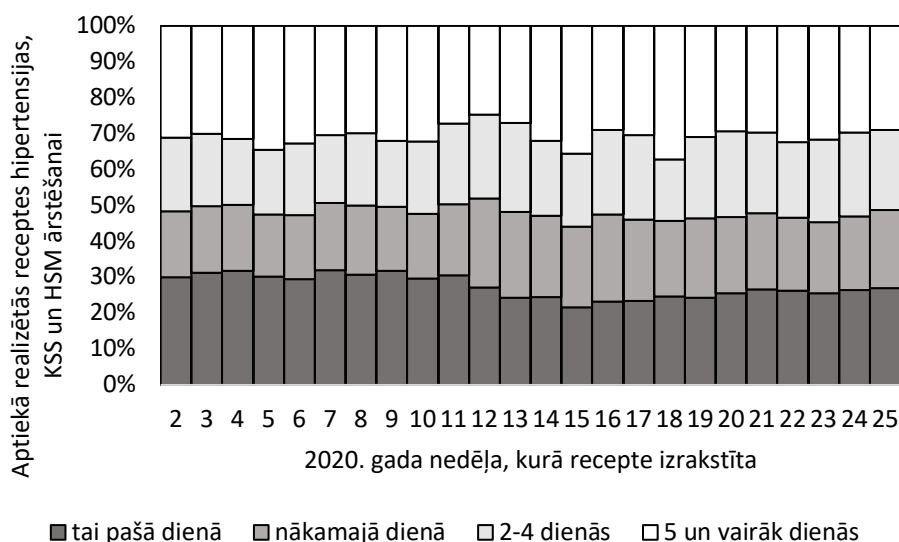


2.3.6. att. Konsultāciju skaits klātienē un attālināti pie speciālistiem dēļ šādām pamatdiagnozēm: A – krūts vēzis (C50); B – prostatas vēzis (C61); C – 1. vai 2. tipa cukura diabēts (E10, E11); D – arteriālā hipertensija, koronārā sirds slimība vai hroniska sirds mazspēja (I10, I20-I25, I50); E – bronhiālā astma vai hroniska obstruktīva plaušu slimība (J44, J45)

Medikamentozā terapija

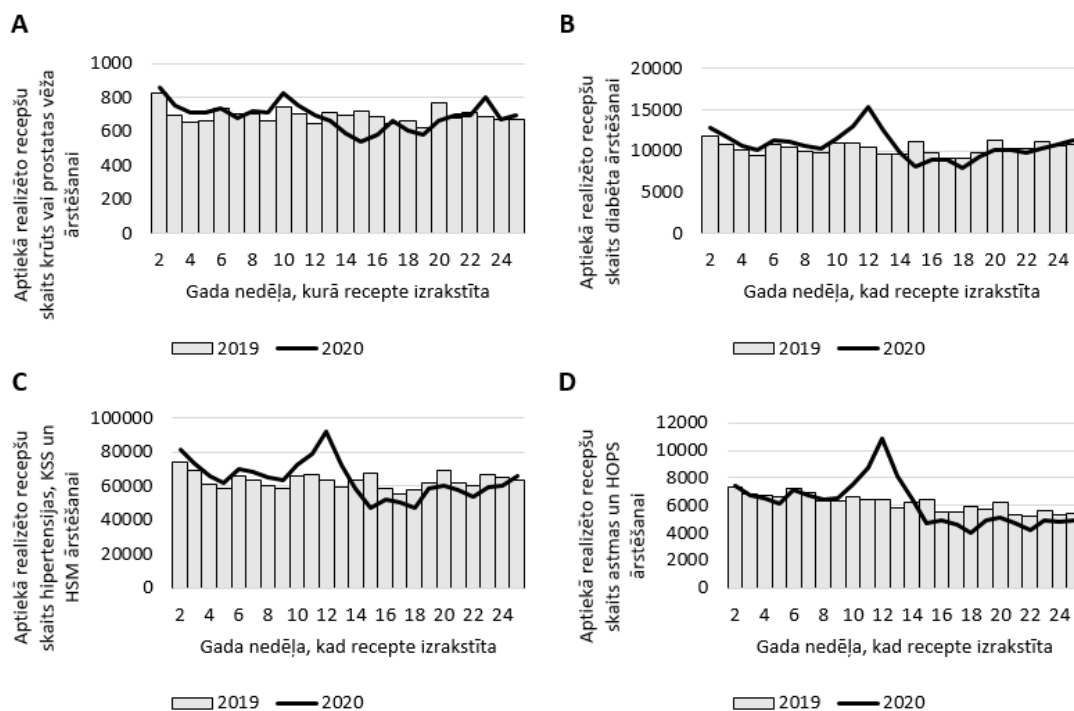
Vairāku apskatā iekļauto slimību (cukura diabēts, sirds slimības, bronhiālā astma) ārstēšanas pamatā ir regulāra un pareiza medikamentu lietošana. Visās diagnožu grupās apmēram puse valsts kompensēto medikamentu recepšu tika izpirktas aptiekā tajā pašā vai nākamajā dienā pēc izrakstīšanas, tomēr pēc ārkārtējās situācijas izsludināšanas tajā pašā dienā

izpirkto recepšu īpatsvars kļuva nedaudz mazāks. Ilustrācijai piemērs par medikamentiem, kas ir kompensēti hipertensijas, koronārās sirds slimības un hroniskas sirds mazspējas ārstēšanā (2.3.7. att.): tajā pašā dienā realizēto recepšu īpatsvars samazinājās no vidēji 30,7% periodā no 2020. gada otrās līdz 11. nedēļai uz vidēji 24,3% periodā no 12. līdz 19. nedēļai. Līdzīgas sakarības bija vērojamas arī citām diagnosticētiem indicēto medikamentu grupās.



2.3.7. att. Aptiekās realizēto valsts kompensēto medikamentu recepšu arteriālās hipertensijas, koronārās sirds slimības un hroniskas sirds mazspējas ārstēšanai procentuālais sadalījums pēc laika starp receptes izrakstīšanu un tās izmantošanu aptiekā

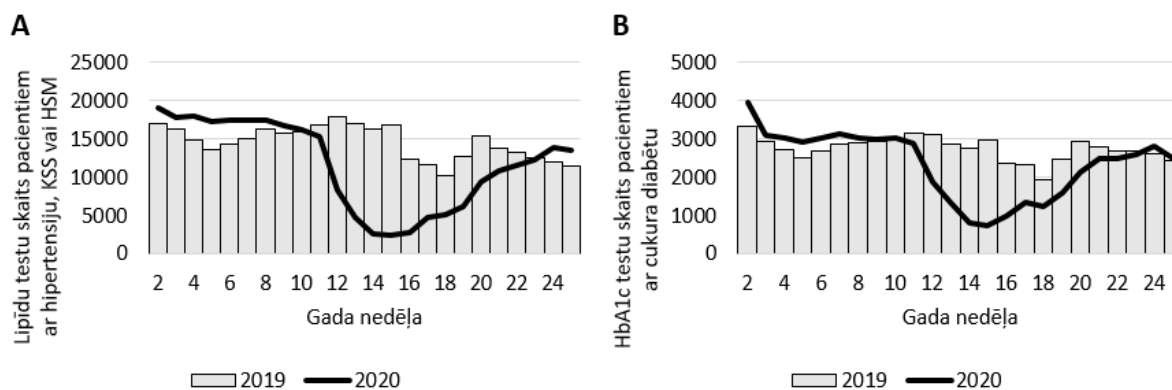
Visās diagnožu grupās, izņemot onkoloģiju, jau tajā pašā nedēļā, kad izsludināja ārkārtējo stāvokli, pacienti bija rūpējušies par medikamentu iegādi (2.3.8. att.). Piemēram, periodā no 2020. gada 11. līdz 13. nedēļai (no 9. līdz 29. martam) izrakstīto (un pēcāk aptiekā realizēto) recepšu skaits medikamentiem, kas paredzēti bronhiālās astmas un hroniskas obstruktīvas plaušu slimības ārstēšanai, bija par 35,2% lielāks nekā nedēļas vidējais recepšu skaits iepriekšējā periodā. Medikamenti, kas kompensēti arteriālas hipertensijas, koronārās sirds slimības un hroniskas sirds mazspējas ārstēšanai, vidējais izrakstīto recepšu skaits šajās trīs nedēļās bija par 17,4% lielāks, bet medikamentiem, kas kompensēti cukura diabēta ārstēšanai, – par 22,1% lielāks, nekā 2020. gada sākumā līdz ārkārtējai situācijai. Izrakstīto recepšu maksimums bija 2020. gada 12. nedēļā (no 16. līdz 22. martam). Turpmākajās nedēļās tika izrakstīts un aptiekās realizēts attiecīgi mazāks skaits recepšu, piem., kardioloģijas medikamentu recepšu vidējais skaits, kas izrakstīts no 14. līdz 19. nedēļai, bija 75,8% no nedēļas vidējā recepšu skaita periodā no 2020. gada otrās līdz 10. nedēļai un 86,0% salīdzinājumā ar 2019. gada 14. - 19. nedēļu.



2.3.8. att. Aptiekās realizēto valsts kompensēto medikamentu receptu skaits katrā diagnožu grupā: A – antineoplastiskie līdzekļi, hormoni, hormonu antagonisti un opioīdi pacientiem ar krūts vai prostatas vēzi (C50, C61); B - insulīni un citi antidiabētiskie līdzekļi pacientiem ar 1. vai 2. tipa cukura diabētu (E10, E11); C – kardioloģiskie un lipīdus modificējošie medikamenti pacientiem ar hipertensiju, koronāro sirds slimību vai hronisku sirds mazspēju (I10, I20-I25, I50); D – inhalējamie un sistēmiski lietojamie medikamenti pacientiem ar bronhiālo astmu vai hronisku obstruktīvu plaušu slimību (J44, J45)

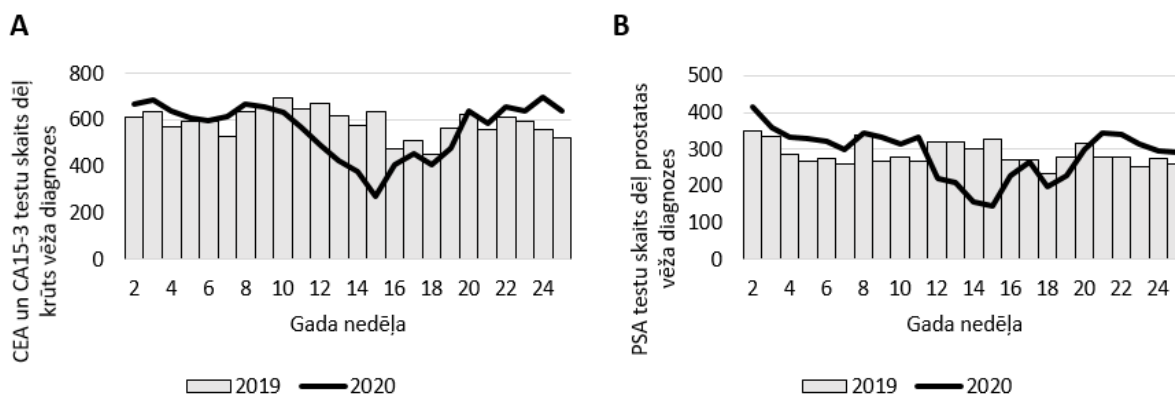
Ambulatori veiktie izmeklējumi un manipulācijas

Likumsakarīgi, ka līdz ar konsultāciju skaita kritumu un aicinājumu izvairīties no publisku vietu apmeklējuma samazinājās arī ambulatorie izmeklējumi. Piemēram, analīžu nodošana laboratorijās bija atļauta, tomēr veikto testu skaits būtiski samazinājās. No šajā apskatā iekļautajām diagnozēm un izmeklējumiem vislielākais laboratorisko izmeklējumu kritums bija lipīdu testiem (2.3.9.A att.). Nedēļas vidējais lipīdu testu skaits dēļ hipertensijas, koronārās sirds slimības vai hroniskas sirds mazspējas diagnozes periodā no 2020. gada 12. līdz 19. nedēļai bija 26,8% salīdzinājumā ar 2020. gada sākumu vai 32,2% salīdzinājumā ar 2019. gada šo pašu periodu. Salīdzinot ar lipīdu testiem, cukura diabēta pacientiem veikto glikohemoglobīna testu apjoms saglabājās nedaudz lielākā apjomā (2.3.9.B att.): periodā no 2020. gada 12. līdz 19. nedēļai vidējais nedēļā veikto testu skaits bija 39,9% salīdzinājumā ar 2020. gada sākumu vai 47,6% salīdzinājumā ar 2019. gada 12. – 19. nedēļu.



2.3.9. att. Ambulatori veikto laboratorisko izmeklējumu skaits: A - lipīdu testi pacientiem ar arteriālo hipertensiju, koronāro sirds slimību vai hronisku sirds mazspēju (I10, I20-I25, I50); B – glikohemoglobīna tests pacientiem ar 1. vai 2. tipa cukura diabētu (E10, E11)

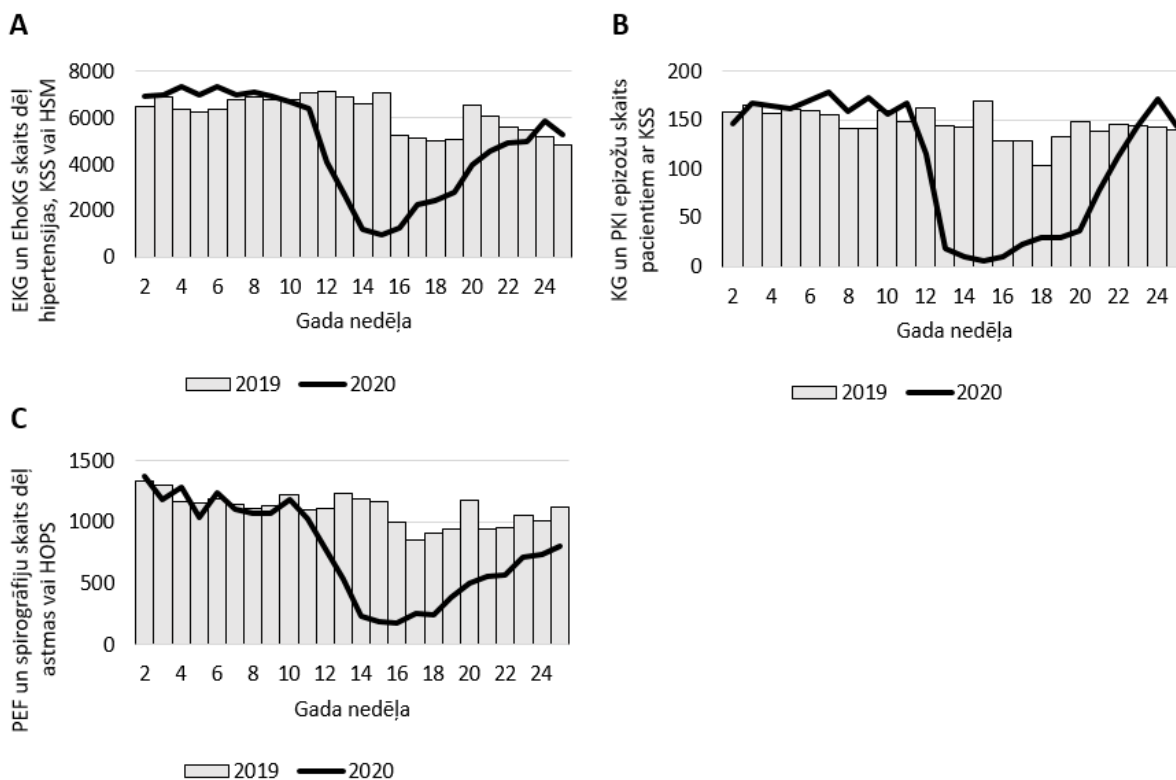
Vēl lielākā apjomā saglabājās onkoloģijas pacientiem veikto audzēju marķieru testu skaits (2.3.10. att.). Prostatas specifiskā antigēna (PSA) testu vidējais skaits nedēļā prostatas vēža pacientiem laika posmā no 12. līdz 19. nedēļai bija 60,9% salīdzinājumā ar 2020. gada sākumu un 70,9% salīdzinājumā ar 2019. gada attiecīgo periodu. Līdzīgi arī karcinoembrionālā antigēna (CEA) un marķiera CA13-5 testu skaits vidēji nedēļā pie krūts vēža diagnozes šajā periodā bija 65,4%, salīdzinot ar gada sākumu, un 73,5%, salīdzinot ar 2019. gada attiecīgo periodu.



2.3.10. att. Ambulatori veikto laboratorisko izmeklējumu skaits: A – CEA un CA13-5 testi dēļ krūts vēža diagnozes (C50); B – PSA tests dēļ prostatas vēža diagnozes (C61)

Būtiski samazinājās arī to izmeklējumu un manipulāciju skaits, kuru veikšana saistās ar ārstniecības iestāžu apmeklējumu un kontaktu ar ārstniecības personām (2.3.11. att.). Piemēram, pacientiem ar sirds slimībām klīnisku indikāciju gadījumā elektrokardiogrāfija (EKG) vai ehokardiogrāfija (EhoKG) var nebūt pārceļamas uz vēlāku laiku, tomēr veselības pakalpojumu ierobežojumu rezultātā arī šie izmeklējumi kritās ievērojami. Periodā no 2020. gada 12. līdz 19. nedēļai vidējais EKG un EhoKG skaits nedēļā pacientiem ar hipertensiju, koronāro sirds slimību vai hronisku sirds mazspēju bija tikai 31,8% apjomā salīdzinājumā ar 2020. gada sākumu vai 36,8% apjomā salīdzinājumā ar 2019. gada 12. - 19. nedēļu. Savukārt tādu manipulāciju veikšana dienas stacionāros kā plānveida koronarogrāfija (KG) vai perkutāna koronāra intervence (PKI) līdz pat 20. nedēļai bija liegta. Likumsakarīgi, ka periodā no 2020. gada 12. līdz 19. nedēļai šādu procedūru (pakalpojuma epizožu, kurā veikta kāda no manipulācijām) vidējais skaits nedēļā pacientiem ar koronāro sirds slimību bija vien 18,4% apjomā, salīdzinot ar 2020. gada sākumu, vai 21,7% salīdzinājumā ar 2019. gada 12.-19. nedēļu.

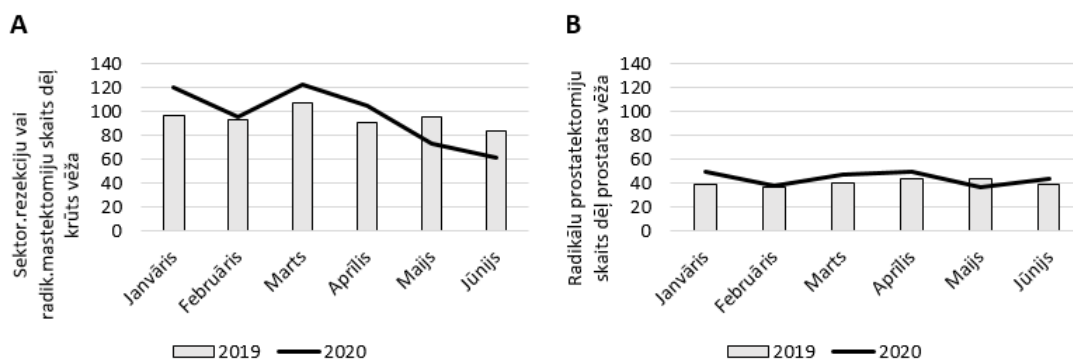
Izelpas maksimuma plūsmas mērījumi (t.s., PEF) un spirogrāfija, kas indicēti bronhiālās astmas un hroniskas obstruktīvas plaušu slimības pacientiem, saistās vēl ar papildu Covid-19 izplatīšanās riskiem pašas procedūras norises dēļ. Arī šo izmeklējumu iknedēļas vidējais skaits periodā no 12. līdz 19. nedēļai bija 30,3% apjomā salīdzinājumā ar 2020. gada sākumu vai 33,4% apjomā salīdzinājumā ar 2019. gada šo pašu periodu. Tomēr atšķirībā no citiem izmeklējumiem un manipulācijām PEF un spirogrāfiju skaits līdz pat 2020. gada 25. nedēļai tā arī nebija atgriezies iepriekšējā apjomā, ne salīdzinot ar 2020. gada sākumu, ne ar 2019. gadu.



2.3.11. att. Ambulatori veikto izmeklējumu un manipulāciju skaits: A – elektrokardiogrāfija vai ehokardiogrāfija pacientiem ar hipertensiju, koronāro sirds slimību vai hronisku sirds mazspēju (I10, I20-I25, I50); B – datortomogrāfijas koronarogrāfija un/vai perkutāna koronāra intervence dēļ koronārās sirds slimības (I20-I25); C – izelpas maksimumplūsmas noteikšana (t.s., PEF) vai spirogrāfija pacientiem ar bronhiālo astmu vai hronisku obstruktīvu plaušu slimību (J44, J45)

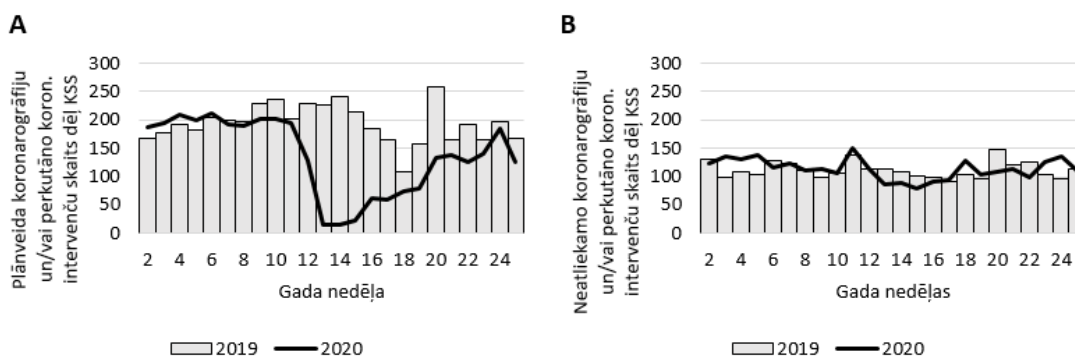
Hospitalizācijas un stacionārā sniegtie pakalpojumi

No šajā apskatā iekļautajām diagnozēm plānveida stacionārie pakalpojumi ir būtiska aprūpes sastāvdaļa divām diagnožu grupām: onkoloģiskajām slimībām un koronārai sirds slimībai. Onkoloģisko pacientu aprūpe bija izņēmums, uz kuru plānveida pakalpojumu ierobežojumi neattiecas. Radikālu prostatektomiju skaits dēļ prostatas vēža diagnozes būtiski nemainījās (2.3.12. att.), bet krūts vēža ārstēšanai indicēto sektorālu piena dziedzeru rezekciju/radikālu mastektomiju skaits mazinājās maijā un jūnijā, kad ieviestie pakalpojumu ierobežojumi jau pakāpeniski tika atcelti.



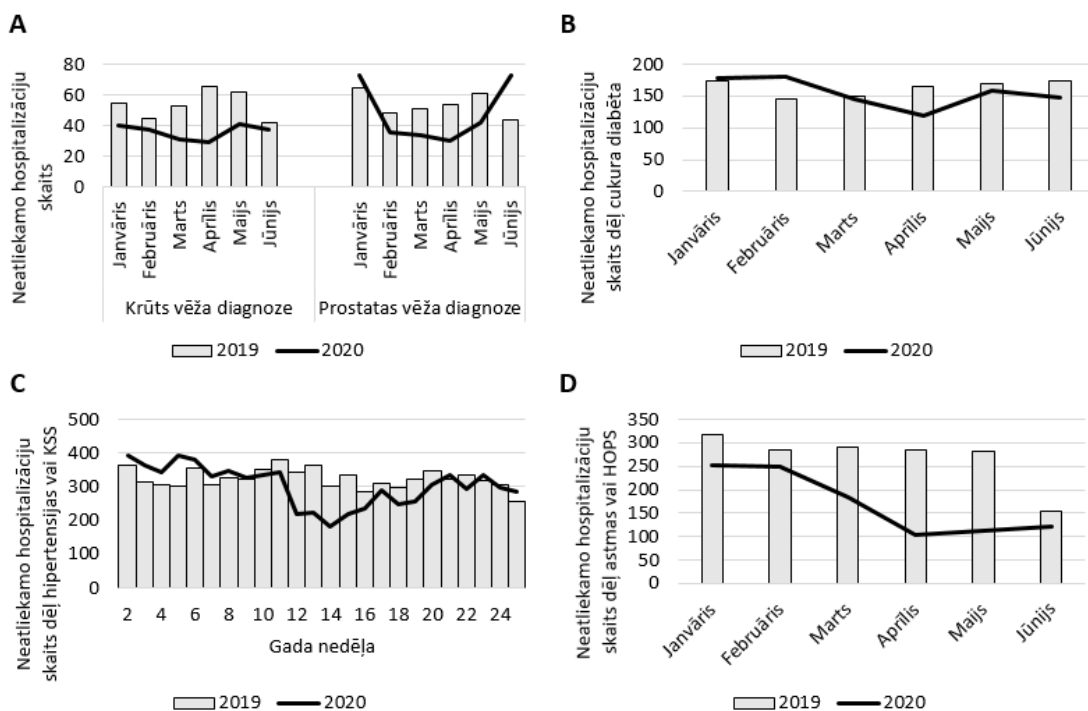
2.3.12. att. Stacionārā veikto operāciju skaits pacientiem ar onkoloģiskām diagnozēm: A – piena dziedzera sektorāla rezekcija vai radikāla mastektomija dēļ krūts vēža (C50); B – radikālas prostatektomijas operācija dēļ prostatas vēža (C61)

Savukārt pacientiem ar koronāro sirds slimību plānveida hospitalizācijas, lai veiktu datortomogrāfijas koronarogrāfiju un/vai perkutānās koronārās intervences procedūru, tika būtiski ierobežotas. Periodā no 2020. gada 12. līdz 19. nedēļai stacionāros veikto koronarogrāfiju un perkutānās koronārās intervences procedūru skaits vienā nedēļā vidēji bija 28,6% salīdzinājumā ar 2020. gada sākumu vai 29,6% salīdzinājumā ar 2019. gada attiecīgo periodu (2.3.13. att.). Tomēr, neskatoties uz šo procedūru kritumu ambulatorajā sektorā un plānveidā stacionāros, neatliekamā kārtā veikto procedūru skaits apskatītajā laika periodā būtiski nepalielinājās.



2.3.13. att. Stacionārā veikto datortomogrāfijas koronarogrāfiju un perkutānās koronārās intervences procedūru skaits pacientiem ar koronāro sirds slimību (I20-I25): A – plānveidā; B – neatliekamā kārtā

Arī kopumā hospitalizācijas neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai šajās konkrētajās diagnožu grupās – līdzīgi kā lielajās diagnožu grupās (2.2. nodaļā) – apskatā iekļautajā periodā nepieauga (2.3.14. att.), izņemot pacientus ar prostatas vēža diagnozi, kuriem 2020. gada jūnija mēnesī bija neatliekamo hospitalizāciju kāpums, sasniedzot līdzīgu skaitu kā janvāra mēnesī, bet krietni lielāku nekā 2019. gada jūnijā.



2.3.14. att. Hospitalizācijas neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai: A – ar krūts vēža (C50) vai prostatas vēža (C61) pamatdiagnozi; B – ar 1. vai 2. tipa cukura diabēta pamatdiagnozi (E10, E11); C – ar arteriālas hipertensijas vai koronārās sirds slimības pamatdiagnozi (I10, I20-I25); D – ar bronhiālās astmas vai hroniskas obstruktīvas plaušu slimības pamatdiagnozi (J44, J45)

2.3. Secinājumi un rekomendācijas

Nodaļā iekļauto veselības pakalpojumu dinamikas rādītāju interpretācijā jāņem vērā vairāki apstākļi. Pirmkārt, pētījumā ietvertais periods (līdz 2020. gada jūnijam) neatspoguļo Covid-19 pandēmijas pirmā viļņa un ar to saistīto pakalpojumu ierobežojumu ilgtermiņa ietekmi. Otrkārt, pētījumā ir analizēti valsts apmaksātie veselības aprūpes pakalpojumi, jo NVD datu bāzēs netiek uzkrāti dati par pakalpojumiem, kurus apmaksā paši pacienti vai privātie apdrošinātāji. Turklāt NVD datus parādās tikai tie pakalpojumi, par kuriem ārstniecības personas un iestādes ir ievadījušas sistēmā. Šis aspekts varētu būt svarīgs, piemēram, novērtējot ģimenes ārstu veikto konsultāciju skaitu attālinātā formātā, kas saspringta darba apstākļos varēja palikt neregistrētas. Treškārt, pakalpojumu dinamiku var ietekmēt gana daudz faktoru, sākot ar valsts piešķirto finansējumu un beidzot ar pakalpojumu saņēmēju izvēlēm, piesakoties uz plānveida pakalpojumiem. Tādejādi daudzās situācijās nav iespējams skaidri definēt, cik lielā mērā izmaiņas pakalpojumu apjomā ir izraisījis Covid-19 pandēmijas pirmais vilnis, izņemot gadījumus, kur konkrētos pakalpojumus liedza VM rīkojums nr. 59.

✓ Hospitalizāciju dinamika

- Atbilstoši VM rīkojumā nr. 59 noteiktajiem ierobežojumiem krasi samazinājās plānveida hospitalizācijas, jo īpaši klīniskajās universitāšu slimnīcās. Tomēr arī neatliekamo hospitalizāciju skaits pēc plānveida pakalpojumu pārtraukšanas nevis pieauga, bet gan samazinājās. Piemēram, 2020. gada marta beigās un aprīlī hospitalizāciju skaits neatliekamās palīdzības saņemšanai nedēļā vidēji bija par aptuveni 30% mazāks nekā pirms ierobežojumu ieviešanas, un samazinājums bija vērojams visās slimību grupās.
- Neatliekamā kārtā stacionēto pacientu vidū konstatē lielāku stacionāros mirušo pacientu īpatsvaru. Ja 2019. gada pirmajos sešos mēnešos tas bija vidēji 4,6% no neatliekamā kārtā hospitalizējamiem pacientiem, tad 2020. gadā – vidēji 5,1%. Savukārt absolūtos skaitļos stacionāros mirušo pacientu skaits bija līdzīgs kā 2019. gada pirmajā pusē.
- Plānveida hospitalizācijas samazinājās arī pacientiem ar onkoloģiskām diagnozēm, lai gan onkoloģijā plānveida aprūpe netika ierobežota. Turklāt pacientiem virs 65 gadu vecuma neatliekamās hospitalizācijas saistībā ar onkoloģisku diagnozi jūnijā uzrādīja pieauguma tendenci.
- Neatliekamo hospitalizāciju skaita samazināšanās prasa papildu izpēti, lai noskaidrotu, kādā mērā ģimenes ārsti uzņēms papildu darbu (un arī risku), ārstējot pacientus mājās, vai cik daudz pacientu, baidoties nonākt slimnīcās, no hospitalizācijas atteicās.

✓ Izmaiņas veselības pakalpojumos hronisko slimību aprūpē

- Covid-19 pandēmijas pirmā viļņa dēļ izsludinātās ārkārtējās situācijas apstākļos būtiski samazinājās konsultāciju skaits pie ģimenes ārsta dēļ hroniskām slimībām. Atkarībā no diagnozes laika periodā no 2020. gada 12. līdz 19. nedēļai reģistrētais konsultāciju skaits bija par 20-30% mazāks nekā gada sākumā vai par 10-15% mazāks nekā šajā pašā periodā 2019. gadā. Turklāt nedēļas vidējais konsultāciju skaits bērniem dēļ bronhiālās astmas diagnozes samazinājās pat par 40% salīdzinājumā ar gada sākumu un par 35% salīdzinājumā ar 2019. gada šo pašu periodu. Tomēr jāņem vērā, ka analizē ir iekļautas tikai tās konsultācijas, kuru iemesls bija konkrētās hroniskās slimības. Hronisko slimību pacienti tikpat labi varēja konsultēties ar savu ģimenes ārstu, lai risinātu citas veselības problēmas (piem., augšējo elpceļu slimības u.c.), kas,

reģistrētas kā konsultācijas pamatdiagnoze, analīzē netika iekļautas.

- Konsultāciju samazinājums pie speciālistiem bija dažāds atkarībā no diagnozes un speciālista. Vislielākais kritums bija konsultācijām pie kardiologa (2020. gada 12.-19. nedēļā pat par 60% salīdzinājumā ar gada sākumu un vairāk nekā par 50% salīdzinājumā ar 2019. gada attiecīgo periodu), bet vismazākais - konsultācijām pie endokrinologa dēļ cukura diabēta (2020. gada 12.-19. nedēļā tika sniegts par gandrīz 30% mazāk konsultāciju salīdzinājumā ar gada sākumu vai par gandrīz 20% mazāk salīdzinājumā ar 2019. gada šo pašu periodu). Lai gan Covid-19 pandēmijas pirmā viļņa laikā ieviestie pakalpojumu ierobežojumi neattiecās uz onkoloģisko slimību aprūpi, tomēr periodā no 2020. gada 12. līdz 19. nedēļai par aptuveni 30% samazinājās urologu sniegto konsultāciju skaits pacientiem ar prostatas vēzi. Samazinājuma varēja ietekmēt ne tikai valstī noteiktie pakalpojumu ierobežojumi, bet arī ārstu atvaļinājumi vai darba nespēja, kā arī pacientu atturēšanās apmeklēt ārstniecības iestādes, vai vēl citi faktori, kurus nebija iespējams identificēt no pētījumā izmantotās datu bāzes.
- Covid-19 pandēmijas pirmā viļņa apstākļos gan ģimenes ārsti, gan speciālisti lielu darba apjomu bija veikuši attālinātā formātā. Turklāt patiesais šādu konsultāciju skaits, visticamāk, bija lielāks, jo ne visas konsultācijas tika reģistrētas. Balstoties uz reģistrēto konsultāciju datiem, 2020. gada 13.-19. nedēļā ģimenes ārsti attālināti sniedza 30-50% konsultāciju, kas saistītas ar hronisko slimību aprūpi. Speciālistu iespējas sniegt attālinātās konsultācijas bija dažādas. No apskatā iekļautajiem speciālistiem un diagnozēm vislielāko attālināto konsultāciju īpatsvaru varēja izpildīt endokrinologi, konsultējot diabēta pacientus: 2020. gada 14.-19. nedēļā attālināti notika vairāk nekā 70% konsultāciju.
- Covid-19 pandēmijas pirmā viļņa laikā noteiktie veselības pakalpojumu ierobežojumi visvairāk skāra pakalpojumus, kur nepieciešama atrašanās ārstniecības iestādē un kontakts ar ārstniecības personām. Piemēram, 2020. gada 12.-19. nedēļā plānveidā (gan dienas stacionāros, gan stacionāros) tika veikts par 70-80% mazāk koronārās sirds slimības pacientiem tik būtisko manipulāciju – koronarogrāfijas un perkutānas koronāras intervences procedūru – nekā pirms ierobežojumu ieviešanas vai attiecīgajā periodā 2019. gadā. Tomēr īstermiņā (t.i. līdz 2020. gada jūnijam) akūto hospitalizāciju vai neatliekamā kārtā veikto procedūru skaits nepieauga.

- Hronisko slimību pacienti mazāk izmantoja arī tādus pakalpojumus, kas bija pieejami, piem., laboratoriskos izmeklējumus. No pieejamajiem datiem nevar secināt, vai pacientiem bija grūtības saņemt nosūtījumu uz izmeklējumiem vai arī tā bija mērķtiecīga izvairīšanās no kontaktiem ar veselības aprūpes sistēmu. Iespējams, izvēli atlikt laboratoriskos izmeklējumus varēja ietekmēt priekšstati par izmeklējumu svarīgumu, jo vismazākais kritums bija audzēju marķieru testiem pie onkoloģiskām slimībām, savukārt vislielākais – lipīdu testiem. Cēloņsakarību noskaidrošanai nepieciešami papildus pētījumi.
- Medikamentu regulāru lietošanu Covid-19 pandēmijas pirmais vilnis ietekmēja mazāk. Lai gan periodā no 14. līdz 19. nedēļai izmantoto recepšu skaits bija mazāks, taču šis samazinājums sekoja pēc masveidīgas recepšu un medikamentu izņemšanas pirmajās nedēļās tūlīt pēc ārkārtējās situācijas izsludināšanas. Piemēram, hronisko plaušu slimību grupā nedēļas vidējais aptiekās izmantoto recepšu skaits līdz ar ārkārtējās situācijas ieviešanu palielinājās par 35%. Šāda masveidīga recepšu un medikamentu izņemšana var radīt papildu slodzi ne tikai ārstniecības personām un reģistratūru darbiniekiem, bet arī aptieku iespējā šo pieprasījumu apmierināt.
- ✓ Līdz ar ārkārtējās situācijas izsludināšanu samazinājās arī tādi pakalpojumi, kurus VOMK lēmumi un VM rīkojums nr. 59 neliedza. Iespējams, tie tika atlikti vai pārplānoti uz vēlāku laiku. Tādējādi veselības aprūpes pakalpojumu apjoma un struktūras izmaiņas ārkārtējās situācijas apstākļos ietekmē gan valstī noteiktie ierobežojumi, gan ārstniecības iestāžu darba organizācija, kā arī ārstniecības personu rīcība un pacientu priekšstati par riskiem veselībai. Covid-19 pandēmijas pirmā viļņa laikā ieviesto veselības aprūpes ierobežojumu ietekmi uz pacientu veselību nepieciešams izvērtēt ilgākā laika periodā.
- ✓ Lai nodrošinātu pacientu ar hroniskām slimībām veselības stāvokļa uzraudzības nepārtrauktību, tai skaitā plānveida manipulācijas, nepieciešamas investīcijas ārstniecības iestādēm pacientu plūsmu nodalīšanai.
- ✓ Ģimenes ārstu un speciālistu attālinātās konsultācijas varētu saglabāties veselības aprūpē arī pēc ārkārtējās situācijas beigām. To izmantošanas potenciāls un nosacījumi ārpus krīzes apstākļos būtu jādiskutē veselības aprūpes speciālistu profesionālajās asociācijās sadarbībā ar Veselības ministriju, NVD un pacientu organizācijām.
- ✓ Lai nodrošinātu uz pierādījumiem balstītu lēmumu pieņemšanu konkrētā situācijā, NVD vadības informācijas sistēmā nepieciešams uzlabot tehnoloģiskās iespējas datu

elastīgai un efektīvai atlasei un savienojamībai. Nākotnē attīstot veselības informācijas sistēmas un e-veselību, jāparedz gan tehniska, gan juridiska iespēja savienot veselības informāciju ar citām datu bāzēm, piemēram, slimību reģistriem.

3. Veselības aprūpē iesaistīto speciālistu un darbinieku pieredze pirmās ārkārtējās situācijas laikā saistībā ar Covid-19 Latvijā: kvalitatīvais pētījums

Kvalitatīvā pētniecības pieeja veselības aprūpes pētījumos nodrošina iespēju induktīvā veidā iegūt niansētu informāciju par dažādām veselības aprūpes tēmām. Kvalitatīvais pētījums pievēršas veselības aprūpē identificējamu fenomenu (angļu val. – *real-world phenomena*), padziļinātai izpētei (Bradley et al., 2007), piemēram, izzina pacientu pieredzi par konkrētu veselības aprūpes pakalpojumu, pēta ārstu-pacientu attiecību dinamiku kādā noteiktā situācijā, analizē ar veselības aprūpi saistītu lēmumu pieņemšanas procesu, apraksta veselības aprūpes speciālistu pieredzi par kādu notikumu vai situāciju veselības aprūpē u. tml.

Kvalitatīvais pētījums ir orientēts uz pētījuma dalībnieku perspektīvas izzināšanu, respektīvi, uz to, kā cilvēki konceptualizē pētāmo fenomenu (Kroplijs & Raščevska, 2004), tāpēc veselības aprūpes pētījumos šis pētījuma veids aktualizē pacientu un veselības aprūpē iesaistīto darbinieku viedokļus, interpretācijas, attieksmes, koncepcijas jeb pieredzi kopumā (Al-Busaidi, 2008; Chafe, 2017).

Kvalitatīvais pētījums ir mērķēts uz pētāmā fenomena izpausmju daudzveidības atklāšanu, taču vienlaicīgi tas arī tiecas maksimāli saglabāt pētnieciskās situācijas kontekstualitāti (Creswell, 2009), kas ir īpaši svarīgi, pētot veselības aprūpes tēmas Covid-19 kontekstā.

Līdz šim veiktie kvalitatīvie pētījumi par Covid-19 ietekmi uz veselības aprūpi pievēršas dažādiem pētnieciskajiem aspektiem, piemēram, veselības aprūpes darbinieku pieredzei, strādājot Covid-19 apstākļos (Liu et al., 2020; Eftekhar Ardebili et al., 2020); medmāsu stresam (Galehdar et al., 2020) un medmāsu pieredzei (Sun et al., 2020), aprūpējot Covid-19 pacientus; veselības aprūpes darbinieku pieredzei par atrašanos paškarantīnā (Fawaz & Samaha, 2020); hospitalizēto Covid-19 pacientu pieredzei (Sun et al., 2021) u.tml.

Kvalitatīvais pētījums par Covid-19 ietekmi uz veselības aprūpi Latvijā dod iespēju padziļinātāk izprast veselības aprūpē nodarbināto speciālistu redzējumu, viedokļus un pieredzi par veselības aprūpes darbību un tās pielāgošanos Covid-19 radītiem apstākļiem.

Materiāls un metodes

Pētījuma mērķa sasniegšanai pētījumā ir iekļauti pētījuma dalībnieki, kuri pārstāv kādu no šādām veselības aprūpes jomām: 1) veselības aprūpes vadība (stacionāro ārstniecības iestāžu (slimnīcu) vadītāji); 2) sekundārā un terciārā veselības aprūpe (ārsti-speciālisti); 3) primārā veselības aprūpe (ģimenes ārsti); 4) klientu apkalpošana (klientu servisa aprūpes darbinieki); 5) pacientu pārstāvība (pacientu organizāciju vadītāji).

Pētījuma dalībnieku atlase un atlases kritēriji, pētījuma dalībnieku skaits un datu ieguves metode ir atspoguļota 3.1.1. tabulā.

3.1.1. tab. Kvalitatīvā pētījuma par Covid-19 ietekmi uz veselības aprūpi metodoloģiskais ietvars

Pētījuma dalībnieku pārstāvošā joma	Pētījuma dalībnieku skaits (n)	Atlases metode	Atlases kritēriji	Datu ieguves metode
Stacionāro ārstniecības iestāžu vadītāji	7	Mērķtiecīgā ekspertu atlase	<ul style="list-style-type: none"> 4. un 5. līmeņa slimnīcas teritoriālais kritērijs 	Daļēji strukturētā ekspertintervija
Ārsti-speciālisti	14	Mērķtiecīgā homogēnā atlase	<ul style="list-style-type: none"> strādāja ārkārtējās situācijas laikā hronisko pacientu aprūpe: onkoloģija, kardioloģija, endokrinoloģija, internā medicīna, pulmonoloģija 	Daļēji strukturētā intervija
Ģimenes ārsti	19	Mērķtiecīgā maksimālās variācijas atlase	<ul style="list-style-type: none"> demogrāfiskie kritēriji (dzimums, vecums) darba stāžs prakses struktūra prakses lielums teritoriālais kritērijs Covid-19 pacienti praksē ārsta paškarantīna 	Daļēji strukturētā intervija
Klientu servisa aprūpes darbinieki	20	Mērķtiecīgā homogēnā atlase	<ul style="list-style-type: none"> strādāja ārkārtējās situācijas laikā; stacionārās un ambulatorās ārstniecības iestādes 	Daļēji strukturētā intervija
Pacientu organizāciju vadītāji	7	Mērķtiecīgā ekspertu atlase	<ul style="list-style-type: none"> Latvijas Pacientu organizāciju vadītāji Latvijas Pacientu organizāciju tīkla pacientu organizācija, kas pārstāv pacientus ar hroniskām slimībām 	Daļēji strukturētā ekspertintervija

Intervijas tika veiktas laika periodā no 2020. gada jūlija līdz 2020. gada novembrim. Tās notika gan klātienē, gan attālināti. Par intervijas norises laiku, vietu un veidu (klātienes vai attālinātā intervija), intervētājs vienojās ar katru pētījuma dalībnieku individuāli, ņemot vērā

gan dažādus praktiskos apstākļus, gan arī epidemioloģiskās drošības noteikumus. Visās intervijās tika izmantoti iepriekš izveidotie daļēji strukturētās intervijas jautājumu protokoli (Pielikums nr. 2).

Intervijās iegūtā informācija tika transkribēta rakstiskā tekstā, lai varētu veikt tās tematisko analīzi (*angļu val. – thematic analysis*). Tematiskā datu analīze tika veikta manuālā veidā, izmantojot sešu soļu metodi: 1) padziļināta iepazīšanās ar datiem; 2) sākotnējo kodu veidošana; 3) tēmu identificēšana; 4) tēmu izskatīšana; 5) tēmu definēšana; 6) ziņojuma sagatavošana (Braun and Clarke, 2006).

Rezultātu daļa atspoguļo pētījuma intervijās iegūtās informācijas tematiskās analīzes rezultātus par dažādās veselības aprūpes jomās strādājošo darbinieku redzējumu un pieredzi, strādājot Covid-19 izraisītās ārkārtējās situācijas apstākļos.

3.2. Intervijas ar stacionāro ārstniecības iestāžu (slimnīcu) vadītājiem

Pētījuma ietvaros notika intervijas ar septiņiem stacionāro ārstniecības iestāžu vadītājiem (turpmāk tekstā – vadītāji). Datu tematiskās analīzes rezultātā ir identificētas un aprakstītas septiņas galvenās tēmas, kas reprezentē vadītāju pieredzi par iestādes darbību Covid-19 pandēmijas izraisītās ārkārtējās situācijas apstākļos Latvijā. Vadītāju pieredze vērtēta šādos aspektos: ārkārtējās situācijas ietekme uz iestādes prioritātēm, darba organizāciju, personāla un citu resursu plānošanu un nodrošināšanu, iestādes infrastruktūru, komunikāciju un saziņu.

3.2.1. Rezultāti

1. tēma. *Iestādes prioritātes*

Vadītāji kā savas darbības galveno prioritāti saistībā ar valstī ieviesto ārkārtējo situāciju uzskatīja slimnīcas darbības pārorganizēšanu atbilstoši epidemioloģiskajiem drošības noteikumiem, lai maksimāli nodrošinātu gan pacientu, gan darbinieku drošību. Par prioritārām darbībām kļuva: 1) pacientu plūsmu nodalīšana un pacientu šķirošana; 2) slimnīcas telpu pielāgošana un gultu pārprofilēšana karantīnas zonai un Covid-19 pacientiem; 3) krīzes / operatīvās vadības grupas izveide; 4) iekšējo vadlīniju izstrāde: protokolu, algoritmu izstrāde personālam par rīcību dažādās situācijās un personāla apmācība; 5) lēmumu pieņemšana par pakalpojumu sniegšanu vai apturēšanu noteiktām pacientu grupām, kā arī attālināto

konsultāciju uzsākšana; 6) savlaicīgas karantīnas izsludināšana slimnīcā; 7) IAL iegāde pacientu un darbinieku drošības nodrošināšanai.

2. tēma. Iestādes pamatdarbības nodrošināšana

Iestādes iekšējā krīzes vadība bija katras iestādes atbildība, un iestādes, vai nu izmantoja esošās operatīvās vadības grupas, katastrofu medicīnas plānā izveidoto pastāvīgo komandu vai izveidoja speciālas krīzes vadības grupas. To sastāvs iesaistīto darbinieku struktūras un skaita ziņā bija atšķirīgs, iekļaujot dažādus slimnīcas vadības un nodaļu pārstāvjus, darba drošības speciālistus, galvenos ārstus un galvenās māsas. Krīzes vadības grupas darbojās pēc dažādiem principiem – gan izmantoja pastāvīgo “piecminūšu” darbības režīmu, gan adaptēja darbību specifiskajai krīzes situācijai. Krīzes vadības sanāksmes tika organizētas gan lielā telpā klātienē, gan telefoniski, izmantojot WhatsApp grupas; sanāksmes Zoom un Skype platformās. Tiek atzīmēts, ka ne vienmēr vadības grupas noteiktais katastrofu medicīnas plāna līmenis saņēma vajadzīgo atbalstu.

Plānveida palīdzība slimnīcā tika nodrošināta, pamatojoties uz Veselības ministrijas izdotajiem norādījumiem; tika sagatavotas arī iestādes vadlīnijas. Par prioritāriem tika noteikti neatliekamās medicīnas pakalpojumi, savukārt ambulatorie un stacionāra plānveida pakalpojumi ārkārtējās situācijas pašā sākumā, ar atsevišķiem izņēmumiem (piemēram, grūtnieču aprūpe un dzemdības, onkoloģiskie pacienti), tika pārtraukti, bet vēlāk – pakāpeniski atjaunoti. Pacienti slimnīcā varēja nokļūt caur NMP, jo jaunus pacientus neuzņēma. Stacionārā ārstējās tikai tie pacienti, kuriem bija nepieciešama terapijas nepārtrauktība un zaļā koridora pacienti onkoloģijā. Diagnostikas pakalpojumi tika sniegti samazinātā apjomā tikai neatliekamās palīdzības pacientu vajadzībām un zaļā koridora pacientiem onkoloģijā. Dažas slimnīcas nodrošināja attālinātos pakalpojumus – ārstu konsultācijas, visbiežāk telefonkonsultācijas. Arī skrīninga pakalpojumi uz ārkārtējās situācijas laiku tika pārtraukti. Plānveida pakalpojumu kopējie apjomi ievērojami samazinājās (*“Piemēram, dienā 250 pacienti, agrāko 1000 vietā – tikai prioritārie pacienti.”* [04.]).

Prioritārās pacientu grupas tika noteiktas, pamatojoties uz Veselības ministrijas norādījumiem, un tās bija šādas: neatliekamās palīdzības pacienti, grūtnieces, bērni, hroniskie slimnieki slimības paasinājumu un sistemātiskas terapijas nepieciešamības gadījumā (hemodialīze, diabēta aprūpes kabinets, endokrinologa konsultācijas, ķīmijterapija u. c.). Slimnīcas izdeva savus iekšējos rīkojumus un vadlīnijas par pacientu grupu prioritizāciju, kurās detalizētāk aprakstītas stacionēšanas indikācijas un kritēriji. Tā kā slimnīcas funkcionē arī uz pašfinansēšanas principiem, slimnīcu vadība diskutēja ar Veselības ministriju par piedāvātiem

pakalpojumiem slimnīcā ārkārtas situācijas laikā (*“Slimnīcai ir jāturpina pelnīt: no vienas puses jādomā par drošību, no otras puses – tie ir mūsu ienākumi.”* [04.]).

Pacientu plūsmas organizēšana notika visās iestādēs, lai nodalītu akūtos, plānveida un pacientus ar Covid-19 simptomātiku, pamatojoties uz izstrādātiem algoritmiem pacientu kustībai un pārvietošanai iestādes ietvaros. Pacienti tika veikta Covid-19 testēšana, kā arī nodrošināta pacientu savlaicīga izolācija līdz testa rezultātu saņemšana. Covid-19 pacientiem tika izveidota speciāla nodaļa un boksi (uzņemšanā, NMP). Tika ierobežoti vai pilnīgi aizliegti pacientu apmeklējumi (apciemojumi). Dažās slimnīcās tika slēgtas ārdurvis, lai ierobežotu iekļuvu slimnīcā, tāpat tika slēgtas nodaļu durvis un nodrošināta stingrāka apsardze.

Komunikācijai ar pacientiem tika vairāk izmantota attālinātā komunikācija – saziņa pa telefonu, Zoom platformā, videokonsultācijas lietotnē WhatsApp. Tika pastiprināti nodrošinātas attālinātās konsultācijas hroniskajiem pacientiem. Lielākoties visa komunikācija par pacientu pierakstiem tika organizēta centralizēti ar iestādes reģistratūras palīdzību, caur iestādes pierakstu sistēmu telefoniski un ar e-pasta starpniecību (*“Tikai “caur reģistratoru.”* [03.]). Ārstiem pašiem bija iespējams izlemt par attālināto konsultāciju uzsākšanu vai atteikšanos no tām (*“To nevar noteikt. Pamatlēmums jau bija ārstam.”* [04.]; *“Daži ārsti strādāja ambulatori, sniedzot attālinātās konsultācijas. Daži atteicās.”* [01.]; *“Tas bija stipri atkarīgs no katra paša speciālista.”* [03.]). Tika novērotas problēmas ar slimnīcām pieejamo IKT infrastruktūru attālināto konsultāciju veikšanai. Ņemot vērā iedzīvotāju pastiprināto interesi un daudzos zvanus par iestādes pakalpojumiem un saviem tuviniekiem, iestādes lielākoties proaktīvi ar publisko attiecību speciālistu palīdzību nodrošināja informāciju savās interneta vietnēs un medijos par pakalpojumu pieejamību un slimnīcas iekšējās darbības kārtību, kā arī par drošības pasākumiem un to ievērošanu slimnīcā. Vienā iestādē tās vadītāja pati gatavoja infografikas pacientiem par katra pakalpojuma saņemšanas secību.

Iestāžu veiktie **pasākumi pacientu un personāla drošībai ietvēra** pacientu plūsmu nodalīšanu atbilstoši iestāžu telpu iespējām; palātu pārstrukturēšanu, lai nodrošinātu mazāku pacientu skaitu vienā palātā; higiēnas pasākumus un telpu dezinfekciju, stingrus pacientu pieņemšanas grafikus, papildus apsardzes pakalpojumus, pacientiem atnesto mantu dezinfekciju (pienesumi bija iespējami tikai iesaiņojumos vai aizvērtos traukos); papildus darbinieku nozīmēšanu mūsu posteņos, kuros pacientiem mērīja temperatūru, uzraudzīja masku lietošanu un roku dezinfekciju. Personālam tika nodrošinātas papildus apmācības infekciju uzraudzībā un ierobežošanā epidēmijas gadījumā, higiēnas un aizsardzības prasību īstenošanā (IAL, sarkanais un dzeltenais kods), tika pastiprināta darbinieku iekšējās drošības uzraudzība un atjaunota iekšējā dokumentācija par epidemioloģiskajiem drošības pasākumiem,

mazinātas darbinieku kontaktēšanās iespējas ar mērķi ierobežot infekcijas izplatības risku. Notika darbinieku regulāra testēšana, lai varētu laicīgi izsekot infekcijas izplatības ķēdei.

3. tēma. Personāla vadība

Personāla darba organizācija tika pārkārtota ārkārtējās situācijas noteiktajiem ierobežojumiem par pakalpojumu sniegšanu un veikto pārplānošanu. Tas radīja vadītājiem problēmas ar cilvēkresursiem (*“Man 30% no ārstiem šobrīd (ārkārtējās situācijas laikā) nav vajadzīgi.”* [04.]). Speciālisti, kuru sniegtie pakalpojumi tika pārtraukti, sākotnēji tika pārformēti darbā uz citu nodaļu vai citiem darbiem vai viņiem tika piedāvāti ikgadējie atvaļinājumi. Praktiski nebija dīkstāvju vai atbrīvošanas no darba, arī darba slodzes netika samazinātas (*“Esošie darbinieki tika pārstrukturēti, lai nebūtu arī dīkstāve.”* [03.]; *“Pārējam personālam laiks tika izmantots darbiem, kuriem iepriekš pietrūka laika.”* [06.]). Vēlāk radās virsstundas un nepieciešamība aizvietot saslimušos vai izolācijā esošos kolēģus. Darbinieki pēc izvēles un iespējas uzsāka attālinātās pacientu konsultācijas. Atalgojuma saglabāšanai tika izmantots finanšu atbalsts no Nacionālā veselības dienesta vai darba devēja kompensācijas slimības lapas gadījumā. Administratīvā personāla darbs pamatā tika organizēts attālināti.

Iekšējā komunikācija ar darbiniekiem pamatā notika ar e-pastu starpniecību, kas veicināja intensīvāku e-vides izmantošanu, tomēr vienlaicīgi iezīmējot arī problēmu, ka daļa darbinieku nemāk vai nevēlas izmantot darba e-pastu (*“Ārkārtējā situācija uzlaboja darbinieku e-pastu lietošanu.”* [01.]; *“Joprojām ne visi darbinieki lieto e-pastus.”* [04.]). Iekšējā komunikācija notika arī telefoniski vai izveidojot darbinieku WhatsApp grupas. Tika saglabātas arī t. s. “5-minūtes”, kas notika gan klātienē ar ierobežotu cilvēku skaitu, gan izmantojot WhatsApp, Skype, Zoom komunikācijas platformas. Sanāksmes, konsīļji un klīnisko gadījumu apspriešana galvenokārt notika attālināti. Tika veidotas SPKC, VM, NVD ziņojumu, rīkojumu un vadlīniju izdrukas, iestādes telpās izvietotas infografikas, informatīvie plakāti un atgādinājumi darbiniekiem.

Iezīmējās nepieciešamība pēc **psihosociālā atbalsta pieejamības darbiniekiem**, jo ārkārtējās situācijas laikā darbiniekiem novēroja stresa, baiļu, satraukuma, trauksmes un neziņas palielināšanos. Ne visās iestādēs tāda iespēja iepriekš pastāvēja, taču iestāžu vadītāji centās nodrošināt psihologa, kapelāna palīdzību. Vadītāji intervijās atzīst psihosociālā atbalsta nozīmi.

Individuālās aizsardzības līdzekļu nodrošināšana bija viena no iestāžu vadītāju prioritātēm. Sākotnēji šis uzdevums bija atstāts katras iestādes kompetencē. Radās problēmas ar IAL pieejamību. Dažas iestādes organizēja masku pasūtījumus vietējiem ražotājiem, saņēma

atbalstu no pašvaldībām un / vai saņēma dezinfekcijas līdzekļu ziedojumus (*“Mums ziedotāji piegādāja IAL: dezinfekcijas līdzekļus, sejas maskas.”* [01.]). Iestāžu vadītāji konstatēja problēmas ar IAL apzinīgu un pareizu lietošanu darbinieku vidū, tādēļ pievērsa pastiprinātu uzmanību IAL pareizai lietošanai, nodrošināja darbinieku apmācības, izdeva slimnīcas iekšējās vadlīnijas un rīkojums par IAL lietošanu dažādās situācijās, noteica iestādē atbildīgo personu, kura sekoja līdzī IAL nodrošinājumam, uzkrājumiem un rezervēm. Tika ieviesti dažādi IAL lietošanas uzraudzības mehānismi: iekšējie auditi, bija arī idejas par videokameru uzstādīšanu, jo *“citādāk nevar”* [05.]; pielietoti tādi ietekmes instrumenti, kā piemaksu un prēmiju anulēšana. Vadītāji divās slimnīcās novēro, ka rudenī darbinieki sliktāk lieto IAL nekā pavasarī (*“Šobrīd atslābinās.”* [07.]).

4. tēma. Citu resursu nodrošināšana

Ar ***nepieciešamo resursu iegādi*** situācija dažādās iestādēs bija atšķirīga, piemēram, lielākas problēmas ar IAL iegādi tika novērotas ārkārtējās situācijas sākumā (*“bremzējās”* [04.]), jo slimnīcu iepriekš izveidotie IAL uzkrājumi nebija tik apjomīgi, cik pieprasījuma pieaugums pēc tiem (*“Būtu jāpietiek vēl 2 mēnešiem, bet beidzās nedēļas laikā.”* [04.]). Iestādēs tika ieviesta stingrāka IAL monitorēšana. Ārkārtējās situācijas sākumā bija nelieli medikamentu un citu materiālu piegādes pārtraukumi; atsevišķi piegāžu līgumi tika atteikti; bija vērojams, ka iepirkumi notika ilgāk un piegāde bija lēnāka. Sākotnēji atsevišķām slimnīcām trūkstošās sejas maskas šuva vietējais pašvaldības uzņēmums, vai arī tās tika iegādātas būvmateriālu veikalos. Vairākus pasūtījumus veica caur slimnīcas aptieku. Iestāžu vadītāji centās iepirkumu piegādes organizēt retāk un lielākās partijās, kā arī sāka plānot un veidot lielākus IAL uzkrājumus.

IAL centralizētās iegādes sāka organizēt Veselības ministrijas padotības institūcijas – NMPD un NVD, kas bija pozitīvi un atslogoja iestāžu darbību (*“Tas tiešām bija ļoti pozitīvi, nevis katrā vietā kādi 3 cilvēki kaut ko grābstās. [...] Mans pienākums ir sniegt veselības pakalpojumus, nevis menedžēt masku iepirkšanu.”* [05.]). Vienlaicīgi slimnīcu vadītāji atzīst, ka IAL centralizētās piegādes nenodrošināja visus nepieciešamos IAL pietiekamā apjomā un sortimentā. Iestādes arī pašas bija spiestas meklēt un iepirkt papildus IAL, un tas prasīja ievērojamus līdzekļus (*“1 pilns ekipējums ir 40 eiro vienai reizei.”* [01.]).

Ārpakalpojumu nodrošināšanā lielu izmaiņu nebija, vienīgi tika atlikti un ierobežoti iespējamie pasākumi (semināri, konferences u. c.). Tāpat bija nepieciešami papildus finanšu līdzekļi ārpakalpojumiem, piemēram, telpu uzkopšanai, ko ārkārtējās situācijas apstākļos bija jāveic biežāk. Tik, cik tas bija iespējams, atlika iekārtu apkopu un verifikāciju, savukārt

tehniskie darbinieki veica apkopi, ievērojot pastiprinātas drošības pasākumus. Dažās slimnīcās mainījās ēdināšanas pakalpojums, piemēram, ēdienu piegādāja tikai līdz iestādes durvīm. Citā slimnīcā piegādātājs vēlējās palielināt ēdināšanas pakalpojuma cenu. Slimnīcas telpās slēdza dažus ērtības pakalpojumus, piemēram, uz kodu aparātu. Tika atcelta iestādes telpu iznomāšana konferencēm.

Attiecībā uz veicamo pasākumu **ietekmi uz iestādes finanšu resursiem**, vadītāji atzīst, ka bija ievērojami papildu izdevumi (*“Izdevumi palielinājās, bet ieņēmumi samazinājās.”* [03.]; *“Uzkrājumi ir izsmelti, tagad jau esam mīnusus.”* [02.]), bet tos lielākoties avansa (1/12 daļa) vai pēcapmaksas veidā sedza NVD (*“Bija jau koeficients no NVD, bet tas jau nav 100%.”* [03.]). Ja daži vadītāji atzīst, ka iestādes izvedumi un ieņēmumi veidoja balansu, tad atsevišķām iestādēm radās ievērojami zaudējumi šādu iemeslu dēļ: bija nepieciešami papildus finanšu līdzekļi darbinieku virsstundu apmaksai, telpu uzkopšanai un veļas mazgāšanai, kas bija jāveic biežāk un lielākā apjomā; pieauga izdevumi par Covid-19 testu transportēšanu uz Rīgu (*“Covid-19 testu transportēšana uz Rīgu un papildus posteņu izveide. Ne visu kompensē NVD finansējums.”* [02.]); izdevumi bija nepieciešami papildus posteņu izveidei iestādē, lai realizētu drošības pasākumus. Slimnīcu finanšu situāciju atslogoja ziedojumi un pašvaldību papildus piešķirtie līdzekļi.

Vienlaicīgi vadītāji atzīst, ka ieņēmumu daļā bija iztrūkums, jo netika izpildītas plānotās pakalpojumu kvotas. Pēc-krīzes periodā iestādes atguva neveikto ambulatoro pakalpojumu apjomus, jo veidojās pārstrādes, bet neveikto stacionāro pakalpojumu apjomus nevarēja nodrošināt.

Pakalpojumu apmaksā NVD kompensācijas mehānismā vadītāji pozitīvi vērtē IAL, Covid-19 testu transportēšanas uz Rīgu apmaksu, daļēji apmaksātās neveiktās plānveida operācijas, Covid-19 piemaksas par paaugstināto darba intensitāti, koeficientu par darbinieku uzturēšanu, kompensāciju par neiegūtajiem pacientu līdzmaksājumiem (*“1/12 daļa un kompensācija par neiegūtajiem pacientu līdzmaksājumiem.”* [07.]; *“NVD operatīvi strādā pie attālināto konsultāciju tarifa.”* [06.]). Vienlaicīgi vadītāji atzīst, ka NVD tarifi pilnībā nesusda nedz attālināto konsultāciju palielināto ilgumu, nedz Covid-19 un citu slimnieku aprūpes izmaksas, jo ārkārtējās situācijas laikā daudzām precēm palielinājās cenas (*“Covid dēļ daudzām precēm ir augstākas cenas, izmaksas un vienu pacientu ir augušas – kas to kompensēs? Par to ir informēts NVD.”* [03.]). NVD piešķir investīcijas slimnīcu telpu pilnveidei Covid-19 dēļ, bet ne to tālākai uzturēšanai, tāpēc slimnīcām ir nepieciešams veidot rezerves un uzkrājumus.

5. tēma. *Infrastruktūra*

Slimnīcas telpu piemērotību ārkārtējās situācijas noteiktajām prasībām vadītāji vērtē kritiski, jo tās pamatā nebija piemērotas pacientu fiziskai distancēšanai un nošķiršanai: vecas ēkas, pārāk šauras telpas, vajadzīga labāka ventilācija, nelīdzenas virsmas, kuras grūti dezinficēt; vajadzīga citāda telpu izbūve, lai varētu nodalīt / nošķirt pacientu plūsmas, nepieciešamas palātas, kurās uzturas neliels pacientu skaits. Situācijas uzlabošanai nepieciešamas negatīvā spiediena palātas, telpu renovācija un pārbūve, jo īpaši infekcijas slimību nodaļās.

Slimnīcas infrastruktūras pārprofilēšana ietvēra telpu atbrīvošanu un pārveidi Covid-19 un preCovid-19 pacientiem (sašaurinot un ierobežojot citu profilu telpas), atsevišķu ēkas stāvu atbrīvošanu tikai Covid-19 pacientiem, nodaļu un karantīnas zonu izveidošanu. Tika norobežoti ceļi slimnieku pārvešanai, izveidoti infekcijas nodaļas izolatori, kā arī boksi reanimācijas nodaļās un boksi bērnu nodaļās.

Informācijas un komunikācijas tehnoloģiju (IKT) nodrošinājums ārstniecības iestādēs ir atšķirīgs, un vadītāji norāda uz nepieciešamību veikt IKT uzlabojumus slimnīcā, atzīstot, ka to uzturēšana ir dārga un ka IKT slimnīcās no valsts viedokļa līdz šim nav bijusi prioritāte. Atsevišķās iestādēs IKT sistēmas bija piemērotas saziņai un darbībai Covid-19 situācijas apstākļos, bet problemātiski bija nodrošināt, piemēram, pacientu pašapkalpošanās reģistrācijas kioska drošu lietošanu. Dažu iestāžu vadītāji uzsver, ka iestāžu iekšējās programmatūras šobrīd vēl tiek veidotas, un akcentē pacientu elektronisko medicīnas vēsturu un dokumentācijas izveides nepieciešamību. Nereti slimnīcām IKT infrastruktūru (datorus, kameras) nodrošina ziedotāji.

6. tēma. *Komunikācija ar VM un profesionālajām asociācijām*

Ārkārtējās situācijas sākumā ***informācijas apriti ar VM un VM padotības iestādēm*** vadītāji vērtē kā vāji organizētu, jo ir trūkusi skaidrība, kurš un par ko atbild, informē un pārvalda. Saņemtā informācija mēdza dublēties un pārklāties, trūka komunikācijas koordinācijas, dažkārt vēstījumi bija saturiski neskaidri, piemēram, kas ir kontaktpersona un kas ir kontakts. Palīdzēja epidemiologu un infektologu sniegtā informācija un konsultācijas. Reizēm informācijas nodošana slimnīcu vadībai notika novēloti; pat vēlāk par informācijas nonākšanu masu medijos – “*nav labi, ja delfi.lv ir ātrāk informēti nekā slimnīcas vadītājs*” [03.]. Iestāžu vadītāji atzīst, ka vairākas valsts iestādes pieprasīja no slimnīcām informāciju / atskaites atkārtoti un lielos apjomos par dažādām pozīcijām (par gultām; par IAL izlietojumu u. c.), kas radīja papildus administratīvo slogu slimnīcām. Šo situāciju vadītāji raksturo ar

vārdiem: “Notika pārcešanās no VM un NVD puses, un lieku datu un pārāk detalizētas informācijas pieprasīšana.” [01.]; “Trīs dažādi pārvaldītāji, trīs dažādas informācijas varēja pieprasīt.” [04.]). Bieži informācija bija jāgatavo manuāli, jo slimnīcai “nebija nekādas programmatūras” [04.]. Apgrūtināta un traucējoša bija informācijas pieprasīšana steidzamības kārtā. Būtu vēlams vispirms ar konkrētiem noteikumiem noteikt, kādu informāciju ir nepieciešams sagatavot.

Vadītāji atzīst, ka sākotnēji Veselības ministrijai nav bijis skaidrs un vienots rīcības plāns, bet gan pieci iespējamie rīcības plāni, līdz ar to iestādes vadībai radās neizpratne par tālāko rīcību (“Sajūta, ka jātiek galā pašiem.” [04.]). Ārkārtējai situācijai turpinoties gan komunikācija, gan informācijas aprīte uzlabojās. Pozitīvi tiek vērtēta informācijas aprīte ar SPKC epidemiologiem. Notika stratēģiskas sēdēs un telefonkonferences ar VM, VI, NMPD, KMC pārstāvjiem. Turpmāk iestāžu vadītāji ierosina Veselības ministriju norīkot vienu atbildīgo un tieši pieejamu kontaktiestādi, kas būtu atbildīga par informācijas aprīti. Informācijas aprīte ar Latvijas ārstu un citām profesionālām organizācijām praktiski nenotika.

7. tēma. Iestādes pieredze un atziņas

Ārstniecības iestāžu vadītāji atzīst, ka krīzes situācija gan mobilizēja, gan uzlaboja savstarpējo komunikāciju, gan arī izgaismoja vairākas vājās sistēmiskās lietas:

A. Ieguldījumi. Epidemioloģisko drošības pasākumu realizācijai nepieciešamas investīcijas slimnīcu infrastruktūrā, rezerves fonda uzturēšana, jāstiprina iestāžu IKT tehnoloģiskie risinājumi.

B. Personāls. Jāveicina personāla spēja savstarpēji sadarboties, mobilizēties, komunicēt un kopīgi rast labāko risinājumu. Vairāk preventīvi jā rūpējas par darbinieku drošību un veselības stāvokli, nepieciešams atbalsts saslimušajiem darbiniekiem, kā arī slodžu pārskatīšana un psihoemocionālais atbalsts izdegšanas mazināšanai. Jāstimulē personāla IAL lietošana kā paliekošs drošības pasākums, jāuzlabo darbinieku IT lietošanas paradumi un prasmes.

C. Pakalpojumi. Vairāki vadītāji kritiski vērtē lēmumu pilnībā apturēt plānveida pakalpojumus, jo ārsti bija gatavi turpināt strādāt, bet aizliegums strādāt radīja personālā “iekšējo protestu” [04.]. Nepieciešams attīstīt telemedicīnas pakalpojumus un attālinātās konsultācijas.

3.2.2. Secinājumi un rekomendācijas

- ✓ Nepieciešami uzlabojumi, precizējumi un papildinājumi valsts krīzes un katastrofu pārvaldības plānā, nosakot skaidrus iesaistīto iestāžu uzdevumus, lomu un sadarbību krīzes vadībā, neatstājot to katras iestādes improvizētā un dažādi izprastā krīzes pārvaldības rīcībā.
- ✓ Nepieciešamas valsts investīcijas slimnīcu infrastruktūras modernizācijā, kas vajadzības gadījumā ļautu nošķirt pacientu plūsmas un pielāgot telpas individuālām palātām, kā arī nodrošināt personāla drošību un slimības specifikai nepieciešamo aprīkojumu. VM kopā ar slimnīcām ir jāapzina rezerves fonda apmēri un jārisina to iegāde un uzturēšana.
- ✓ Nepieciešami ieguldījumi slimnīcu procesu visaptverošas kvalitātes, tajā skaitā, pacientu un personāla drošības pasākumu ieviešanā, izveidojot procesus akūto un plānveida pacientu plūsmu nošķiršanai ikdienā, kas atvieglotu iestāžu rīcību ar infekciju slimībām saistītu krīžu apstākļos.
- ✓ Nepieciešami ieguldījumi personāla veselības stāvokļa, tajā skaitā psihoemocionālā stāvokļa novērtēšanā un uzturēšanā, piemēram, psiholoģiskā atbalsta pieejamība palielinātas slodzes apstākļos.
- ✓ Lai uzlabotu slimnīcas darbību raksturojošo statistikas datu ieguvi un apmaiņu ar centrālajām informācijas sistēmām, slimnīcās nepieciešams stiprināt gan IKT resursus, gan atbalsta personālu. Tas ļautu operatīvi veikt situācijas analīzi un pieņemt uz pierādījumiem balstītus stratēģiskus un ātras reaģēšanas lēmumus krīzes situācijās.
- ✓ VM sadarbībā ar profesionālām speciālistu asociācijām ir jāizstrādā vai jāaktualizē krīzes situācijai piemērotas vadlīnijas pacientu ar noteiktām slimībām prioritizēšanai stacionārai diagnostikai un ārstēšanai, detalizēti aprakstot stacionēšanas indikācijas un kritērijus.
- ✓ Jāturpina un jāattīsta e-veselības attālinātie pakalpojumi (interaktīvās konsultācijas pie ārsta: telefonkonsultācijas, videokonsultācijas, saziņa e-pastā u. c.). Tas saglabātu pacientiem iespēju ērti un savlaicīgi konsultēties ar ārstu, kas ir īpaši svarīgi lauku teritorijās dzīvojošiem pacientiem, kā arī pacientiem ar hroniskām slimībām. Nepieciešams veidot attiecīgo pakalpojumu aprakstus, noteikt pacientu mērķa grupas, attālināto konsultāciju piemērošanas nosacījumus un atbilstošus tarifus. Jāuzlabo tehniskais risinājums, lai šādas konsultācijas ne tikai nodrošinātu un saņemtu, bet arī uzskaitītu. Nepieciešams veikt veselības aprūpē iesaistīto studentu un speciālistu apmācību attālinātu konsultāciju sniegšanā.

- ✓ Lai izvairītos no pretrunīgas un novēlotas informācijas, jāuzlabo komunikācija starp VM un slimnīcām lēmumu pieņemšanas un izpildes procesā. Komunikācijai nepieciešams norīkot vienu, tieši pieejamu kontaktiestādi, kas būtu atbildīga par aktuālās informācijas apriti un konsultāciju sniegšanu neskaidros gadījumos.

3.3. Intervijas ar ārstiem-speciālistiem

Lai atklātu, kā Covid-19 pandēmijas izraisītā ārkārtējā situācija ir ietekmējusi ārstu-speciālistu darbību, pētījuma ietvaros tika intervēti piecpadsmit ārsti-speciālisti (kardiologi, internisti, endokrinologi, onkologi, pneimonologi). Datu tematiskās analīzes rezultātā iegūtās sešas tēmas reprezentē ārstu-speciālistu pieredzi par prakses darba organizāciju un pakalpojumu sniegšanu Covid-19 pandēmijas izraisītās pirmās ārkārtējās situācijas laikā Latvijā.

3.3.1. Rezultāti

1. tēma. Ārsta-speciālista darba organizācijas specifika ārkārtējās situācijas apstākļos

Ārstiem-speciālistiem savā praksē nācās saskarties ar dažādām izmaiņām, sākoties ārkārtējai situācijai. Lai arī intervijās iegūtā informācija par speciālistu pieredzi, organizējot savas prakses darbu, ir dažāda, tomēr vienojošais apstāklis ir Veselības ministra rīkojums Nr. 59³ uz laiku ierobežot vairāku ambulatoro un plānveida pakalpojumu sniegšanu, pieļaujot klātienē pakalpojumu sniegšanu tikai atsevišķos gadījumos. Tas nozīmē, ka daudziem ārstiem-speciālistiem pacientu pieņemšana klātienē tika atcelta vai ierobežota, būtiski mainot ārstu prakses ikdienu (*“Galvenās izmaiņas bija saistītas ar rīkojumu pārtraukt pacientu pieņemšanu.”* [10.]; *“Pirmās nedēļas pacientu poliklīnikā nebija vispār. Darbs apstājās simtprocentīgi.”* [02.]; *“Tā kā ambulatoros pakalpojumus apturēja uz mēnesi, tad nekas nenotika.”* [09.]).

Apkopojot aktuālākās izmaiņas, ar kādām nācās saskarties ārstiem-speciālistiem prakses darba organizēšanā, var identificēt vairākus aspektus:

A. Ārsta-speciālista darba apjoma izmaiņas. Intervijās iegūto informāciju par ārsta-speciālista noslodzi var klasificēt trīs kategorijās:

³ Veselības ministra rīkojums Nr. 59 (2020. gada 25. martā) Par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas ierobežošanu ārkārtējās situācijas laikā. Izdots saskaņā ar Ministru kabineta 2020. gada 12. marta rīkojuma Nr. 103 "Par ārkārtējās situācijas izsludināšanu". Zaudējis spēku: 10.06.2020.

1. Darba apjoms samazinājās, jo pacientu pieņemšana klātienē tika pārtraukta vai būtiski ierobežota (*“Sāpumā darba bija maz. Nācām uz darbu, bet pacientu jau nebija.”* [03.]).
2. Darba apjoms pieauga. Vairāki ārsti atzīst, ka attālinātās konsultācijas (visbiežāk – telefonkonsultācijas) mēdza būt ilgākas par klātienē, kā arī ārstam tās vēl bija jādokumentē. Daži ārsti norāda, ka līdz ar attālināto pakalpojumu sniegšanu pieauga arī administratīvo darbu apjoms. Savukārt citi ārsti nenovēroja administratīvā darba pieaugumu.
3. Darba apjoms nemainījās, taču mainījās darba saturs (klātienē konsultācijas tiek aizvietotas ar attālinātām konsultācijām).
4. Darba apjoms bija mainīgs: ja ārkārtējās situācijas sākumā bija vērojams mazāks darba apjoms, tad pēc ārkārtējās situācijas beigām tas strauji pieauga.

Jautājot, kā šī situācija ietekmēja ārsta ienākumus, dominēja trīs atbildes: **1.** Ienākumi samazinājās. **2.** Tika saņemts dīkstāves pabalsts vai izmantots ikgadējais atvaļinājums, tāpēc ienākumi nemainījās. **3.** Ienākumi nesamazinājās.

B. Pacientu pierakstu atcelšana, pārceļšana un pārplānošana. Ārkārtējās situācijas laikā ārsta-speciālista praksē ātri un radikāli nācās veikt pacientu pierakstu pārplānošanu. Dažās praksēs, īpaši – nelielās praksēs, pacientu pierakstu loģistiku organizēja pats speciālists (*“Pacientiem par atceltām vizītēm zvanījām mēs paši. Mums nav tāda zvanu centra. Zvanu es vai māsiņa.”* [03.]), savukārt citās praksēs (parasti – lielāka apjoma ārstniecības iestādēs) to veica reģistratūras darbinieki.

C. Attālināto konsultāciju uzsākšana un realizēšana. Attālinātās konsultācijas kā alternatīvu konsultācijas veidu uzsāka un realizēja lielākā daļa intervēto ārstu-speciālistu. Ārstu pieredze par attālinātām konsultācijām ir dažāda:

1. Attālinātās konsultācijas ir sarežģītākas, tās prasa no ārsta lielāku piepūli un parasti ir ilgākas, salīdzinot ar klātienē vizītēm (*“Ļoti bieži telefonkonsultācija, kas bija paredzēta 20 minūtes, bija stundu un ilgāk.”* [06.]). Tas ir saistīts ar vairākiem apstākļiem: 1) ārstam ir jāgatavojas konsultācijai, iepriekš izskatot izmeklējumus (*“Tas prasa ilgāku laiku tīri sagatavošanā. Ir vajadzīgi visi izmeklējumi, lai konsultācijas laikā varētu pievērsties pacientam.”* [01.]); 2) pacienti interesējas ne tikai par savu hronisko slimību, bet arī par Covid-19 (*“Daudzi pacienti šausmīgi gribēja runāt. Ļoti liela daļa laika profesionālās konsultācijas aizņēma pacientu uzklauššana par Covid-19.”* [07.]); 3) ne visi pacienti ir sagatavojušies konsultācijai, daži nespēj raiti izstāstīt savu problēmu un / vai nosaukt analīžu rezultātus, tas savukārt ārstam apgrūtina nepieciešamās informācijas iegūšanu; 4) ne vienmēr ārstam ir pieejami pacientam veiktie izmeklējumi; 5) pēc konsultācijas tā vēl ir jādokumentē, jāgatavo slēdzieni u. tml.

2. Sekmīgai attālināto konsultāciju realizēšanai ir nepieciešams labs tehniskais aprīkojums (tālrunis, dators ar kameru, tiešsaistes tīkla lietotne WhatsApp, telesakaru lietojumprogramma Skype, tiešsaistes platforma Zoom u. c.) un digitālās prasmes kā ārstiem, tā pacientiem.

3. Ārstam, strādājot attālināti, nav iespējams veikt pacienta fizisku izmeklēšanu (*“Tu pacientu neredzi un nespēj izvērtēt objektīvi”* [06.]); ārsti uzskata, ka attālināti var konsultēt jau zināmu pacientu, bet ne jaunu pacientu pirmajā konsultācijā.

4. Sākotnēji ārstiem bija neskaidrības un neapmierinātība ar telefonkonsultāciju tarifa izcenojumu no NVD puses (laika gaitā šī problēma tika risināta).

D. Ģimenes ārstu attālināta konsultēšana. Vairāki intervētie ārsti-speciālisti ziņo, ka ārkārtējās situācijas laikā viņiem biežāk nācās konsultēt ģimenes ārstus par hronisko pacientu veselības stāvokli. Konsultācijas mēdza būt ilgas un sarežģītas. Viens ārsts norāda, ka par šīm konsultācijām nav saņēmis samaksu (*“Konsultācijas bija ļoti sarežģītas, aizņēma ilga laiku un par tām pilnīgi neko nemaksāja. [...] Tā bija labdarība Covid laikā.”* [02.]).

Saziņa ar citiem kolēģiem šajā laikā daudziem ārstiem-speciālistiem notika savādāk nekā ierasts. Daudz tika izmantoti attālinātās saziņas līdzekļi, savukārt tiešais kontakts tika maksimāli ierobežots.

2. tēma. Ārsta-speciālista pieejamība pacientiem: dažādās iespējas

Ārstu-speciālistu atbildes uz jautājumiem par viņu pakalpojumu pieejamību pacientiem lielā mērā ietekmē specializācija (kardioloģija, pneimonoloģija, onkoloģija u. c.), kā arī VM ministrijas izdotais rīkojums Nr. 59 par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas ierobežošanu ārkārtējās situācijas laikā. Intervēto speciālistu ieskatā, galvenās iespējas saņemt viņu – ārstu-speciālistu – pakalpojumus pacientiem bija četras.

A. Klātienēs ambulatorās pieņemšanas, piemēram, tuberkulozes pacientiem; pasliktinoties pacienta hroniskās slimības gaitai; grūtniecēm un akūtiem pirmreizējiem pacientiem cukura diabēta gadījumā, kas pieprasa pacienta apmācību; sarežģītās klīniskās situācijās, kad nepieciešama pacienta fiziska izmeklēšana u. tml. Onkoloģijas jomā klātienēs pieņemšanas tika nodrošinātas pacientiem ar aizdomām par slimību (*“Zaļais koridors”*), kā arī pacientiem, kuriem ir jāuzsāk vai jāturpina saņemt sistemātisko ārstēšanu. Plānveida un maksas ambulatorās konsultācijas onkoloģijā uz laiku bija samazinātas, taču tās centās aizvietot ar attālinātajām konsultācijām.

B. Attālinātās konsultācijas. Lielākoties ārsti-speciālisti vērtē attālinātās konsultācijas kā adekvātu alternatīvu klātienēs konsultācijām, tomēr iesaka apzināties iespējamus riskus un izvērtēt, vai konkrētā pacienta situācijā attālinātā konsultācija ir drošs risinājums. Piemēram,

problēmas var rasties pacientiem ar kognitīvajiem traucējumiem; ar ierobežotu piekļuvi tehnoloģijām un prasmēm tās lietot; pacientiem strauju veselības stāvokļu izmaiņu gadījumos; akūtos gadījumos; klīniski sarežģītās un neskaidrās situācijās; pirmreizējiem pacientiem un pacientiem ar tikko uzstādītu diagnozi; pacientiem terapijas maiņas gadījumā u. c. situācijās. Daži ārsti bija kritiskāk noskaņoti, uzskatot, ka klātienē pacienta un ārsta komunikācija ir obligāta un ka *“attālinātā konsultācija nevar pilnībā nodrošināt tādu pašu kvalitāti kā klātienē konsultācija.”* [05.].

C. Neatliekamā medicīniskā palīdzība. Pacienta veselības stāvoklim pasliktinoties, ārsts-speciālists un / vai ģimenes ārsts ieteica pacientam izmantot neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumus.

D. Stacionārā veselības aprūpe pacientiem, kuru veselības stāvoklis pieprasīja atrašanos ārsta uzraudzībā un / vai bija jānodrošina tikai stacionārā pieejamais pakalpojums, piemēram, nieru dialīze.

Vērtējot veselības aprūpes pakalpojumu ierobežojumus, ārsti-speciālisti izdara vairākus secinājumus un pieņēmumus: 1) pacientiem bija problēmas veikt izmeklējumus, piemēram, skrīningu, kas, savukārt, ietekmēja diagnozes uzstādīšanas laiku, īpaši onkoloģijā; 2) ārkārtējās situācijas laikā atliktie veselības aprūpes pakalpojumi radīja lielu pacientu pieplūdumu un pārslodzi ārstiem vasaras un rudens periodā; 3) ierobežotā veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība jau ir radījusi (*“Pēc tam parādījās atsevišķi pacienti, kas bija ielaiduši slimību dēļ tā, ka tajā brīdī netika pie ārsta.”* [02.]) vai būs radījusi kaitējumu pacientu veselībai, piemēram, onkoloģijā (*“Tās sekas droši vien mēs varēsim redzēt gada beigās vai nākošā gada sākumā.”* [01.]); 4) ārsta-speciālista sniegtajām attālinātajām konsultācijām citiem ārstiem (piemēram, ģimenes ārstiem) ir jābūt adekvāti apmaksātām no NVD puses.

3. tēma. Pacientu un ārstu veselības drošība kā prioritāte

Lai nodrošinātu gan ārstu, gan pacientu drošību ārstniecības iestādēs, tika organizēti vairāki drošības pasākumi.

A. Individuālie aizsardzības līdzekļi (maskas, cimdi, respiratori, halāti). Sākoties ārkārtējai situācijai, vairākās ārstu-speciālistu praksēs bija vērojams IAL trūkums, taču aptuveni divu nedēļu laikā visi nepieciešamie līdzekļi kļuva pieejami. Pareiza IAL lietošana bija un joprojām ir problēma gan ārstu, gan pacientu vidū, tāpēc ir nepieciešama regulāra un speciāla apmācība (piemēram, ārstiem ir jāpārzina IAL lietošanas algoritmi dažādās situācijās), informēšana un uzraudzība – kā darbinieku (*“Stingrāk ir jāskatās uz pašu personālu, ka viņi*

tās maskas tiešām lieto. [...] Zem mutes, zem deguna, kas nozīmē, ka formāli maska ir, bet faktiski tās nav.” [01.]), tā pacientu.

B. Prakses telpu pielāgošana (2m distances ievērošanas norādes; lielāks attālums starp krēsliem uzgaidāmajā telpā; lielāks attālums starp ārstu un pacientu kabinetā; biežāka telpu vēdināšana un dezinfekcija; prakses telpās izvietota informācija pacientiem).

C. Pacientu plūsmas organizēšana (pacienti uz konsultāciju pie ārsta ierodas bez pavadošām personām; tiek plānoti ilgāki pārtraukumi starp pacientu pieņemšanas laikiem; maksimāli ierobežots pacientu skaits uzgaidāmajā telpā; pacientiem ir jāaizpilda informācija par sevi (anketu) speciāli izveidotā “*pacientu iekšā laišanas postenī*” [03.]; ierobežotas pacientu iespējas brīvi iekļūt prakses telpās, piemēram, aizslēdzot prakses ārdurvis un ierīkojot zvana pogu).

4. tēma. Ārstiem-speciālistiem pieejamais sociālais, informatīvais un tehnoloģiskais atbalsts

Dažāda veida atbalstu ārstiem-speciālistiem nodrošināja vairāki atbalsta sniedzēji.

A. Iestādes vadība. Saņemtais atbalsts izpaudās kā krīzes pārvaldīšana iestādē, neskaidro jautājumu risināšana, aktuālās informācijas nodošana, reģistratūras darbinieku palīdzība, veicot pacientu pārreģistrāciju. Vairāki ārsti norādīja, ka iestādei, kurā viņi strādā, ir nepieciešams labāks tehnoloģiskais nodrošinājums, lai kvalitatīvi varētu realizēt pacientu attālināto konsultēšanu.

B. Profesionālās asociācijas. Ārstiem-speciālistiem ir ļoti dažāda pieredze par profesionālo asociāciju sniegto atbalstu ārkārtējās situācijas laikā, sākot no laba informatīva, profesionāla un psiholoģiska atbalsta, līdz secinājumam par “*nekādu*” [14.] atbalstu. Vairāki ārsti norāda, ka ir saņēmuši atbalstu no starptautiskajām profesionālām asociācijām, piemēram, informācijas materiālus, iespēju piedalīties vebināros, apmeklēt attālinātās konferences.

C. Kolēģi. Vairāki ārsti nosauc savus kolēģus kā labu atbalsta saņemšanas resursu. Emocionālais atbalsts, informatīvais atbalsts, dalīšanās ar profesionālajiem viedokļiem – tie ir biežāk minētie atbalsta veidi no kolēģiem. Ja vairāki ārsti-speciālisti uzskata, ka savstarpējās attiecības ar kolēģiem ārkārtējās situācijas apstākļos uzlabojās (saliedētība, solidaritāte, izpalīdzība), tad citi pauž viedokli, ka tiešās komunikācijas aizliegums, izolēšanās un distancēšanās negatīvi ietekmēja kolēģu savstarpējās attiecības.

D. Vērtējot e-veselību kā tehnoloģisko risinājumu, ārsti norāda, ka e-veselības darbība ārkārtējās situācijas laikā būtiski neatšķīrās no ikdienas: e-veselība labi der pamatfunkcijām (piemēram, recepšu un slimības lapu izrakstīšanai), bet ārstam tajā nav iespējams redzēt visus pacientam veiktos izmeklējumus. Ārsti secina, ka e-veselības sistēma nav spējīga funkcionēt

atbilstoši mūsdienu prasībām (*“Tas ir tā, ka no kalkulatora prasa iphone funkcijas.”* [15.]). Ārsti norādīja, ka pietrūkst vienotas e-veselības sistēmas, kurā vienkopus būtu pieejams *“viss par pacientu”* [06.].

Tehnoloģiskais atbalsts, ar to domājot kvalitatīvu IKT infrastruktūru, bieži vien nebija pietiekams sekmīgai attālināto konsultāciju veikšanai, jo ārstiem darbā trūka kvalitatīvas datortehnikas un atbilstoša aprīkojuma (web kamera, mikrofons u. c.).

Ārstu-speciālistu viedokļus par viņiem pieejamo informatīvo atbalstu var klasificēt vairākās kategorijās.

A. Liels informācijas apjoms, kas ārstam ir jāizlasa gan par epidemioloģiskās drošības noteikumiem, gan par ārsta rīcības algoritmiem, gan Covid-19 klīniku (*“Tā informācija nāca, un vēl tagad nāk no visām pusēm.”* [10.]).

B. Mainīga un reizēm pretrunīga informācija. Ārsti atzīst, ka viņiem reizēm nācās apjukt dēļ tā, ka informācija par rīcības algoritmiem strauji mainījās (*“Vienu dienu ir viens, nākamo kaut kas cits.”* [13.]). Tāpēc būtu vēlama vienotāka, īsāka, konspektīvāka informācija.

C. Informācijas trūkums (par Covid-19 slimību un tās ietekmi uz hronisko pacientu veselību; par ārstēšanas iespējām, komplikācijām u. tml.). Ārstiem-speciālistiem pietrūka precīzu vadlīniju hronisko pacientu aprūpei Covid-19 laikā, jo no valsts iestādēm saņemtā informācija nebija pielāgota specifisku hronisku slimību pacientiem un viņu aprūpes vajadzībām (*“Dažos gadījumos mums bija neskaidrības, piemēram, par spirogrāfiju, kad varam un kad nevaram taisīt. Paši te kaut kā “peldējām”.”* [03.]; *“Tās specifiskās lietas, kas ir katrai nodaļai, katrai pacientu grupai, tās nācās izdomāt pašiem uz vietas.”* [13.]). Ārsti norāda, ka, izstrādājot šādas vadlīnijas, ir jāpēta un jāizmanto starptautiskā pieredze.

Ārstu-speciālistu biežāk minētie informācijas ieguves avoti par Covid-19 bija: plašsaziņas līdzekļi (drukātie, elektroniskie); valsts iestādes (VM, SPKC, NVD); profesionālās asociācijas; iestādes mājaslapa un regulāra jaunākā informācija darbinieku e-pastos; iestādes vadība; infektoloģijas un epidemioloģijas jomas speciālisti; starptautiskās profesionālās asociācijas; pētījumu datu bāzes; savstarpējā saziņa kolēģu vidū; personīgie kontakti.

5. tēma. Ārsta-speciālista iespējas sabiedrības veselības uzlabošanā Covid-19 kontekstā

Ārsti-speciālisti savas iespējas uzlabot sabiedrības veselību saskata trijos veidos.

A. Vide – rūpēties par epidemioloģisko drošību savās praksēs.

B. Pacienti un viņu veselībpratības veicināšana – izglītojot un informējot pacientus gan par vēlamo uzvedību Covid-19 laikā konkrētās hroniskās slimības kontekstā, gan par veselīgu dzīvesveidu kopumā. Ārsti-speciālisti novēro, ka ārkārtējā situācija radīja nepieciešamību

pacientiem kļūt patstāvīgākiem, atbildīgākiem un aktīvāk iesaistīties savas veselības aprūpē.

C. Citu ārstu izglītošana. Vairāki intervētie speciālisti pauž nožēlu par kolēģiem, kuriem ir nihilistiska attieksme pret Covid-19 un kuri izplata neuzticamu informāciju, tāpēc būtu nepieciešama šādu kolēģu izglītošana.

Taujāti, kādas dzīvesveida izmaiņas ārsti-speciālisti ir novērojuši savu pacientu vidū Covid-19 laikā, ārstu viedokļi ir pretrunīgi, minot gan pozitīvas tendences (regulārāks un veselīgāks uzturs, vairāk pavada laiku svaigā gaisā, palielinājusies fiziskā aktivitāte, uzlabojušies higiēnas paradumi), gan negatīvas iezīmes (nomākts pacientu emocionālais stāvoklis; mazkustība; palielināts uztura patēriņš; pašrocīga medikamentu lietošanas pārtraukšana).

6. tēma. *Atziņas par ārsta-speciālista prakses darba organizāciju ārkārtējā situācijā*

Ārsti-speciālisti norāda uz vairākiem uzlabojumiem, kas nepieciešami, lai labāk pielāgotos šāda veida situācijām: 1) ārkārtējās situācijas ietekmē strauji pieaug tehnoloģiju lietošana ārsta-pacienta saziņā, tāpēc ārstiem ir nepieciešams labāks tehnoloģiskais nodrošinājums, lai kvalitatīvi varētu realizēt saziņu un attālinātās konsultācijas; 2) nepieciešams uzlabot un stiprināt e-veselības darbību, lai ārsts varētu redzēt pacientam veiktos izmeklējumus vienkopus un lai nenotiktu pacientu izmeklējumu sūtīšana un pārsūtīšana dažādās tiešsaistes tīkla lietotnēs, kas aktualizē pacientu datu drošības problēmu; 3) nepieciešama adekvāta attālināto konsultāciju apmaksa no NVD puses; 4) jādomā par speciālu attālināto konsultāciju programmu, kā arī attālināto konsultāciju centru izveidi, īpaši reģionos; 5) nepieciešama konkrētu vadlīniju izstrāde ārstiem-speciālistiem par pacientu konsultēšanu attālinātā formātā.

Pozitīvs ieguvums ir attālinātās konferences un vebināri, kā arī dinamiskā reformu norise ārstniecības iestādēs.

3.3.2. Secinājumi un rekomendācijas

- ✓ Jāizstrādā krīzes komunikācijas plāns informācijas apmaiņai un sadarbībai ar ārstiem-speciālistiem un citām iesaistītajām pusēm, nodrošinot informācijas savlaicīgumu un novēršot informācijas dublēšanos.
- ✓ Veselības ministrijai sadarbībā ar ārstu-speciālistu profesionālajām asociācijām, ņemot vērā citu valstu pieredzi un starptautisko profesionālo organizāciju ieteikumus, ir jāizstrādā vadlīnijas ar noteiktām hroniskām slimībām slimojošu pacientu aprūpei epidēmijas

apstākļos. Jāpapildina pakalpojumu sniegšanas algoritmi, pakalpojumu uzskaites un apmaksas kārtība epidēmijas un citu krīžu izraisīto ierobežojumu laikā.

- ✓ Veselības ministrijai sadarbībā ar NVD un ārstu-speciālistu profesionālajām asociācijām ir jāizstrādā pakalpojuma “ārsta-speciālista attālinātās konsultācijas” aprakstu un algoritmu, piemēram, nosakot, kādos pacientu aprūpes gadījumos attālināto konsultāciju pielieto / nepielieto, definējot pakalpojuma kvalitātes kritērijus, pielietošanas nosacījumus, uzskaiti, atskaiti un apmaksas apjomu.
- ✓ Profesionālajām asociācijām, sadarbojoties ar augstskolām, ir jāplāno un jāveic ārstu apmācību attālināto konsultāciju veikšanā, kā arī jāveic ārstu-speciālistu apmācība mūsdienīgu attālināto rīku izmantošanā pacientu konsultēšanā un aprūpē.
- ✓ Krīzes situācijās nepieciešama savlaicīga, regulāra un problēmspecifiska ārstniecības personu apmācība, piemēram, Covid-19 gadījumā ārstiem ir jāpārzina IAL lietošanas algoritmi dažādās situācijās.
- ✓ Valstī jāveicina un jāturpina integrētu telemedicīnas risinājumu ieviešana, kas nodrošinās labāku hronisko slimību pārvaldību. VM sadarbībā ar profesionālajām asociācijām un pacientu organizācijām ir jāizvērtē citu valstu pieredze dažādu rīku ieviešanā hronisko slimnieku uzraudzībā. Tāpat nepieciešams attīstīt e-veselības pakalpojumu izveidi sabiedrības veselības nodrošināšanai, veselīga dzīvesveida un iedzīvotāju līdzdalības veicināšanai savas veselības aprūpē un slimību kontrolē. Lai sekmētu integrētu telemedicīnas risinājumu ieviešanu slimnīcās, ambulatorajos centros un ārstu praksēs ir nepieciešama valsts atbalsta programma informācijas tehnoloģiju risinājumiem.
- ✓ Jāpaātrina elektroniskās veselības kartes ieviešana, kas nodrošinās personas veselības ierakstu un izmeklējumu apmaiņu un pieejamību visām ārstniecības procesā iesaistītām iestādēm un speciālistiem koplietošanas režīmā, ievērojot pacientu personas datu drošību. Tas veicinās gan informācijas pieejamību veselības aprūpes procesos, veselības aprūpes izmaksu efektivitāti, datu apstrādi un analīzi statistikai un pētniecībai.

3.4. Intervijas ar ģimenes ārstiem

Lai noskaidrotu, kā Covid-19 pandēmijas izraisītā ārkārtējā situācija ir ietekmējusi ģimenes ārstu prakses darbu, pētījuma ietvaros tika intervēti deviņpadsmit ģimenes ārsti, kuri pārstāvēja dažādas vecuma, darba stāža, prakses struktūras un prakses reģionālās atrašanās vietu grupas. Datu tematiskās analīzes rezultātā iegūtās sešas tēmas reprezentē ģimenes ārstu pieredzi par prakses darba organizāciju un pakalpojumu sniegšanu Covid-19 izraisītās ārkārtējās situācijas apstākļos.

3.4.1. Rezultāti

1. tēma. Ģimenes ārsta prakses darba organizācijas pielāgošana

Intervētie ģimenes ārsti atzīst, ka izmaiņas, kas bija jāievieš prakses organizācijā ārkārtējās situācijas dēļ, bija ļoti straujas un negaidītas (*“Tā vienkārši. Bija jāpārplāno nākamās dienas darbs.”* [11.]). Ģimenes ārstiem nebija dots sagatavošanās laiks, un sākotnēji trūka arī informācijas par tālākām veicamām rīcībām. Ģimenes ārstu vidū pastāvēja dažādi viedokļi par prakšu darba tālāko organizēšanu. Vairākiem ģimenes ārstiem ārkārtējās situācijas sākums šķita haotisks un trauksmains (*“Es vispār nezināju, ko darīt, kā strādāt, jo informācija sākumā bija vien medijos.”* [07.]), kamēr citi reaģēja mierīgāk (*“Nebija ne panikas, ne šausmas. Esmu pietiekami pieredzējusi. Mani tā vienkārši nekas nevar pārsteigt.”* [10.]).

Ģimenes ārsti uzskaita būtiskākās izmaiņas, kuras viņi veica savas prakses darba organizācijā, sākoties ārkārtējai situācijai:

A. Pacientu plūsmas pārplānošana. Praksē tika ieviesta stingra iekšējā kārtība pacientu pierakstam un pacientu klātienes pieņemšanām. Visās ģimenes ārstu praksēs pacienti klātienē ieradās tikai ar telefoniski iepriekš apstiprinātu pierakstu un nāca uz konkrētu konsultācijas laiku, lai izvairītos no pacientu drūzmēšanās prakses telpās (*“Pacientu ierašanās praksē mums notika vienīgi un tikai pēc iepriekšēja pieraksta noteiktā laikā.”* [15.]). Starp pacientu pieņemšanām ieviesa garākus starplaikus, lai darbinieki varētu veikt telpu vēdināšanu un dezinfekciju pēc katra pacienta. Vairākās ģimenes ārstu praksēs pacienti drīkstēja ienākt ārsta kabinetā tikai pēc uzaicinājuma, savukārt pacientu plūsmu praksē uzraudzīja medmāsa vai ārsta palīgs.

B. Prakses telpu pielāgošana. Šis aspekts ir cieši saistīts ar ģimenes ārstam pieejamo telpu kopējo infrastruktūru. Ja telpas bija iespējams modificēt, tad ārsti pārplānoja pacientu uzgaidāmo telpu, palielināja attālumu starp krēsliem, iekārtoja atsevišķu kabinetu bērnu

pieņemšanām, uzstādīja aizsargstiklu, uzlaboja ventilāciju. Vairākās praksēs telpas nebija iespējams modificēt, jo tās ir šauras un nelielas. Dažās praksēs ieviesa slēgto durvju principu, respektīvi, prakses ārdurvis bija slēgtas, bet pacientiem pie durvīm bija pieejams zvans, lai informētu prakses darbinieku par savu ierašanos. Šāds princips palīdzēja novērst to, ka praksē neplānoti var ienākt sveši cilvēki, palielinot infekcijas izplatības risku.

C. Komunikācijas kanāli un saziņas līdzekļi. Gan saziņā ar kolēģiem, gan pacientiem prioritāro vietu strauji ieņēma attālinātā komunikācija un tādi saziņas līdzekļi kā telefons, Skype, WhatsApp, e-pasts, retākos gadījumos – Facebook (Messenger).

D. Prakses darbinieku darba attiecību izmaiņas (karantīna, DNL, darba uzteikums). Vairumā prakšu nekādas būtiskas darbinieku darba attiecību izmaiņas nenotika. Vairākās praksēs darbinieki noteiktu laiku atradās karantīnā pēc kontakta ar Covid-19 pacientu. Vienā praksē viena no medmāsām darbu veica tikai attālināti, jo ir riska grupas persona, savukārt citā ģimenes ārsta praksē, mazinoties noslodzei, vienu darbinieku atbrīvoja no darba. Pilnīgi pretēji citās praksēs bija vērojama darbinieku (māsas un ārsta palīga) pārslodze, tāpēc ģimenes ārsti izsaka pieņēmumu, ka viņiem būtu nepieciešami praksē papildu cilvēkresursi.

E. Darba apjoma izmaiņas. Vairums ģimenes ārstu atzīmē darba apjoma pieaugumu vairāku iemeslu dēļ: **1.** Attālinātās konsultācijas, t. i., telefonkonsultācijas, e-pasta ziņas un sazināšanās ar pacientiem WhatsApp bija ilglaicīgākas par klātienes konsultācijām. Diviem lauku ģimenes ārstiem pieauga mājas vizīšu skaits, jo viņu aprūpē ir pacienti ar pārvietošanās traucējumiem; pacienti, kuriem ir problēmas lietot telefonu; pacienti, kuri izjuta bailes nākt uz praksi Covid-19 dēļ (*“Mājas vizītēs tad viņi jutās drošāk.”* [03.]). **2.** Nepieciešams regulāri sazināties ar praksē esošajiem Covid-19 pacientiem un kontaktpersonām, lai uzraudzītu viņu veselības stāvokli. **3.** Ģimenes ārstiem bija jārisina sarežģīti klīniskie gadījumi, jo pacientiem bija ierobežotas iespējas saņemt ārsta-speciālista konsultāciju. **4.** Ģimenes ārstam bija jāizlasa valsts iestāžu sagatavotā apjomīgā informācija par prakses vadību ārkārtējā situācijā. **5.** Palielinājās administratīvais slogs (piemēram, ārstam bija jāveic manipulāciju kodu maiņu; jādokumentē telefonkonsultācijas; izmeklējumi no WhatsApp vietnes jāpārnes datorsistēmā; elektronisko nosūtījumu izrakstīšana mēdza būt ilglaicīga u. tml.).

Tajā pašā laikā ir ģimenes ārsti, kuri nenovēroja būtisku darba pieaugumu ārkārtējās situācijas periodā, norādot, ka arī ikdienā darba apjoms ir liels. Daži ģimenes ārsti atceras, ka pavasarī pacienti ļoti maz slimoja ar t. s. tradicionālajām saaukstēšanās slimībām, tādēļ darba slodze bijusi pat mazāka.

F. IAL iegāde, to lietošana un citu epidemioloģiskās drošības noteikumu stingra ievērošana kļuva par ģimenes ārsta prakses darba organizācijas ikdienu. Lielākā daļa intervēto

ģimenes ārstu norāda, ka 2020. gada martā un aprīļa sākumā bija vērojams IAL trūkums. Tie nebija pietiekamā daudzumā, taču vēlāk – aptuveni aprīļa vidū un beigās – NVD piegādāja nepieciešamos IAL (*“Atveda kastēm, un tagad mums viss ir.”* [01.]). Vairāki ģimenes ārsti atzīmē, ka gan ārstiem, gan jo īpaši pacientiem bija jāpierod pie IAL regulāras un pareizas lietošanas. Regulāra prakses telpu vēdināšana, virsmu dezinfekcija, fiziskās distances ievērošana ir epidemioloģiskās drošības noteikumi, kurus praksē ievieša līdz ar ārkārtējās situācijas sākšanos.

E. E-veselības sistēmas darbību ģimenes ārsti vērtē atšķirīgi. Ja dažiem ārstiem e-veselības sistēma palīdzēja ikdienas darbā (e-receptes, e-nosūtījumi) (*“Tagad sistēma sevi attaisnoja.”* [14.]), tad citi šo tehnoloģisko risinājumu novērtē kritiskāk. Kritika galvenokārt ir par e-veselības lēno un neregulāro darbību (t. i., sistēma strādā ar darbības pārrāvumiem); par e-nosūtījumiem (daži pacienti pieredzēja situācijas, kad citās ārstniecības iestādēs e-sistēma neatpazīna viņu ģimenes ārsta izsniegto e-nosūtījumu); par nespēju e-veselības sistēmā redzēt visus pacientam veiktos izmeklējumus vienkopus (*“E-veselība Latvijā nestrādā. Strādā tikai e-recepte un slimības lapu izrakstīšana.”* [02.]).

2. tēma. Pacientu aprūpe ģimenes ārstu praksēs

Pacientu aprūpe ģimenes ārsta praksē ārkārtējās situācijas laikā notika savādāk nekā ikdienā. Lielākoties ārsti ziņo, ka savus pakalpojumus pacientiem ir nodrošinājuši atbilstoši VM norādījumiem par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ārkārtējās situācijas laikā (*“Saviem pacientiem nodrošināju visu, kā Veselības ministrija bija noteikusi.”* [18.]), taču ģimenes ārstu prakšu iekšējā darbībā bija vērojamas nelielas variācijas.

Aprūpējot pacientus, ģimenes ārsti dominējoši izmantoja attālinātās konsultācijas; arī lēmumu par pacienta konsultēšanu klātienē ģimenes ārsti pieņēma pēc telefonkonsultācijas.

Ģimenes ārsta praksē notika pacientu prioritizēšana. Ģimenes ārsta pakalpojumi pacientiem bija pieejami dažādās situācijās:

A. Aizdomu gadījumos par saslimšanu ar Covid-19 pacients ar ārstu sazinājās telefoniski. Visbiežāk pēc tam pacients tika nosūtīts veikt Covid-19 analīzi. Vairāki ģimenes ārsti norāda, ka viņiem ir bijušas problēmas izvērtēt, kuram pacientam Covid-19 analīze pienākas un kuram nepienākas. Daži ārsti arī ziņo, ka viņu pacienti ir saskārušies ar grūtībām saņemt šo pakalpojumu garo rindu dēļ. Pēc analīzes rezultāta saņemšanas pacients saņēma ārsta norādes par tālāko terapiju. Ja Covid-19 tests bija negatīvs un pacienta stāvoklis ārstam šķita aizdomīgs, tad pacientam tika nozīmēta klātienē konsultācija, *“lai atrādītos”* [01.]. Viens ģimenes ārsts spectērpā bija devies pie Covid-19 pacienta mājas vizītē. Savukārt citi ārsti

norāda, ka šāda spectērpa viņiem praksē nav bijis, tāpēc mājas vizītēs pie Covid-19 pacientiem nav devušies. Ja Covid-19 pacienta stāvoklis pasliktinājās, ģimenes ārsts rekomendēja izmantot neatliekamo medicīnisko palīdzību. Daudzās praksēs ārsts, ārsta palīgs vai māsa katru dienu zvanīja Covid-19 pacientiem un karantīnā esošajiem pacientiem, lai monitorētu viņu veselības stāvokli. Arī šīm telefonkonsultācijām ir jāieplāno laiks prakses darba grafikā.

B. Pacientiem akūtu veselības problēmu gadījumos (ar Covid-19 nesaistīti gadījumi) vispirms bija telefoniski jāsazinās ar praksi, lai ārsts varētu izvērtēt katra pacienta gadījumu individuāli. Ja ārsts nolēma, ka klātienes konsultācija ir nepieciešama, tad pacientam tāda tika nozīmēta. Klātienes akūtās stundas tika atceltas, un tās notika attālināti. Pacientiem ar katarālām pazīmēm vispirms tika nozīmēts Covid-19 tests, un tikai pēc negatīva testa saņemšanas pacients varēja pierakstīties uz klātienes vizīti. Divās praksēs klātienes pacientu pieņemšana akūtos gadījumos pilnībā tika atcelta. Ja pacienta stāvoklis bija nopietns, tad ārsts rekomendēja izmantot neatliekamo medicīnisko palīdzību.

C. Pacientiem ar hroniskām veselības stāvokļa problēmām komunikācija ar ģimenes ārstu lielākoties notika attālināti. Ja pacienta stāvoklis bija stabils, tad viņa ierašanās klātienē nebija nepieciešama. Pacientam vajadzīgos medikamentus ārsti izrakstīja elektroniski, tāpat arī e-nosūtījumus. Ja pacienta hroniskais veselības stāvoklis pasliktinājās vai radīja neskaidrības, ģimenes ārsts nozīmēja klātienes konsultāciju (*“Ja bija problēma, visi tika pieņemti.”* [01.] vai arī devās mājas vizītē (*“Mēs bijām pieejami.”* [08.]). Ja klīniskais gadījums bija sarežģīts, ģimenes ārsts attālināti konsultējās ar ārstu-speciālistu par konkrēto pacientu. Ja pacienta hroniskais veselības stāvoklis būtiski pasliktinājās, ģimenes ārsts norīkoja neatliekamo medicīnisko palīdzību.

D. Profilaktiskie veselības aprūpes pakalpojumi, arī zīdaiņu un grūtnieču aprūpe. Lielākoties visās ģimenes ārstu praksēs tika turpināti gan profilaktiskie pakalpojumi, piemēram, vakcinācija, gan arī notika bērnu un grūtnieču aprūpe. Dažās praksēs profilaktiskos pakalpojumus ārsts nesniedza pirmajās divās ārkārtējās situācijas nedēļās, bet pēc tam tie tika atjaunoti. Savukārt bērnu vecāki bieži izmantoja iespēju ar ģimenes ārstu sazināties lietotnē WhatsApp, sūtot bērna vizuālos materiālus (ādas izmaiņas, vēdera izeja, kustības u. tml.).

Aprūpējot pacientus ārkārtējās situācijas laikā, ģimenes ārsti par vienu no izaicinājumiem min nepieciešamību izlemt, kuru pacientu konsultēt klātienē un kuru attālināti. Jautāti par principiem, kas determinēja ārsta izvēli, biežāk minētie bija šādi: 1) slimības klīniskā gaita; 2) ārsta ilggadējā darba pieredze; 3) ģimenes ārsts labi pazīst savas prakses pacientus; 4) intuitīvi. Viens ārsts atzīst, ka tā ir bijusi *“nepārtraukta dilemma”* [15.] izlemt, vai pacientam pietiek ar attālināto konsultāciju vai tomēr ir nepieciešama klātienes apskate.

Ģimenes ārsti norāda, ka ir nepieciešamas vienotas vadlīnijas, kas nosaka ārsta rīcību un pamato viņa izvēli šādās situācijās.

Novērtējot, vai un kā, ārstuprāt, attālinātās konsultācijas un ierobežotā klātienes konsultāciju pieejamība ir ietekmējusi pacientu veselību, ārstu viedokļi atšķiras: 1) neietekmēja (*“Kvalitāte un rezultāts palika nemainīgs.”* [08.]); 2) ietekmēja, jo ārstam, konsultējot pacientu attālināti, nav iespējams veikt pacienta fizisko izmeklēšanu. Savukārt tas palielina risku *“kaut ko palaist garām vai ielaist”* [piebilde – *ārkārtējās situācijas laikā ārsta praksē bija gadījums, kad pacienta pašziņotā informācija par “pumpu” izrādījās ļaundabīgs audzējs*] [07.].

Vērtējot attālinātās konsultācijas kā veselības aprūpes pakalpojuma veidu, ģimenes ārsti saskata tajā gan vairākas pozitīvas, gan negatīvas nianšes.

Pozitīvās: 1) daudziem pacientiem attālinātais saziņas veids ar ārstu šķiet piemērots un ērts; 2) ir situācijas, kad pacientam pietiek tikai ar attālināto konsultāciju, tas savukārt atslēdz ģimenes ārsta darbu, palielina ārsta pieejamību citiem pacientiem (*“cilvēki pie ārsta nokļuva tikai tad, kad tiešām vajadzēja”* [06.]) un paaugstina ģimenes ārsta prakses efektivitāti; 3) pacienti aktīvāk tiek iesaistīti savas veselības aprūpē, piemēram, paši mēra asinsspiedienu vai nosaka cukura līmeni un ziņo mērījumus ārstam.

Negatīvās: 1) ārstam nav iespējams veikt pacienta fizisku izmeklēšanu, bet pacientam var būt grūti pašam sevi objektīvi novērtēt; 2) ārstam, neredzot pacientu, ir grūtāk izvērtēt, vai un kādi izmeklējumi pacientam ir nepieciešami; 3) ne visi pacienti spēj komunicēt, izmantojot attālinātos saziņas līdzekļus (piemēram, pacientam nav pieejamas atbilstošas tehnoloģijas; pacientam ir problēmas ar redzi, dzirdi vai runu; pacientam ir psiholoģiska nepatika pret attālināto saziņu, bailes zvanīt; kognitīvie traucējumi; nepietiekama veselībpratība; nepietiekama digitālā pratība u. tml.); 4) ārstam ir grūtāk ievākt anamnēzi un / vai trūkst praktisku iemaņu īstenot šādu – attālinātu – konsultāciju (*“Tas ir jādara savādāk. Kad es mācījos, mēs tā netikām mācīti iztaujāt pacientu.”* [11.]); 5) vizuālie attēli, kurus pacients nosūta ārstam, mēdz būt sliktas kvalitātes, un ārstam ir grūti tos adekvāti izvērtēt; 6) bērnu izmeklēšanu ir jāveic viņa vecākiem, sekojot ārsta norādēm, un šādā situācijā svarīga ir vecāku veselībpratība; 7) pacients var pārklusīties vai nesaprast ārsta teiktās norādes par medikamentiem un kļūdīties medikamentu lietošanā; 8) atliekot klātienes vizīti, pacients riskē *“ielaist slimību”* [11.].

Izvērtējot, vai un arī ar kādām veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības problēmām saskārās viņu praksē reģistrētie pacienti, ģimenes ārsti nosauc šādas: 1) atceltie / pārceltie plānveida veselības aprūpes pakalpojumi (izmeklējumi, manipulācijas, ārstu-speciālistu konsultācijas); 2) problēmas ar rentgena pakalpojumu saņemšanu; 3) pacientu

psihoeemocionālais stāvoklis (pārsvarā – bailes), kas atturēja pacientus no savlaicīgas palīdzības meklēšanas un saņemšanas. Pacienti novēroja ar Covid-19 slimību saistītās bailes, kas savukārt rezultējās bailēs iet pie ģimenes ārsta, doties uz slimnīcu, izmantot neatliekamo medicīnisko palīdzību (*“Un tad es jautāju, ja jau tās sūdzības bija no agra pavasara, kāpēc Jūs nenācāt, kāpēc nedevāt nekādu ziņu? Nu, jā, bet bija jau tas kovids, viņi saka, mums bija bail. Bet var taču zvanīt, es būtu meklējusi risinājumu un darījusi visu iespējamo, lai palīdzētu. Jo onkoloģiskie, kas arī apstiprinājās konkrētā gadījumā, pakalpojumi taču bija pieejami.”* [04.]); 4) pacientu dezinformācija, un tās rezultātā radusies pārliecība, ka ģimenes ārsts ārkārtējās situācijas laikā nestrādā un ka *“viss ir ciet”*. [10.]; 5) veikto izmeklējumu rezultātu ilga gaidīšana (*“Atbildes tiek sniegtas tikai pēc mēneša. [...] Ja nav tūlītējas diagnozes, var iedzīvoties slimībās.”* [18.]); 6) garas rindas, lai pacients varētu veikt Covid-19 analīzi.

3. tēma. Ģimenes ārstiem pieejamais informatīvais atbalsts

Ģimenes ārsti ziņo par vairākām problēmām, kas saistītas ar viņiem pieejamo informatīvo atbalstu ārkārtējās situācijas laikā.

Pirmā problēma ir saistīta ar novēlotu aktuālās informācijas saņemšanu (*“Tas nav normāli, ka masu mediji uzzin informāciju pirms mēs to esam saņēmuši.”* [16.]), kas būtiski apgrūtināja ģimenes ārstu ikdienas darbu. Ārsti atminas situācijas, kurās pacienti bija ātrāk informēti par jaunajiem noteikumiem ar masu mediju starpniecību, nekā ārsti bija saņēmuši oficiālu informāciju un rīkojumus, piemēram, par DNL izsniegšanas kārtību pašizolācijā vai karantīnā esošajiem pacientiem, kā arī Covid-19 pacientiem (*“Ja nebija rīkojums, nevarējām rīkoties.”* [05.]).

Otrā problēma ir vienota informācijas avota neesamība. Ģimenes ārsti apraksta situācijas, kurās vairākas atbildīgās iestādes (VM, SPKC, NVD, VSAA) sūtīja katra savu sagatavoto informāciju, radot ārstiem apmulsumu (*“Faktiskajā situācijā katra iestāde sniedza savu informāciju, nezinot, ko informē kāda cita no iestādēm.”* [09.]). Kā risinājumu šai problēmai ārsti redz vienas koordinējošās iestādes noteikšanu, kas būtu atbildīga par precīzas un vienotas informācijas savlaicīgu izplatīšanu, kā arī nodrošinātu konsultācijas ārstiem dažādu neskaidrību gadījumos.

Trešā problēma ir saistīta ar informācijas lielo apjomu un informācijas (vadlīniju, noteikumu, rīkojumu, rekomendāciju, rīcības algoritmu u. c.) straujo mainību. Ģimenes ārstiem nācās patērēt lielu sava darba daļu, apgūstot jaunāko informāciju (*“Tas ir papildu darbs. Mācību priekšmets “Covid-19”.”* [01.]). Strauji mainīgā informācija radīja ārstos

apjukumu, piemēram, par normatīvajiem regulējumiem, kas attiecas uz DNL izsniegšanu vai par telefonkonsultāciju fiksēšanas kārtību.

Savukārt diviem ģimenes ārstiem informatīvais nodrošinājums šķita pilnīgi pietiekošs.

Ģimenes ārstiem informatīvo atbalstu par prakses darba organizāciju galvenokārt nodrošināja valsts iestādes (VM, SPKC, NVD, VI, VSAA), kā arī profesionālās asociācijas (LĢĀA, LLĢĀA). Ārsti uzsver, ka profesionālās asociācijas sniedza regulāru un nozīmīgu informatīvo atbalstu, kā arī nodrošināja ārstiem attālinātās konsultācijas dažādu neskaidrību gadījumos. Vērtīga ir bijusi atsūtītā telemedicīnas pakalpojumu tabula, kā arī vadlīnijas par telefonkonsultāciju organizēšanu.

Ārstu nosauktie informācijas ieguves avoti par Covid-19 slimību ir dažādi: plašsaziņas līdzekļi; ārsta privātie kontakti; infektologi un epidemiologi, citi kolēģi; dažādi informatīvie materiāli; atbildīgo iestāžu izplatītā informācija, iestāžu mājaslapas, profesionālās asociācijas; farmācijas kompāniju rīkoti semināri un vebināri; vietējie un starptautiskie semināri (attālināti); starptautiskās organizācijas (Pasaules Veselības organizācija, Eiropas slimību profilakses un kontroles centrs).

4. tēma. Psihoemocionālais slogs un to ietekmējošie apstākļi

Vairāki ģimenes ārsti atzīmē, ka ārkārtējā situācija lika viņiem izjust trauksmi, nedrošību, bažas, skumjas, nogurumu, apjukumu un līdzīgas emocijas un sajūtas. Pieredzētais psihoemocionālais slogs bija saistīts ar vairākām epizodēm.

A. Ārkārtējās situācijas sākuma periods: nebija zināma notikumu tālākā attīstība; ģimenes ārstam bija jāpieņem ātri lēmumu par prakses darba organizācijas maiņu; trūka precīzu norāžu un konkrētas informācijas; bija grūtības ar IAL pieejamību (*“Emocionāli tas bija smagi, jo šķiet, viss apstājies.”* [16.]).

B. Prakses darba organizācija: attālināto konsultāciju (telefons, Skype, WhatsApp, e-pasts) un klātienē konsultāciju vienlaicīga norise; darba organizētības zudums (*“Bija izdegšana. Telefona skaņu negribējās dzirdēt. 100 zvani dienā. Māsiņai bija tādi brīži, kad, kā nolika telefonu, tā atkal zvana.”* [03.]; *“Naktī man arī varēja piezvanīt, tostarp bija pacienti, kas zvanīja, ja parādījās iesnas.”* [07.]). Ņemot vērā šādu pieredzi, ģimenes ārsti norāda, ka attālinātām konsultācijām ir jābūt plānotām, un tās ir jāiekļauj prakses darba grafikā kā pamata pakalpojuma veids, par kuru ārstam ir jāsaņem samaksa.

C. Lēmuma pieņemšana par pacienta konsultēšanu: konsultēt konkrēto pacientu tikai attālināti, vai tomēr nozīmēt pacientam klātienē konsultāciju – šī dilemma vairākiem ārstiem

lika izjust nedrošību un bažas, arī vainu un vilšanos sevī, ja izrādījās, ka pieņemtais lēmums nav bijis pareizs.

D. Inficēšanās ar Covid-19 risks. Vairāki ģimenes ārsti piedzīvoja nedrošības sajūtu, trauksmi un bailes par iespēju inficēties ar Covid-19 pašiem un / vai inficēt savus ģimenes locekļus, īpaši, ja pats ģimenes ārsts vai kāds ģimenes loceklis ir riska grupas persona. Divas ģimenes ārstes ir vienīgās apgādnieces saviem nepilngadīgajiem bērniem, līdz ar to inficēšanās ar Covid-19 apgrūtinātu bērnu aprūpi un ģimenes apgādi. Turpretim citi ģimenes ārsti norāda, ka nav izjutuši satraukumu par inficēšanās risku.

E. “Negatīvie” pacienti (dusmīgi, neapmierināti ar esošo situāciju; aizvainoti, kad nākas doties karantīnā vai pašizolācijā) un pacienti, kuri nihilistiski attiecas gan pret Covid-19 kā slimību, gan pret epidemioloģiskajiem drošības noteikumiem, jo īpaši – pret sejas masku lietošanu prakses telpās.

F. Jautājumu risināšana, kas neatbilst ģimenes ārsta kompetencei, piemēram, DNL izsniegšanas kritēriji un to pamatojums (“*Tā ir juristu, ne mana darīšana.*” [15.]) vai tehnoloģiskas problēmas ar e-veselības sistēmas darbību (“*Pacients zvana, bļauj, ka slimnīcā neatpazīst viņa e-norīkojumu. Es taču neesmu vainīga, ja sistēma nestrādā.*” [11.]).

Jautāti, kādu psiholoģisko atbalstu ārsti ir saņēmuši, biežākā atbilde bija – atbalsts no kolēģiem. Respektīvi, prakses darbinieki viens otru atbalsta, savstarpēji izrunājoties, nomierinot, uzmundrinot. Viena ģimenes ārste pauž viedokli, ka būtu nepieciešams profesionāls psiholoģiskais atbalsts ģimenes ārstiem, piemēram, Bālinta grupas vai kaut kas līdzīgs tām.

5. tēma. Sabiedrības veselības kompetence

Novērtējot sabiedrības veselības veicināšanas iespējas savā ģimenes ārsta darbībā, intervētie ārsti uzver trīs aspektus: 1) izglītēt un informēt pacientus par Covid-19 un epidemioloģiskās drošības pasākumiem; stāstīt par slimību profilaksi un veselīgu dzīvesveidu kopumā; 2) nomierināt un iedrošināt pacientus, jo ģimenes ārsti ir novērojuši, ka pacienti ir kļuvuši vieglāk satraucami, trauksmaināki, nedrošāki; 3) būt pieejamiem saviem pacientiem, nodrošinot prakses darbu un pildot ģimenes ārsta funkcijas (“*Neizdegt un nesabrukt. Palikt tajā vietā, kur ģimenes ārsts ir.*” [06.]).

Vairāki ģimenes ārsti atzīst, ka, lai aktīvāk darbotos sabiedrības veselības uzlabošanā, viņiem praksē ir nepieciešami papildu cilvēkresursi (māsa un / vai ārsta palīgs).

6. tēma. Ieguvumi un ieteikumi

Ģimenes ārsti norāda uz vairākiem pozitīviem aspektiem un ieguvumiem Covid-19 izraisītās ārkārtējās situācijas rezultātā: 1. Praksē tika ieviesta daudz stingrāka pacientu pieraksta sistēma un notika labāk kontrolēta pacientu plūsma, salīdzinot ar laiku pirms ārkārtējās situācijas. 2. Ģimenes ārsts izjuta lielāku noderību savu pacientu aprūpē; radās sajūta, ka pacienti vairāk novērtēja ģimenes ārsta darbu (*“Covid-19 laikā pacientu aprūpe balstījās pamatā uz ģimenes ārstiem.”* [05.]; *“Nebiju vairs tikai menedžeris.”* [11.]). 3. Ģimenes ārstam bija lielāka autonomija noteikt, kādu konsultāciju saņems pacients: attālināto vai klātienē. 4. Praksē uzlabojās epidemioloģiskās drošības apstākļi. 5. Pacienti apzinīgāk sāka ievērot higiēnu un epidemioloģiskos drošības noteikumus. Šo aspektu dēļ ģimenes ārsti prakses telpās jutās drošāk un vairāk pasargāti no infekcijas slimībām: *“Katrs godīgs pilsonis, kas pirms tam bija pieradis šķaudīt un klepot man virsū, tagad to nevarēja izdarīt.”* [17.]. 6. Apgūtas jaunas prasmes darbā ar IKT un liela apjoma informāciju. 5. Attālinātie semināri, vebināri un konferences ir atzīti par piemērotu un ērtu veidu, kā iegūt aktuālo informāciju.

Ārstuprāt, lai ģimenes ārsti labāk varētu pielāgoties šāda veida situācijām, viņiem būtu nepieciešams: 1. Savlaicīga un precīza aktuālākā informācija un vienots informācijas sniedzējs jeb koordinējošā iestāde. 2. Pilnveidota e-veselības darbība un iespēja ārstam redzēt vienkopus pacientam veiktos izmeklējumus, tostarp arī slimnīcas izsniegtos izrakstus. 3. Vienotas vadlīnijas (algoritmi) par ģimenes ārsta rīcību analogiskās (ārkārtējās) situācijās. 4. Atvieglots birokrātiskais slogs, tostarp mazāk dažādu atskaišu. 5. Jaunākas un jaudīgākas IKT. 6. Materiālais atbalsts no valsts puses, piemēram, ārkārtējās situācijas radīto zaudējumu kompensācija, augstāks telefonkonsultāciju apmaksas tarifs.

3.4.2. Secinājumi un rekomendācijas

- ✓ Nepieciešams uzlabot ģimenes ārstu informēšanas sistēmu, nosakot vienotu koordinējošo iestādi, kas atbild par informācijas nodošanu, lai novērstu tās dublēšanos. Jāpievērš uzmanība nododamās informācijas saturam, skaidrībai un konkrētiem rīcības soļiem ģimenes ārstu praksēs. Krīzes situācijās ģimenes ārstiem nepieciešams organizēts konsultatīvais atbalsts.
- ✓ Jāmotivē ģimenes ārstus arī pēc-krīzes periodā saglabāt stingrāku pacientu pieraksta sistēmu, kas nodrošinātu labāku pacientu plūsmas kontroli un pacientu prioritizēšanu.
- ✓ Pieaugot primārās veselības aprūpes pieprasījumam, attālinātās konsultācijas (telefonkonsultācijas, videokonsultācijas) ir veids, kas ļauj pacientiem tiešaistē

konsultēties ar savu ģimenes ārstu, tādējādi uzlabojot gan piekļuvi veselības aprūpei, gan saziņu ar pacientu. VM arī turpmāk būtu jā saglabā apmaksātas attālinātas konsultācijas, savukārt NVD jāizstrādā metodiskās vadlīnijas attālināto konsultāciju īstenošanai, uzskaiti un atskaiti. Ģimenes ārstu prakšu darbiniekiem jānodrošina prasmju pilnveide attālinātu konsultāciju sniegšanā.

- ✓ VM un NVD ir jāveido cilvēkresursu rezerves, lai līdzīgās krīzes situācijās stiprinātu ģimenes ārsta prakses, aizstātu praksē strādājošos ārstus vai māsas, kuri atrodas karantīnā, ir saslimuši, vai kāda cita iemesla dēļ ilgstoši nevar aprūpēt pacientus, palielinot pieejamos cilvēkresursus un materiālos resursus mūsdienīgas primārās veselības aprūpes sniegšanai. Jārada sistēma, kā ģimenes ārsti var pieteikt cilvēkresursu atbalstu un to saņemt.
- ✓ VM un profesionālām ārstu asociācijām ir jāizstrādā un regulāri jāaktualizē algoritmi Covid-19 pacientu atpazīšanai, šķirošanai, novērošanai un ārstēšanai. Nepieciešamības gadījumos jānodrošina izglītojošs un informatīvs atbalsts.
- ✓ Sadarbībā ar ārstu profesionālajām asociācijām ir jāaktualizē hronisko slimnieku novērošanas vadlīnijas un algoritmi situācijās, kad valstī ir ierobežota piekļuve ārstniecības pakalpojumiem. Lai sadalītu darba apjoma pieaugumu, nepieciešams iesaistīt māsas un ārstu palīgus hronisko pacientu uzraudzībā. Nepieciešams veikt primārās aprūpes māsu un ārstu palīgu apmācību hronisko pacientu uzraudzībai; veicināt hronisko pacientu apmācību un izstrādāt pacientiem derīgus tehnoloģiskos risinājumus savas saslimšanas uzraudzībai.
- ✓ Nepieciešams nodrošināt ģimenes ārstiem vienkopus pieejamu informāciju par pacientu un viņa veselības stāvokli. VM un NVD jānodrošina pilnvērtīga un kvalitatīva e-veselības sistēmas darbība, lai visiem ārstniecības procesā iesaistītiem speciālistiem būtu iespēja iepazīties un papildināt pacientu veselības ierakstus un apmainīties ar izmeklējumiem koplietošanas režīmā, ievērojot pacientu personas datu drošību.
- ✓ Ģimenes ārstu prakses jānodrošina ar kvalitatīviem un primārai veselības aprūpei piemērotiem IKT risinājumiem. Jāpilnveido ģimenes ārstu prakšu darbinieku digitālās un komunikāciju prasmes. Jāsekmē telemedicīnas elementu ieviešanu pacientu ar hroniskām slimībām uzraudzībā.
- ✓ Jāveido centralizētas IAL rezerves, un vajadzības gadījumā ar tām jāspēj nodrošināt arī ģimenes ārstu prakses.

3.5. Intervijas ar pacientu organizācijām

Pētījuma ietvaros notika intervijas ar septiņiem pacientu organizāciju, kas pārstāv pacientus ar hroniskām slimībām, vadītājiem. Datu tematiskās analīzes rezultātā ir identificētas un aprakstītas sešas galvenās tēmas, kas reprezentē vadītāju pieredzi par pacientu organizāciju darbību Covid-19 pandēmijas izraisītās pirmās ārkārtējās situācijas apstākļos Latvijā.

3.5.1. Rezultāti

1. tēma. *Informācijas meklēšana un nodošana pacientiem*

Ārkārtējās situācijas laikā pacientu organizācijas aktīvi meklēja un nodeva tālāk savai mērķa grupai (t. i., pacientiem) informāciju par aktualitātēm saistībā ar veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu un konkrētās hroniskās slimības, ko pārstāv pacientu organizācija, riskiem un piesardzības pasākumiem. Informācijas nodošanai tika sagatavoti specializēti informatīvie materiāli par Covid-19, kuros bija ietverta informācija gan par pašu Covid-19 slimību, gan par pacienta hronisko slimību Covid-19 kontekstā. Pacientu organizāciju vadītāji norāda uz šādas specifiskas, bet pacientiem ļoti nozīmīgas informācijas pieejamības trūkumu, jo īpaši ārkārtējās situācijas sākumā (*“Bija liels informācijas vakuums, mēs vienkārši uzņēmāmies iniciatīvu darīt tās lietas, kas ir vajadzīgas šobrīd.”* [04.]).

Ļoti plaši informatīvo materiālu sagatavošanā tika izmantota starptautiskajā informācijas telpā pieejamā informācija, kā arī savstarpējā sadarbība ar citu valstu pacientu organizācijām (*“Mēs pārsvarā skatāmies uz starptautiskām rekomendācijām.”* [01.]).

2. tēma. *Komunikācijas kanālu maiņa*

Pacientu organizācijas ikdienā izmanto plašu komunikācijas kanālu klāstu saziņai ar saviem biedriem un interesentiem, tāpēc ārkārtējās situācijas laikā viens no izaicinājumiem bija pārorientēt saziņu no klātienes komunikācijas uz attālināto komunikāciju. Attālinātās komunikācijas nodrošināšanai aktīvi tika izmantoti e-vides risinājumi, jo īpaši sociālie tīkli. Pirms pandēmijas laikā vairākas pacientu organizācijas nodrošināja saviem biedriem iespēju saņemt klātienes konsultācijas, kā arī organizēja regulāras klātienes tikšanās. Tā kā ārkārtējās situācijas periodā klātienes sanāksšanas nedrīkstēja notikt, tad pacientu organizācijās novēroja telefona zvanu skaita strauju palielināšanos un nepieciešamību pēc telefonkonsultācijām (*“Man cilvēki zvanīja, jo to manu telefonu viņi zina, gribēja parunāties, noskaidrot, uzzināt un tad arī zvanīja.”* [02.]).

3. tēma. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība

Pacientu organizācijas centās izprast, kā ārkārtējās situācijas laikā pacientiem tiks nodrošināta nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, tādējādi kļūstot par mediatoru starp pacientu un ārstu. No valsts puses pacientu organizācijas izjuta vienotas, skaidras un saprotamas informācijas trūkumu par to, kur un kādā veidā hroniski slimajiem pacientiem ārkārtējās situācijas laikā ir iespējams saņemt informāciju par veselības aprūpes pakalpojumiem un medikamentu iegādāšanos. Nebija skaidri norādīta diferenciacija par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības apjomu, kā arī pietrūka ātras un aktuālas informācijas par atceltajiem un pārceltajiem pierakstiem. Pacientu organizāciju vadītāji arī norāda, ka ārkārtējās situācijas laikā bija pastiprināti jūtams vienotas e-veselības sistēmas trūkums.

Pacientu organizācijas atbalstīja savus pacientus, piemēram, palīdzot viņiem ar medikamentu un / vai medicīnisko ierīču piegādi, jo hronisko slimību pacientiem bieži ir nepieciešama nepārtraukta terapija, tādēļ pacientiem bija satraukums par to, vai medikamenti ārkārtējās situācijas laikā būs pieejami. Šajā situācijā ļoti noderīgs bija e-receptes pakalpojums. Savukārt, lai medikamentus piegādātu pacientam mājās, ja tāda nepieciešamība bija, pacientu organizācijas palīdzēja ar transportu. Pacientiem, kuru terapijā nepieciešams izmantot asins plazmu, sākotnēji bija uztraukums par medikamentu drošumu saistībā ar Covid-19 vīrusu.

Pēc ārkārtējās situācijas pieredzes iezīmējas nepieciešamība tālāk attīstīt telemedicīnas iespējas, attālinātās konsultācijas un stiprināt tehnoloģiju izmantošanu pacientu veselības aprūpē.

4. tēma. Tiešā atbalsta pieprasījuma pieaugums no pacientiem

Ārkārtējās situācijas laikā pieauga pacientu interese par pacientu organizācijām un to piedāvātajām palīdzības iespējām. Pacienti jutās nedroši un satraukti par viņiem nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu, medikamentu un / vai medicīnas aprīkojuma pieejamību, līdz ar to meklēja gan praktisku, gan informatīvu, gan emocionālu atbalstu pacientu organizācijās. Pacientu organizāciju atbalsta pieprasījums pieauga arī no to pacientu puses, kuri agrāk ar organizāciju nebija sazinājušies. Bija vērojama arī tendence, ka pacienti vērsās pēc palīdzības pie tām pacientu organizācijām, kuras atbalsta sniegšanu individuāliem pacientiem nav definējušas par savas darbības pamatfunkciju, taču ārkārtējā situācijā organizācijām nācās pildīt arī šo funkciju (*“Lielākas grūtības man personīgi sagādāja tas, ka bija lielāka vajadzība pēc tiešā atbalsta. Es uzskatu, ka tiešais atbalsts noēd visus resursus. Ja es palīdzu individuāli pacientam, tad pa to laiku es nevaru strādāt pie tā, ka kādas zāles būs pieejamas.”* [07.]).

Pacientu lielās intereses un dažādo vajadzību dēļ pacientu organizācijas izjuta cilvēkresursu trūkumu – brīvprātīgo darbinieku nepietiekamību, kuri varētu palīdzēt atbildēt uz pacientu telefona zvaniem un e-pasta ziņojumiem.

5. tēma. *Mērķa grupas – pacientu – raksturojums ārkārtējās situācijas laikā*

Pacientu organizāciju vadītāji novēroja, ka daudzi pacienti ārkārtējās situācijas laikā izjuta neziņu, bailes, apjukumu un satraukumu par esošo situāciju. Iezīmējās arī specifiskas pacientu grupas, kuras bija vairāk pakļautas informācijas un pakalpojumu pieejamības problēmām: 1) vecāka gadagājuma cilvēki, kuriem nereti trūkst digitālo prasmju, līdz ar to ir ierobežota iespēja iegūt un saņemt informāciju, kā arī dažādus pakalpojumus, piemēram, ārstu-speciālistu attālinātās konsultācijas; 2) vientuļie un izolētie pacienti, kas ir grūti aizsniedzama mērķa grupa; 3) onkoloģiskie pacienti izjūt “*dubultu slodzi*” [06.], jo ir satraukums gan par veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu, gan par Covid-19 slimību, gan arī par Covid-19 slimības ietekmi uz hronisko (onkoloģisko) slimību un otrādi.

Pacientu organizāciju vadītāji norāda, ka ārkārtējās situācijas laikā palielinājās pacientu pašefektivitāte, jo daudzi pacienti apguva jaunas prasmes, piemēram, attālināti sazināties un konsultēties ar ģimenes ārstu un / vai ārstu speciālistu par savu hronisko slimību un tās gaitu; pacienti aktīvāk monitorēja savu veselības stāvokli un ziņoja rezultātus ārstam.

6. tēma. *Finansējuma problemātika un ārējā atbalsta trūkums*

Pacientu organizācijas ārkārtējās situācijas laikā izjuta finansiālas grūtības, jo samazinājās iespējas piesaistīt finansiālus līdzekļus dažādu ārējo aktivitāšu atcelšanas dēļ (piemēram, atceltas konferences, semināri, citi pasākumi), kā arī samazinājās ziedojumi. Dažām pacientu organizācijām parādījās problēmas nomaksāt rēķinus.

No valsts un pašvaldību puses atbalstu pacientu organizācijas nesaņēma. Lai gan pacientu organizācijas darbojas pacientu aizstāvībā, tas visbiežāk tiek darīts par saviem iekšējiem līdzekļiem.

3.5.2 Secinājumi un rekomendācijas

- ✓ Ierobežojot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību ārkārtējās situācijas apstākļos, intensificējās pacientu organizāciju darbība un noslodze. Pacientu organizācijas kā noteiktu slimību pacientu grupu pārstāvis ir labs resurss, kas var tikt aktīvi iesaistīts atbalsta sniegšanā pacientiem un aktuālās informācijas nodošanā pacientiem. Pacientu organizācijas var sniegt atgriezenisko saiti arī no pacientu puses.
- ✓ Jāizstrādā krīzes komunikācijas plāns, kurā būtu noteikts rīcības algoritms informācijas aprītei ar valsts pārvaldes institūcijām un veselības aprūpes iestādēm, kas palīdzētu ātri un operatīvi nodot informāciju pacientiem ārkārtējo situāciju gadījumos.
- ✓ Nepieciešama pacientu organizācijā iesaistīto biedru un brīvprātīgo darbinieku digitālo prasmju pilnveidošana, lai sekmētu komunikāciju un informācijas nodošanu.
- ✓ Ārkārtējā situācija iezīmēja nepieciešamību pēc attālinātiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Pacientu ar hroniskajām slimībām aprūpē ir pieejami dažāda veida veselības aprūpes pakalpojumi, ko pacienti var saņemt savā dzīvesvietā, tomēr šādas pieejas realizācijai ir nepieciešamas gan atbilstošas tehnoloģijas un ierīces, gan pašefektīvs patients. Pacientu organizāciju iesaiste var būt noderīga gan piedāvāto tehnoloģiju un ierīču izvērtēšanā un atbilstības noteikšanā pacientu vajadzībām, gan šo pakalpojumu piegādē un saņemšanā pacientu dzīvesvietās, kā arī pacientu informēšanā, apmācībā un konsultēšanā par pašaprūpi.
- ✓ Ārkārtējā situācija aktualizēja pacientu organizāciju finansējuma problemātiku. Situācijā, kad tiek atcelti dažāda veida klātienē pasākumi, mazinās pacientu organizāciju ieņēmumi un rodas grūtības apmaksāt ikdienas tērīņus. Lai ārkārtējās situācijas apstākļos, kad darba apjoms palielinās, netiktu apdraudēta organizāciju pastāvēšana un darbība, nepieciešama valsts finansiālā atbalsta sistēma pacientu organizācijām.

3.6. Intervijas ar klientu servisa aprūpes darbiniekiem

3.6.1. Rezultāti

Lai noskaidrotu, kā ārkārtējās situācijas laikā savus darba pienākumus veica klientu servisa aprūpes darbinieki, padziļināti tika intervēti divdesmit šīs darbības jomas pārstāvji. Padziļinātajās intervijās iegūtā informācija ļauj izvirzīt sešas tēmas, kas raksturo klientu servisa aprūpes darbinieku pieredzi, strādājot ārkārtējās situācijas laikā.

1. tēma. *Darba apjoms un darba saturs: līdzīgais un atšķirīgais no ikdienas darba situācijas*

Ja vairāki darbinieki norāda, ka, viņuprāt, veicamais darba apjoms un saturs ārkārtējās situācijas laikā būtiski nemainījies un “*viss palika, kā bija*” [06.; 17.], tad citi pētījuma dalībnieki novēroja izmaiņas gan darba apjomā, gan darba saturā. Darbinieku darba apjoms pieauga, un tam bija vairāki iemesli: 1) lielais zvanu daudzums, kas darbiniekiem bija jāveic; 2) dēļ papildu informācijas nodošanas un skaidrošanas klientiem, 3) dēļ intensīvās pierakstu loģistikas. Darba saturs kļuva citādāks, jo centrālais darbinieku uzdevums bija sazvanīt pacientus un atteikt vizīti, nevis nodrošināt pašreizējos pierakstus un veikt atgādinājuma zvanus.

2. tēma. *Darbinieka un darba devēja darba attiecības*

Vairums aptaujāto darbinieku norāda, ka viņu darba attiecības netika mainītas vai jebkādi ietekmētas. Darba devēji neizmantoja ārkārtējo situāciju, lai kā īpaši modificētu darba attiecības – atalgojuma vai citu apstākļu ziņā. Par dīkstāvi ziņoja tikai viens no intervētajiem darbiniekiem. Darba algas izmaiņas darbinieki nenovēroja.

3. tēma. *Darba vietas lokalizācija un individuālo aizsardzības līdzekļu lietošana*

Vairākiem darbiniekiem darbs tika nodrošināts mājas apstākļos, kamēr citi turpināja darbu savā līdzšinējā darba vietā vai arī telpā, kas bija plašāka un labāk piemērota distances ievērošanai. Tika realizēta distancēšanās darba vietās, kas reālā dzīvē var nebūt vienkāršs uzdevums faktiskā telpu resursa dēļ.

IAL nodrošinājums no darbinieku puses tiek vērtēts, kā pietiekošs, un pilnībā atbilstošs jaunās situācijas epidemioloģiskās drošības prasībām. Darba devēji (ar valsts atbalstu) ir aizsargājuši savus darbiniekus no paša ārkārtējās situācijas sākuma. Darbinieku drošības aspekti ir uztverti ar atbildību un atbilstošu rīcību. Esošā pieeja ir atkārojama arī turpmāk.

4. tēma. *Informatīvais un tehnoloģiskais atbalsts*

Klientu servisa aprūpes darbinieki norāda, ka, lai kvalitatīvi varētu veikt savus darba pienākumus, viņiem ir nepieciešama savlaicīga, konkrēta un precīza jaunākā informācija par rīcības algoritmiem ārkārtējā situācijā, t. i., ko un kā teikt klientiem jeb *“bez informācijas mēs nemaz nevaram strādāt”* [19.]. Darbinieki pozitīvi novērtē iestādes vadības vai tiešā vadītāja savlaicīgi nodotu informāciju (rīkojumus, rīcības plānus, klientiem sakāmais teksts, vadlīnijas norādes). Par apgrūtināšanu apstākļi vairāki intervētie darbinieki min mainīgo informāciju par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību valstī ārkārtējā situācijā un pēc tās. Darbinieki norāda, ka klienti mēdza taujāt konkrētus jautājumus, uz kuriem viņiem nebija atbildes, jo nebija informācijas vai arī tā bija ļoti mainīga (piemēram, kad atsāksies konkrēta ārsta-speciālista pieņemšana; kad būs pieejams pacientam nepieciešamais izmeklējums vai manipulācija u. tml.). Šāda veida neziņa par to, kad atsāksies pakalpojumu sniegšana, bija atšķirīga no ikdienas darba. Darbiniekiem atsevišķās situācijās bija jāatbild arī uz klientu jautājumiem par Covid-19 situāciju valstī kopumā, kas *“faktiski ir ārpus mūsu darba kompetences”* [10.]. Rezultātā ar skaidrāku vai mazāk skaidru, rakstisku vai mutisku vadības informāciju – klientu servisa darbinieki ārkārtējās situācijas apstākļos ir spējuši nodrošināt kopumā adekvātu komunikāciju.

Vairāki klientu servisa darbinieki secina, ka ir nepieciešami labāki tehnoloģiskie piedāvājumi (risinājumi), piemēram, kvalitatīvāka un jaudīgāka iestādes datorsistēmas darbība, automatizētā pierakstu atcelšanas sistēma, kas atslogotu ikdienas darbu.

5. tēma. Dažādu klientu dažādās emocijas

Intervētie klientu servisa aprūpes darbinieki atceras, ka ārkārtējās situācijas laikā klientos ir novērojuši visnotaļ dažādas emocionālās reakcijas. Tās ir bijušas gan dusmas, agresivitāte, neapmierinātība, īgnums, sašutums, satraukums, bailes, izmisums, gan arī atbalsts, saprotoša attieksme, iecietība un pateicība. Viena no dominējošām pazīmēm, kas pastarpināja klienta-darbinieka attiecības un komunikāciju bija neziņa. Gan klienti, gan darbinieki vienlaikus piedzīvoja neziņu par esošo situāciju, tās turpmāko attīstību un ietekmi uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību. Daži darbinieki bija piedzīvojuši situācijas, kurās pacienti vainoja viņus par plānotā pakalpojuma atcelšanu (*“Ļoti daudz bija agresīvi un neapmierināti cilvēki, kuri izgāza visu žulti.”* [8.]; *“Bija daži tādi, kas te spēra ugunis. [...] un mūs vainoja, ka tieši mēs atceļam.”* [04.]; *“Cilvēki vaino mūs tajā, kur mēs neesam vispār vainīgi.”* [12.]). Tajā pašā laikā darbinieki norādīja, ka arī ikdienā viņi saskaras ar ļoti dažādām klientu emocijām, tādēļ kopumā pie tām ir pieraduši (*“Ikdienā jau arī viņi bieži ir neapmierināti.”*

[03.]). Ārkārtējās situācijas laikā klientu emocionālās izpausmes mēdza kļūt spēcīgākas, bet tas nekļuva par būtisku slogu pieredzējušiem klienta servisa darbiniekiem.

6. tēma. Psiholoģiskā atbalsta nepieciešamība

Lielākoties intervētie klienta servisa darbinieki uzskata, ka viņiem nav bijusi vajadzība pēc profesionāla psiholoģiskā atbalsta, strādājot ārkārtējās situācijas apstākļos, kā arī atzīmē, ka šāds atbalsts iestādē nav bijis pieejams. Viens darbinieks norāda, ka būtu vēlams šādu iespēju nodrošināt, lai vajadzības gadījumā profesionāls atbalsts būtu pieejams. Tomēr saspringtās situācijās darbinieki novēro vajadzību pārrunāt notiekošo. Šādās situācijās par psiholoģiskā atbalsta personām visbiežāk kļuva tiešais darba vadītājs un kolēģi. Klientu servisa darbinieki arī parastos apstākļos strādā ļoti dinamiskā, mainīgas informācijas un emocionāli spriegā atmosfērā un tāpēc ir relatīvi labi sagatavoti arī ārkārtējām situācijām. Būtisks darba elements, kas sniedz noturību, ir regulārs profesionāls un emocionāls treniņš, savstarpējs atbalsts komandā, piemēram, dalīšanās ar līdzīgiem piemēriem un pieredzi.

3.6.2. Secinājumi un rekomendācijas

- ✓ Nodrošināt un sekmēt vairāk komunikācijas visās informācijas ķēdēs, taču visvairāk: valsts-iedzīvotāji; uzņēmuma vadība-darbinieki. Nepieciešama savlaicīga aktuālākās informācijas nodošana klientu servisa darbiniekiem (par ārsta pieņemšanas grafiku, par plānotām izmaiņām veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā u. tml.).
- ✓ Informācijas sistēmu modernizācija kā būtisks rīks, kas ļautu efektīvāku rīcību vajadzību (pierakstu) uzskaitē, cilvēku apziņošanā, vienkāršāko darbību automatizācijā, u.c.
- ✓ Klientu servisa darbinieki, tos pareizi apmācot un atbalstot, ir svarīgs un labi izmantojams resurss ārkārtējās situācijas vadīšanā, jo viņi prot vadīt sarunu ar dažādām personām, izturēt dažādas izpausmes, atrast veidu, kā nodot informāciju klientam saprotamā izteiksmē, un viņu darba ritms arī ikdienā ir ar lielu intensitāti.

4. Veselības aprūpes finansēšanas lēmumi Latvijā 2020. gada pirmajā pusgadā

Latvijas veselības aprūpes finansēšanas sistēma turpina savu reformu ceļu, un rūpes par ilgtspējīgu finansēšanu joprojām ir būtiskas. Covid-19 pandēmija ir nepārvaramas varas piemērs, kas liek ātri pilnveidot veselības sistēmu, lai pastiprinātu veselības sistēmas reakciju uz Covid-19 ar mērķi gan diagnosticēt un ārstēt saslimušos, gan arī pārraut vīrusa pārraides ķēdes, vienlaikus saglabājot citus būtiskus veselības aprūpes pakalpojumus. Veselības sistēmas būtiskais resurss ir budžeta finansējums. Šī pētījuma daļas mērķis ir aplūkot veselības aprūpes finansēšanas lēmumus 2020. gada pirmajā pusgadā.

Materiāls un metodes

Lai analizētu budžeta politikas un resursu pārdalīšanas lēmumus, kas ir izstrādāti 2020. gada pirmajā pusē, lai nodrošinātu pasākumus Covid-19 pandēmijas ierobežošanai, tika izmantota gadījumu izpētes pētījumu metode, salīdzinošās dokumentālās analīzes un ekonomiskās analīzes metožu kombinācija un uz Nacionālā veselības dienesta (NVD) sekundāro datu avotu bāzes izveidotais modelis, kas izmanto operatīvo budžeta informāciju un ārstniecības iestāžu pārskatu apkopojumu. Pētījums balstījās uz kvantitatīviem datiem par veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju grupām, lai noteiktu veselības aprūpes finansēšanas tendences. Dati par maksājumiem un finansējuma izmaiņām, salīdzinot ar iepriekšējiem pusgada datiem, liecina par budžeta resursu pārdales politikas īstenošanu, savukārt tiesību akti par budžeta līdzekļu pārdalīšanu ļauj identificēt tā iespējamās procesuālās vai institucionālās nepilnības. Jāatzīmē, ka kopumā visās Eiropas Savienības valstīs ir visai līdzīgas problēmas, daļā valstu tās tiek risinātas sekmīgāk nekā Latvijā, tāpēc ir ne tikai jāizstrādā savi risinājumi, bet ir arī iespējams izmantot citu valstu pieredzi.⁴

⁴ OECD (2020a). *Financial Management and reporting in the wake of the COVID-19 crisis*, Newsletter to the SBO Network on Financial Management and Reporting

Rezultāti

Saskaņā ar apkopoto informāciju par ārvalstu pieredzi budžeta izdevumu finansēšanā var konstatēt, ka pastāv divas pieejas – ārkārtas fondu piesaiste steidzamo izdevumu finansēšanai un pieejamo budžeta līdzekļu pārdale un prioritāšu maiņa. Atkarībā no valsts publisko finanšu sistēmas pastāv arī dažādība valsts centrālās valdības un vietvaras finansējuma piesaistē. Tā, nodrošinot atbildi uz pandēmijas finansēšanas izaicinājumiem, Īrija izmantoja speciālas procedūras steidzamai līdzekļu izmantošanai un ātri identificēja un piešķīra līdzekļus veselības nozarei, vēlāk pārskatot faktiskos iestāžu izdevumus un veicot prioritāšu pārskatīšanu.⁴ Ņemot vērā publisko finanšu decentralizāciju Itālijā, katrs Itālijas reģions sagatavoja Covid-19 darbības plānu, kas tiek izmantots kā pamats centrālās valdības dotāciju pārskaitījumiem. Savukārt Covid-19 plānu realizāciju un izdevumus kopīgi uzrauga Veselības ministrija un Finanšu ministrija.⁴ Savukārt Igaunija identificēja Covid-19 fiskālās problēmas sakarā ar “iezīmēto” ieņēmumu avotu, kas kavē veselības ieņēmumu palielināšanas iespējas veselības apdrošināšanas fondam.⁴ Vairākas valstis saskārās ar pārvaldības problēmām, risinot jautājumu par veselības aprūpes pakalpojumiem, kuri netika sniegti Covid-19 uzliesmojuma laikā.⁴ Centrālās valdības kopā ar reģionālajām valdībām un veselības apdrošināšanas aģentūrām novirzīja resursus veselības nozarei, veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai, īsā laika posmā, pandēmijas progresēšanas laikā ievērojot ierasto budžeta pārraudzības ķēdi un parlamentāras uzraudzības kārtību budžeta cikla ietvaros.⁵ Visas valstis ir reaģējušas uz Covid-19 veselības un ar to saistīto ekonomikas krīzi ar ārkārtas budžeta asinājumiem, veselības nozarei saņemot diezgan nelielu daļu (WHO, 2020d). Latvijas praksē saskaņā ar likuma “Par valsts apdraudējuma un tā seku novēršanas un pārvarēšanas pasākumiem sakarā ar Covid-19 izplatību” 19. pantu⁶ bija paredzēts, ka pasākumus ar Covid-19 izplatību saistītā valsts apdraudējuma un tā seku novēršanai un pārvarēšanai finansē no budžeta finansētajām institūcijām iedalītajiem valsts budžeta un pašvaldību budžetu līdzekļiem. Ministru kabinets pēc pamatota ministriju pieprasījuma varēja pieņemt lēmumu par valsts apdraudējuma seku novēršanas un pārvarēšanas pasākumiem, kā arī par finansējuma piešķiršanu no valsts budžeta programmas 02.00.00 "Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem".

⁵ OECD/European Union. (2020b). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

⁶ Saeima (2020a) Likums "Par valsts apdraudējuma un tā seku novēršanas un pārvarēšanas pasākumiem sakarā ar Covid-19 izplatību". <https://likumi.lv/ta/id/313373/redakcijas-datums/2020/03/22>

Savukārt saskaņā ar likuma “Par valsts apdraudējuma un tā seku novēršanas un pārvarēšanas pasākumiem sakarā ar Covid-19 izplatību” 23. pantu⁶ finanšu ministram bija tiesības, informējot par to Saeimu, palielināt likumā "Par valsts budžetu 2020. gadam" noteikto apropriāciju budžeta resora "74. Gadskārtējā valsts budžeta izpildes procesā pārdalāmais finansējums" programmā 02.00.00 "Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem" un paplašināt valdības rīcības pieļaujamās robežas valdības saistību izpildei, ja ir pieņemts attiecīgs Ministru kabineta lēmums. Tādējādi tika nodrošināta steidzamo līdzekļu piešķiršana un attiecīgi budžeta apropriācijas palielināšanas iespēja. Risinot jautājumu par budžeta līdzekļu pārdali likuma “Par valsts apdraudējuma un tā seku novēršanas un pārvarēšanas pasākumiem sakarā ar Covid-19 izplatību” 22. pantu⁶ finanšu ministram bija paredzētas tiesības, informējot par to Saeimu, veikt apropriācijas izmaiņas, tai skaitā apropriācijas samazināšanu vai pārdali starp ministrijām un citām centrālajām valsts iestādēm ar Covid-19 izplatību saistītā valsts apdraudējuma un tā seku novēršanas un pārvarēšanas pasākumiem, ja ir pieņemts attiecīgs Ministru kabineta lēmums, kā arī veikt apropriācijas pārdali ministrijai vai citai centrālajai valsts iestādei likumā noteiktās apropriācijas ietvaros starp programmām, apakšprogrammām un izdevumu kodiem atbilstoši ekonomiskajām kategorijām. Savukārt beidzoties ārkārtas situācijai un pieņemot Covid-19 infekcijas izplatības seku pārvarēšanas likumu⁷ tajā tika paredzētas analogas normas, kas nodrošina budžeta līdzekļu pieejamību un budžeta līdzekļu elastību, bet vienlaicīgi pastiprinot parlamentāro kontroli un īstenojot Saeimas Budžeta un finanšu (nodokļu) komisijas iesaisti lēmumu pieņemšanā.

Attiecībā uz Latvijas veselības sistēmas finansēšanas lēmumiem Covid-19 apstākļos pastāv trīs galvenie faktori – iepriekšējos gados pieņemtie lēmumi, kas nosaka finansēšanas sistēmas ietvaru, kā arī pieprasījuma un piedāvājuma puses aspekti. Tā, neskatoties uz dažādām institucionālajām reformām un izmaiņām finansēšanas avotos pēdējo 30 gadu laikā⁸, kopējā publiskā finansējuma līmenis saglabājas aptuveni nemainīgs, t.i., 3-4% no IKP⁹. Tomēr kārtējie veselības izdevumi, neatkarīgi no finansēšanas shēmas kā īpatsvars (%) no IKP laika periodā no 2000. līdz 2018. gadam svārstas no 5,4 līdz 6,3% no IKP.¹⁰ Publisko finanšu tēriņi ir zemi, savukārt privāto maksājumu īpatsvars ir viens no lielākajiem Eiropā – privātie tēriņi 2017. gadā

⁷ Saeima (2020b) Covid-19 infekcijas izplatības seku pārvarēšanas likums. <https://likumi.lv/ta/id/315287>

⁸ Mitenbergs, U., Brigis, G., & Quentin, W. (2014). Healthcare financing reform in Latvia: Switching from social health insurance to NHS and back? *Health Policy, 118*(2), 147-152.

⁹ Pētersone, M., Ketners, K., & Erings, I. (2019). Health financing policy reform trends: the case of Latvia. *Ad Alta: Journal of Interdisciplinary Research, 9*(2).

¹⁰ World Health Organisation (2020d). Current health expenditure by financing schemes Health expenditure series. Geneva: World Health Organization. Available: Global Health Expenditure Database (who.int)

sasniedza 41,8% no kopējiem kārtējiem izdevumiem, kas ir viens no augstākajiem rādītājiem Eiropā,¹¹ nedaudz samazinoties 2018.gadā līdz 40,12% no kopējiem kārtējiem veselības izdevumiem.¹² Tādējādi galvenais izaicinājums no publisko finanšu sistēmas viedokļa būtu nodrošināt finanšu ilgtspējību veselības aprūpes nozarē. 2017. gadā Saeima pieņēma likumu par obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas ieviešanu ar mērķi palielināt ieņēmumus veselībai.¹³ Bija paredzēts, ka saskaņā ar jauno sistēmu tiesības uz pilnu pakalpojumu grozu būtu saistāmas ar valsts obligāto veselības apdrošināšanas iemaksu veikšanu. Kopš 2018. gada valdība ir palielinājusi valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu likmi par 1 procentpunktu, kas pašlaik tiek īstenota un tiek izmantota tieši veselības aprūpes finansēšanai.¹⁴ Tomēr šīs reformas pilnīga ieviešana tika atlikta uz 2021. gadu¹⁵ un vēlāk, pagarinot finansēšanas avotu reformu, vēl par vienu gadu.¹⁶ Pirms Covid-19 pandēmijas pieņemtie budžeta izdevumu politikas lēmumi nodrošināja Veselības ministrijas budžeta pieaugumu.¹⁷ 2019. gadā valsts budžetā veselības aprūpei tika piešķirti par 142,5 miljoniem EUR vairāk nekā 2018. gadā, un tāpēc kopējais veselības nozares budžets 2019. gadā bija 1'205,7 miljoni EUR (3,96% no IKP), tostarp finansējums veselības aprūpes reformas pasākumu īstenošanai 154,2 miljoni EUR, kas izveidots izmantojot budžeta deficīta atkāpi reformu veikšanai. Savukārt 2020.gadā sākotnēji Veselības ministrijas budžeta izdevumos bija paredzēti 1 259,5 miljoni EUR jeb 3,8% no IKP, tostarp bāzes finansējums 144 miljoni EUR, lai turpinātu veselības aprūpes reformas pasākumu īstenošanu.¹⁸

Īstenojot budžeta procesu pilnveidi, Veselības ministrijas budžeta līdzekļi ir sadalīti vairākās apakšprogrammās¹⁹ un attiecīgi līdzekļu pārvirzīšanai ir jāizmanto “budžeta elastības

¹¹ OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

¹² World Health Organisation (2020e). Domestic private health expenditure (% of current health expenditure) – Latvia. World Health Organization Global Health Expenditure database. Geneva: World Health Organization. Pieejams: [Global Health Expenditure Database \(who.int\)](https://www.who.int/databases/global-health-expenditure)

¹³ Saeima (2018a) Veselības aprūpes finansēšanas likums. <https://likumi.lv/ta/id/296188/redakcijas-datums/2018/01/01>.

¹⁴ Saeima (2018b) Likums "Par valsts budžetu 2018. gadam". <https://likumi.lv/ta/id/295569>

¹⁵ Saeima (2019a) 2019. gada 13. jūnija likums "Grozījumi Veselības aprūpes finansēšanas likumā". <https://likumi.lv/ta/id/307619>

¹⁶ Saeima (2020c) 2020. gada 17. decembra likums "Grozījumi Veselības aprūpes finansēšanas likumā". <https://likumi.lv/ta/id/319685>

¹⁷ Ministru kabinets (2020) Informatīvais ziņojums “Par valsts budžeta izdevumu pārskatīšanas rezultātiem un priekšlikumi par šo rezultātu izmantošanu likumprojekta “Par vidēja termiņa budžeta ietvaru 2020., 2021. un 2022. gadam” un likumprojekta “Par valsts budžetu 2020. gadam” izstrādes procesā” 4.pielikums “Veselības aprūpes sistēmas reformas pasākumu turpināšana 2020. gadā un turpmāk ik gadu”. [Budžets2020 | Finanšu ministrija \(fm.gov.lv\)](https://www.fm.gov.lv/budzets2020-finansu-ministrija)

¹⁸ Saeima (2019b) Likums "Par valsts budžetu 2020. gadam". Valsts budžeta likuma paskaidrojumi. <https://www.fm.gov.lv/lv/media/2135/download>

¹⁹ Saeima (2019c) Likums "Par valsts budžetu 2020. gadam". <https://likumi.lv/ta/id/310965>

rīki”– līdzekļu pārdales risinājumi, kur atkarībā no Likuma par budžetu un finanšu vadību noteikumiem, ir nepieciešama Finanšu ministrijas, Ministru kabineta, Saeimas Budžeta un finanšu komisijas iesaiste.

Veselības aprūpes sistēmas pieprasījuma puses faktori ir saistāmi ar vēsturiski pārmantotajiem sabiedrības veselības rādītājiem.²⁰ Lai gan vidējais paredzamais dzīves ilgums Latvijā ir lielāks nekā 1990. gados, tomēr tas ir zemākais Baltijas valstu vidū un ir daudz mazāks nekā vidēji ES 27 valstīs.²¹ Asinsrites sistēmas slimības un vēzis joprojām ir visizplatītākie mirstības cēloņi.² Iedzīvotāju novecošanās, tāpat kā citur Eiropā, rada papildu spiedienu uz veselības sistēmu un tās finansēšanas resursiem.²² Savukārt piedāvājuma puses faktori ir veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju struktūra, pakalpojumu apmaksas sistēma.²¹

Nodrošinot papildu resursus veselības aprūpes sistēmai, tika izmantoti līdzekļi neparedzētajiem gadījumiem (LNG). Kopā, atbilstoši Ministru kabineta lēmumiem 2020. gada pirmajā pusgadā, reaģējot uz Covid-19 uzliesmojumu, Veselības ministrijai tika piešķirts finansējums:

- 1) Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestam, kas nepārsniedz 1 176 230 euro - valsts materiālo rezervju atjaunošanai, Eiropas Savienības kopējā iepirkuma nodrošināšanai, medicīnas aprīkojuma, vienreizējo individuālo aizsardzības līdzekļu, medikamentu un vienreizējo materiālu iegādei un papildu neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes izveidei;
- 2) Nacionālajam veselības dienestam, kas nepārsniedz 566 190 euro stacionāru ārstniecības iestāžu vajadzībām reāģentu komplektu iegādei, neinvazīvās ventilācijas iekārtu iegādei, CO₂ eliminācijas filtru un citokinīnu filtru iegādei;
- 3) Veselības ministrijai, kas nepārsniedz 10 000 000 euro, lai segtu izdevumus, kas radušies saistībā ar Covid-19 uzliesmojumu un tā seku novēršanu, vienlaikus pilnvarojot veselības ministru lemt par finansējuma izlietojumu atbilstoši faktiskajai nepieciešamībai;

²⁰ Ministru kabinets (2020) Informatīvais ziņojums “Par valsts budžeta izdevumu pārskatīšanas rezultātiem un priekšlikumi par šo rezultātu izmantošanu likumprojekta “Par vidēja termiņa budžeta ietvaru 2020., 2021. un 2022. gadam” un likumprojekta “Par valsts budžetu 2020. gadam” izstrādes procesā” 4.pielikums “Veselības aprūpes sistēmas reformas pasākumu turpināšana 2020. gadā un turpmāk ik gadu”. [Budžets2020 | Finanšu ministrija \(fm.gov.lv\)](#)

²¹ Behmane D, Dudele A, Villerusa A, Misins J, Kļaviņa K, Mozgis D, Scarpetti G. (2019) Latvia: Health system review. Health Systems in Transition. 21(4):23. [HiT-21-4-2019-eng.pdf \(who.int\)](#)

²² European Commission. (2018). Institutional Paper 079. May 2018. Brussels. doi:10.2765/615631; https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip079_en.pdf

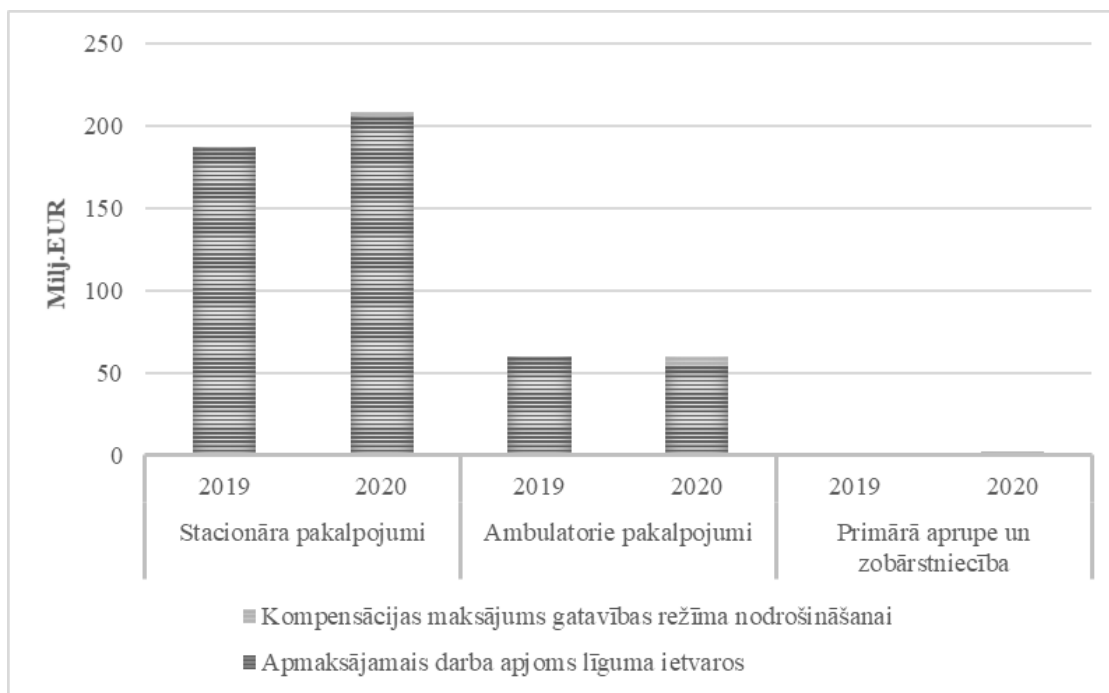
- 4) Veselības ministrijai 8 000 000 euro apmērā, lai nodrošinātu piemaksas no 2020. gada 1. marta līdz 2020. gada 31. maijam atbildīgo institūciju ārstniecības personām un nodarbinātajiem par darbu paaugstināta riska un slodzes apstākļos ārkārtas sabiedrības veselības apdraudējumā saistībā ar Covid-19 uzliesmojumu un seku novēršanu, pilnvarojot veselības ministru pieņemt lēmumu par finansējuma izlietojumu atbilstoši faktiskajai nepieciešamībai;
- 5) Veselības ministrijai (Nacionālajam veselības dienestam) finansējumu, kas nepārsniedz 1 323 563 euro, lai nodrošinātu funkciju īstenošanu un veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas nepārtrauktību (infrastruktūras uzlabojumiem);
- 6) Nacionālajam veselības dienestam 672 139 euro apmērā, ambulatorajiem un stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī laboratorisko izmeklējumu organizēšanai un veikšanai;
- 7) Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestam 91 984 euro apmērā Covid-19 analīžu paņemšanas mobilo punktu izveidei;
- 8) Nacionālajam veselības dienestam 1 428 081 euro apmērā, lai segtu izdevumus sabiedrībai ar ierobežotu atbildību ""Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca"" ar Covid-19 inficēto personu asins paraugu paņemšanas, transportēšanas piederumu un ārstniecības preču iegādei, reaģentu komplektu iegādei, video intubācijas komplekta iegādei, būvdarbiem.

Savukārt saskaņā ar finanšu ministra rīkojumiem no iepriekš minētajiem Ministru kabineta lemtajiem piešķirumiem faktiski tika pārdalīti un ir pieejami 19 028 014 EUR (uz 30.10.2020). Jāatzīmē, ka papildu resursi tika nodrošināti arī izmantojot iespēju atbilstoši Likuma par budžetu un finanšu vadību 9. panta deviņpadsmitajai daļai palielināt dotāciju no vispārējiem ieņēmumiem un apropriāciju Veselības ministrijas budžeta apakšprogrammā 33.17.00 ""Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārās ārstniecības iestādēs"" finansēšanas kategorijā ""Akcijas un cita līdzdalība pašu kapitālā"" ar finanšu ieguldījumu palielinot pamatkapitālu stacionāriem – valsts kapitālsabiedrībām, lai segtu izdevumus, kas radušies saistībā ar Covid-19 uzliesmojumu iekārtu iegādei un būvdarbiem - 14 990 728 EUR apmērā.

2020. gada pavasarī ņemot vērā pieņemtos lēmumus par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas ierobežošanu ārkārtējās situācijas laikā²³ un NVD veiktos

²³ European Observatory on Health Systems and Policies. (2020). COVID-19 Health System Response Monitor. covid19healthsystem.org.

kompensācijas maksājumus par ārstniecības personu pieejamības, ārstniecības iestāžu darbības un valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības saglabāšanu un nodrošināšanu pēc ārkārtējās situācijas beigām (gatavības režīma nodrošināšana) veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem izveidojās izmaiņas saņemtā finansējuma struktūrā (4.2.1.att.).



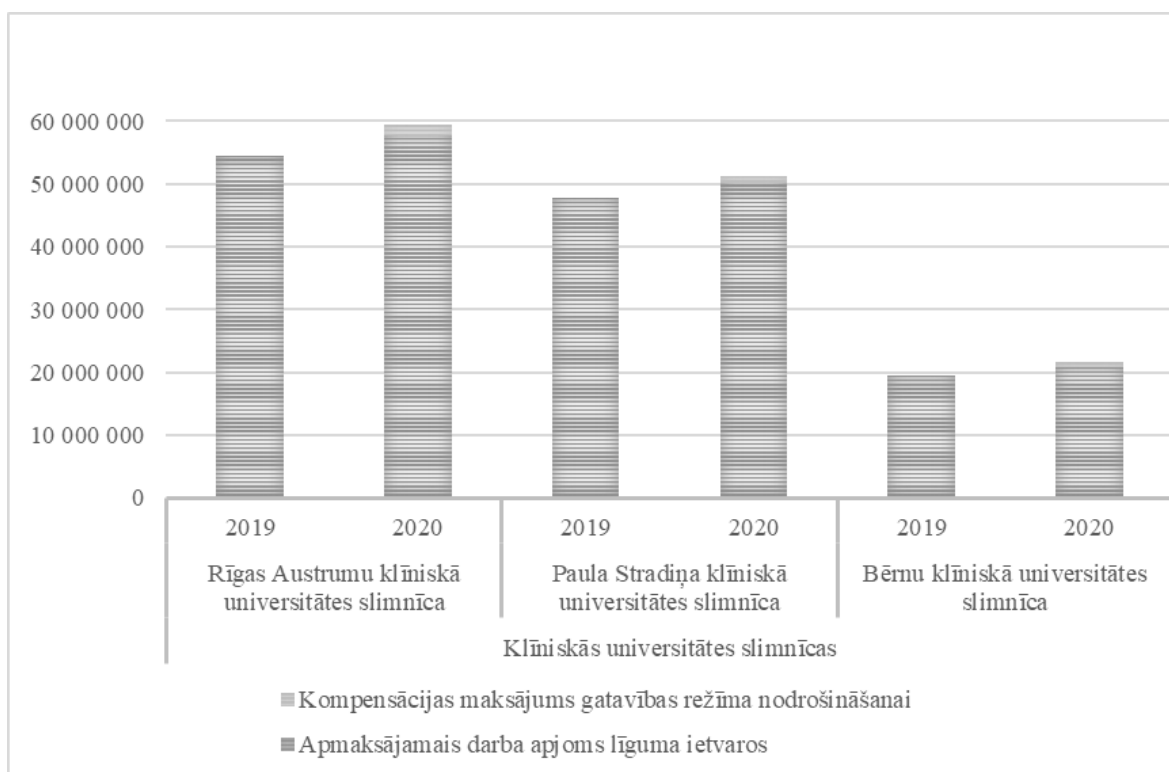
4.2.1.att. NVD pakalpojumu apmaksas finansējums milj.eiro.

Avots: NVD publiski pieejamo pārskatu dati 2019. g. un 2020. g.pārskats²⁴

Jāatzīmē, ka klīnisko universitāšu slimnīcu (KUS) pakalpojumu finansējumā kompensācijas maksājuma nozīme nav bijusi būtiska²⁵ un finansējuma apjoma pieaugums tika nodrošināts ar pirms Covid-19 krīzes īstenoto budžeta politiku (4.2.2.att.).

²⁴ NVD publiskota operatīvā budžeta informācija, t.sk. valsts budžeta līdzekļu izpildes analīze ambulatorajās iestādēs, valsts budžeta līdzekļu izpildes analīze stacionāros, ārstniecības iestāžu pārskatu apkopojums, pārskats par ambulatorai veselības aprūpei plānotiem līdzekļiem, noslēgtiem līgumiem un faktisko izpildi līguma ietvaros, pārskati par noslēgtajiem līgumiem un veiktā darba apjomu sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē (SAVA), pārskats par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai veikto darbu sadalījumā pa pakalpojumu programmām un ārstniecības iestāžu pārskatu apkopojums par 2020.gada 1.pusgadu, par 2019.gada 1.pusgadu. Pieejami: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/operativa-budzeta-informacija>. (Saņemts no NVD pēc pieprasījuma).

²⁵ Izmantojot, piemēram, publiskā sektora gada pārskatiem Valsts kases noteikto būtiskuma līmeni gada pārskata un konsolidētā gada pārskata posteņu izmaiņu skaidrojumiem, nosakot izmaiņu būtiskumu, ja izmaiņas ir lielākas par 10%, sākot ar 2019. gada pārskatu.

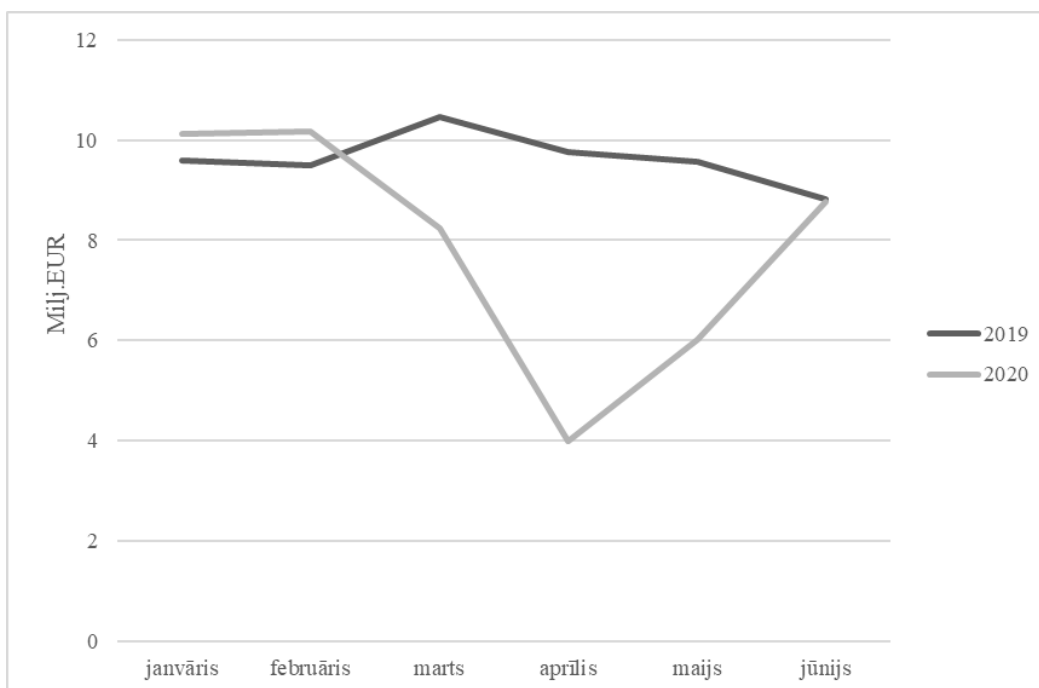


4.2.2.att. Klīnisko universitāšu slimnīcu pakalpojumu finansējuma apjomi, eiro

Avots: NVD publiski pieejamo pārskatu dati, iestāžu 2019. g. un 2020. g. pārskats²⁶

²⁶ NVD publiskota operatīvā budžeta informācija, t.sk. valsts budžeta līdzekļu izpildes analīze ambulatorajās iestādēs, valsts budžeta līdzekļu izpildes analīze stacionāros, ārstniecības iestāžu pārskatu apkopojums, pārskats par ambulatorai veselības aprūpei plānotiem līdzekļiem, noslēgtiem līgumiem un faktisko izpildi līguma ietvaros, pārskati par noslēgtajiem līgumiem un veiktā darba apjomu sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē (SAVA), pārskats par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai veikto darbu sadalījumā pa pakalpojumu programmām un ārstniecības iestāžu pārskatu apkopojums par 2020.gada 1.pusgadu, par 2019.gada 1.pusgadu. Pieejami: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/operativa-budzeta-informacija> . (Saņemts no NVD pēc pieprasījuma).

Savukārt ambulatora sektora pakalpojumu apmaksas (par epizodēm un manipulācijām) salīdzinošā analīze rāda pieņemto lēmumu ietekmi uz finansējuma apjomiem (4.2.3.att.) un kompensācijas mehānisma nozīmi ambulatora sektora funkcionēšanai.



4.2.3.att. Sekundārās ambulatoras veselības aprūpes pakalpojumu finansējuma izmaiņas 2020. gadā pret 2019. gadu

Avots: NVD publiski pieejamo pārskatu dati, iestāžu 2019. g. un 2020. g. pārskats²⁷

²⁷ NVD publiskota operatīvā budžeta informācija, t.sk. valsts budžeta līdzekļu izpildes analīze ambulatorajās iestādēs, valsts budžeta līdzekļu izpildes analīze stacionāros, ārstniecības iestāžu pārskatu apkopojums, pārskats par ambulatorai veselības aprūpei plānotiem līdzekļiem, noslēgtiem līgumiem un faktisko izpildi līguma ietvaros, pārskati par noslēgtajiem līgumiem un veiktā darba apjomu sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē (SAVA), pārskats par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai veikto darbu sadalījumā pa pakalpojumu programmām un ārstniecības iestāžu pārskatu apkopojums par 2020.gada 1.pusgadu, par 2019.gada 1.pusgadu. Pieejami: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/operativa-budzeta-informacija>. (Saņemts no NVD pēc pieprasījuma).

Secinājumi un rekomendācijas

- ✓ Pirmajā pandēmijas posmā Latvijas valdība izsludināja ārkārtējo situāciju un paziņoja par izdevumiem uzņēmējdarbības un privātpersonu atbalsta pasākumiem. Īstermiņa risinājumu ietvaros tika piešķirtas tiesības veikt izmaiņas apropriācijās, ieskaitot apropriāciju samazināšanu vai pārdali starp ministrijām un citām centrālās valdības iestādēm, lai novērstu un pārvaldītu sabiedrības draudus un sekas, kas saistītas ar Covid-19 izplatīšanos. 2020.gada marta sākumā, izmantojot izdevumu pārskatīšanu, novērtējot šī gada budžeta izdevumus, kas sākotnēji bija plānoti citiem mērķiem, tika pārdalīts neizmantotais finansējums, kas tika novirzīts programmai “Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem”. Apkopojot augstākminēto informāciju par finanšu līdzekļu piešķirumiem un pieņemtajiem finanšu lēmumiem uz 2020.gada 29.septembri informāciju par līdzekļu piešķiršanu Covid-19 izplatības seku mazināšanai un pārvarēšanai saskaņā ar Ministru kabineta lēmumiem piešķirtā summa bija 41 961 550 eiro, savukārt saskaņā ar finanšu ministra rīkojumiem faktiski pārdalītā summa bija 29 853 394 eiro. Latvija, tāpat ka visas valstis ir reaģējušas uz Covid-19 veselības krīzi ar ārkārtas budžeta asinājumiem, pastāvot konkrēto izdevumu piešķirumu absorbēšanas ātruma problēmam.
- ✓ Vidējā termiņā ir nepieciešama iespēja pielietot lielāku budžeta elastību, deleģējot līdzekļu pārdales tiesības nozaru ministriem (resoram).
- ✓ Finansējuma izmaiņu dinamika 2020. gada pirmajā pusgadā parāda, ka Covid-19 radītās budžeta problēmas ir vidēja termiņa problēmas, nevis tikai 2020. gada problēmas un pastāv katrā budžeta cikla posmā. Ir nepieciešami budžeta stratēģijas uzlabojumi, lai novērtētu resursus, kas nepieciešami veselības nozarē, lai, pārskatot esošos izdevumus, veiktu sistēmas pielāgošanas darbus, ievērojot to, ka veselības izdevumu indikatori un analīze (OECD/European Union (2020)) norāda uz publisko izdevumu palielinājuma nepieciešamību veselības nozarei Latvijā.

5. Zobārstniecības nozares nepārtrauktības nodrošināšana Latvijā saistībā ar Covid-19

Covid-19 epidēmijas mazināšanai ieviestie ierobežojumi pirmās ārkārtējās situācijas laikā skāra arī zobārstniecības pakalpojumu pieejamību. Zobārstniecības pakalpojumi atzīti par īpaši riskantiem dēļ ciešā kontakta starp personālu un pacientu, kā arī vairākām aerosolu ģenerējošām procedūrām, kuras vīrusu pilienu veidā izplata ļoti plašā diapazonā (Meng et al., 2020). Ir publicētas dažādas rekomendācijas par pacientu pieņemšanas telpu sadalījumu, dezinfekciju, aizsargtērpiem, rūpīgu pacientu aptaujāšanu un izmeklēšanu, intraorālo radioloģisko izmeklēšanu aizstāt ar ekstraorālo, mutes dezinfekciju ar hlorheksidīnu pirms procedūras, operācijas lauka ierobežošanu ar koferdamu u.tml. (Clarkson et al., 2020; NHS, 2020, SDCEP 2020). Tiek rekomendēts izvairīties no aerosolu veidojošo ierīču izmantošanas, taču nav precīzu vadlīniju, kā būtu jārikojas dažādas pakāpes kariozu bojājumu ārstēšanai.

Tradicionālās kariesa ārstēšanas tehnikas ir saistāmas ar augstu COVID-19 izplatības risku, tādēļ nesenā ārkārtas situācijas pieredze varētu būt ietekmējusi zobārstu lēmumu pieņemšanu. Zināšanas par Latvijas zobārstu gatavību ieviest neinvazīvas un minimāli invazīvas kariesa ārstēšanas metodes ikdienas praksē COVID-19 izplatības riska dēļ, palīdzēs zobārstniecības pakalpojumu organizēšanā un nepārtrauktības nodrošināšanā šīs un nākotnes iespējamo epidēmiju gadījumā.

5.1. Covid-19 ietekme uz zobārstniecību Latvijas bērniem līdz 18 gadu vecumam un sejas-žokļu ķirurģisko manipulāciju nodrošinājumu

5.1.1. *Materiāls un metodes*

Retrospektīvā kohorta pētījumā tika analizēti sekundārie dati par 2019. gadā un 2020. gadā pirmajos pusgados (no 1. janvāra līdz 30. jūnijam) sniegtajiem zobārstniecības aprūpes pakalpojumiem Latvijas iedzīvotājiem. Personas dati tika anonimizēti pirms datu faila iegūšanas, tika izveidoti personu pseido-identifikācijas numuri, kas ļāva identificēt sniegto pakalpojumu skaitu un spektru vienai personai, bet ne pašu personu.

No NVD VIS moduļiem par ambulatorajiem pakalpojumiem un stacionāros veiktajiem pakalpojumiem tiks atlasītas hospitalizācijas ar pamatdiagnozes kodiem K00-K07 kombinācijā vai atsevišķi ar šādām manipulācijām:

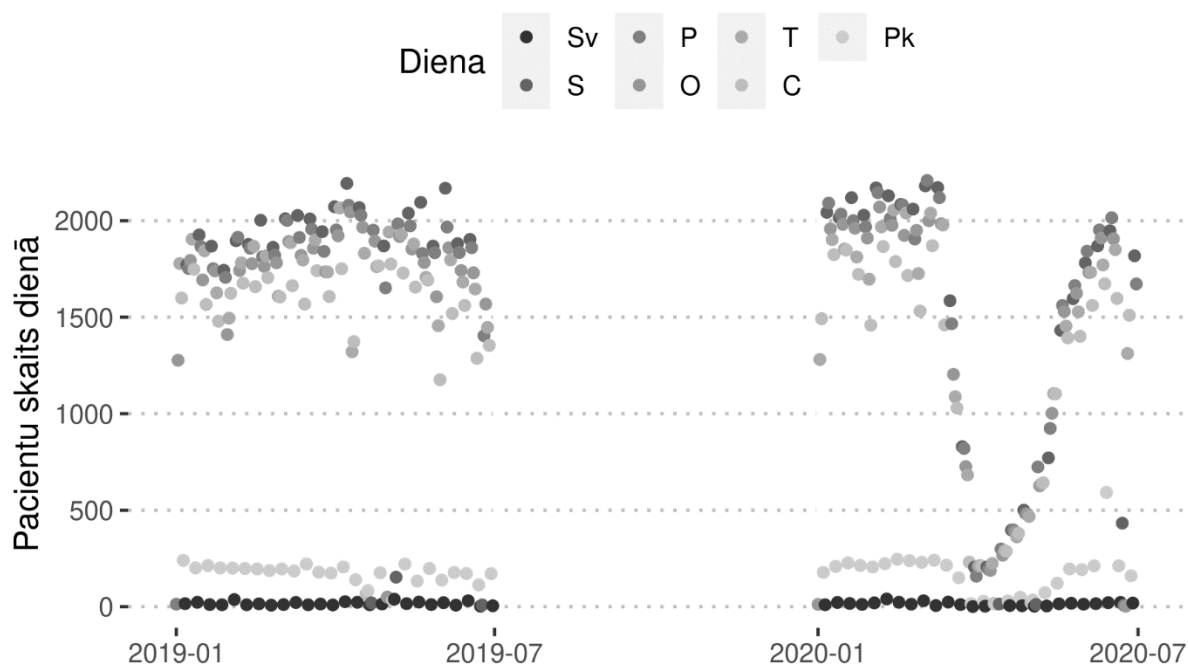
- plānotas ķirurģiskas manipulācijas (kodi 28001-28042);
- traumas sejas-žokļu rajonā (kodi 29001-29260);

- zobārstniecība bērniem (kodi 70001-77330);
- abscesu un flegmonu atvēršana sejas-žokļu rajonā (kods 18198);
- incīzija aukslēju abscesa gadījumā (kods 18199).

Dati tika tīrīti, analizēti un vizualizēti ar R programmu, izmantojot Tidyverse (Wickham et al., 2019), janitor (Firke, 2020), gtsummary (*Presentation-Ready Data Summary and Analytic Result Tables [R package gtsummary version 1.3.5]*, 2020) un sf (Kim et al., 2020) pakotnes.

5.1.2. Rezultāti

No kvantitatīvās NVD datu analīzes konstatējām, ka ārkārtējās situācijas laikā, 2019. gada aprīlī, zobārstniecības pakalpojumu sniegšanas apjoms bija minimāls - nedēļas dienās tas nokritās līdz citā laikā sestdienās pieņemto pacientu daudzumam, bet sestdienās - līdz svētdienas līmenim (5.1.2.1. att.).



5.1.2.1. att. Pieņemto pacientu skaits dienā 2019. un 2020. gada pirmajos sešos mēnešos

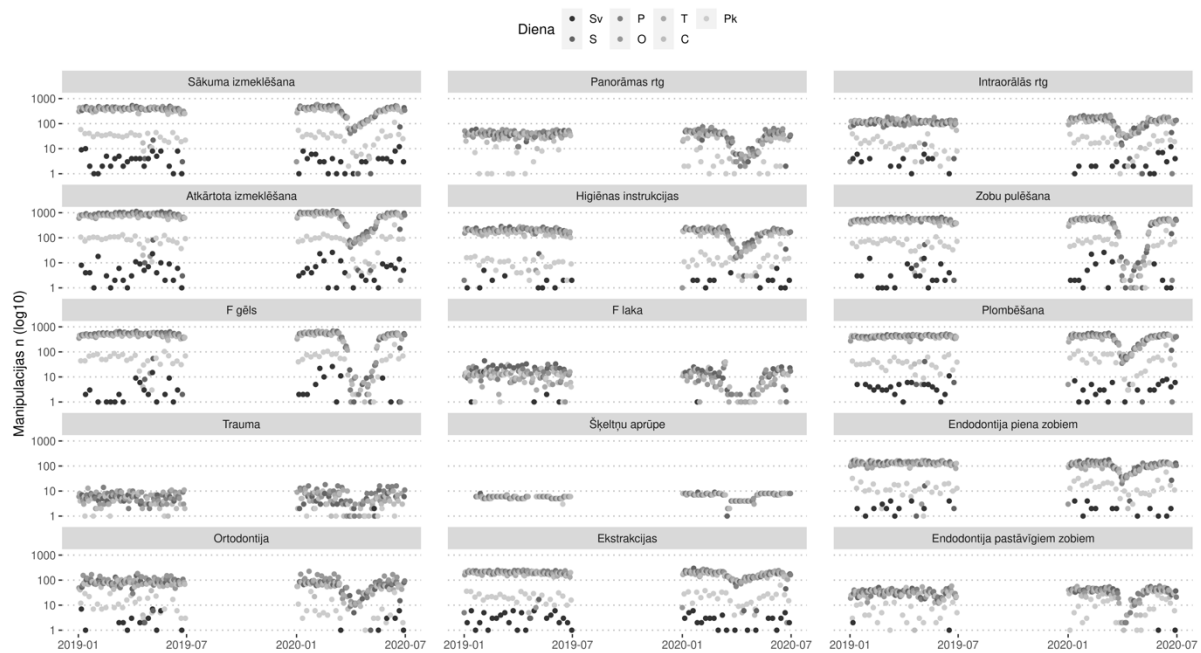
Valsts apmaksāti pakalpojumi nav pieejami visos Latvijas novados arī ikdienā, bet 2020. gada aprīlī bija vairāki Latvijas reģioni, kuros nav reģistrēta pakalpojumu sniegšana (5.1.2.2. att.)



5.1.2.2. att. Pieņemto pacientu skaits 2019. un 2020. gada aprīlī Latvijas novados

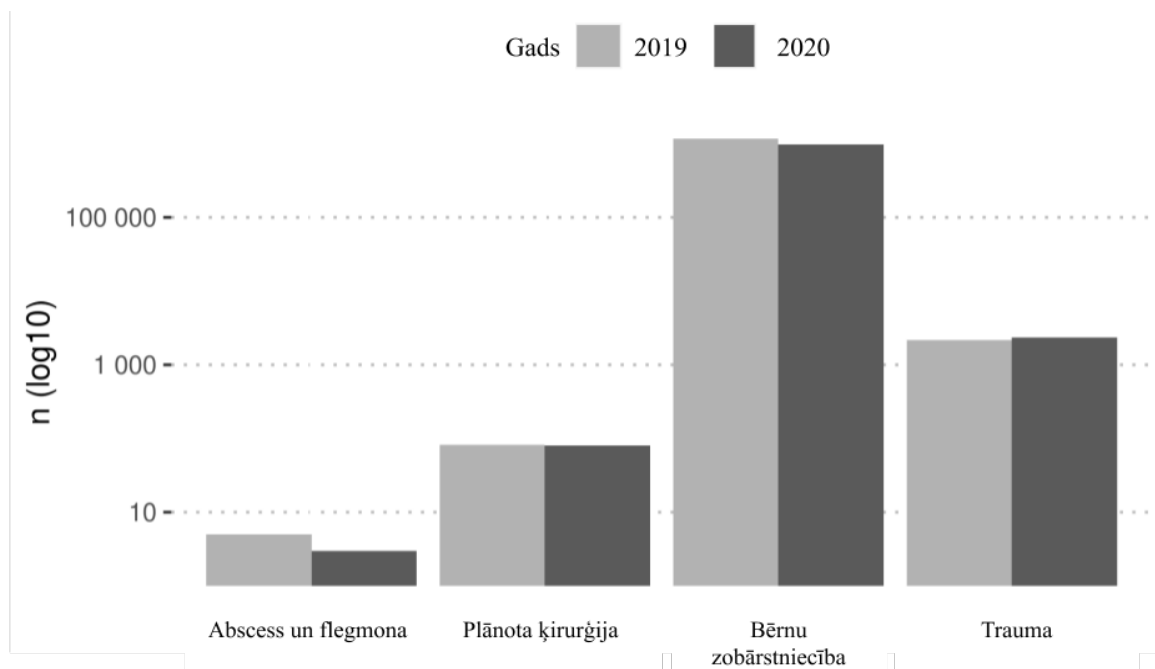
Piezīme: ar baltu krāsu redzami reģioni, kuros netika veikta neviena valsts apmaksāta manipulācija aprīlī

Analizējot pēc manipulāciju veida, varam redzēt, ka ārkārtējās situācijas laikā samazinājās līdzīgi visa veida manipulācijas, neatkarīgi no infekcijas pārnese riska (5.1.2.3. att.), bet netika konstatētas nozīmīgas atšķirības kopējā pirmajā pusgadā sniegto manipulāciju daudzumā (5.1.2.4. att.). Nekādas izmaiņas neskāra stacionāro palīdzību, kur kopējais sniegto pakalpojumu daudzums atšķiras katrā mēnesī, bet nav nozīmīgu atšķirību starp 2019. un 2020. gadu (5.1.2.5. att.).

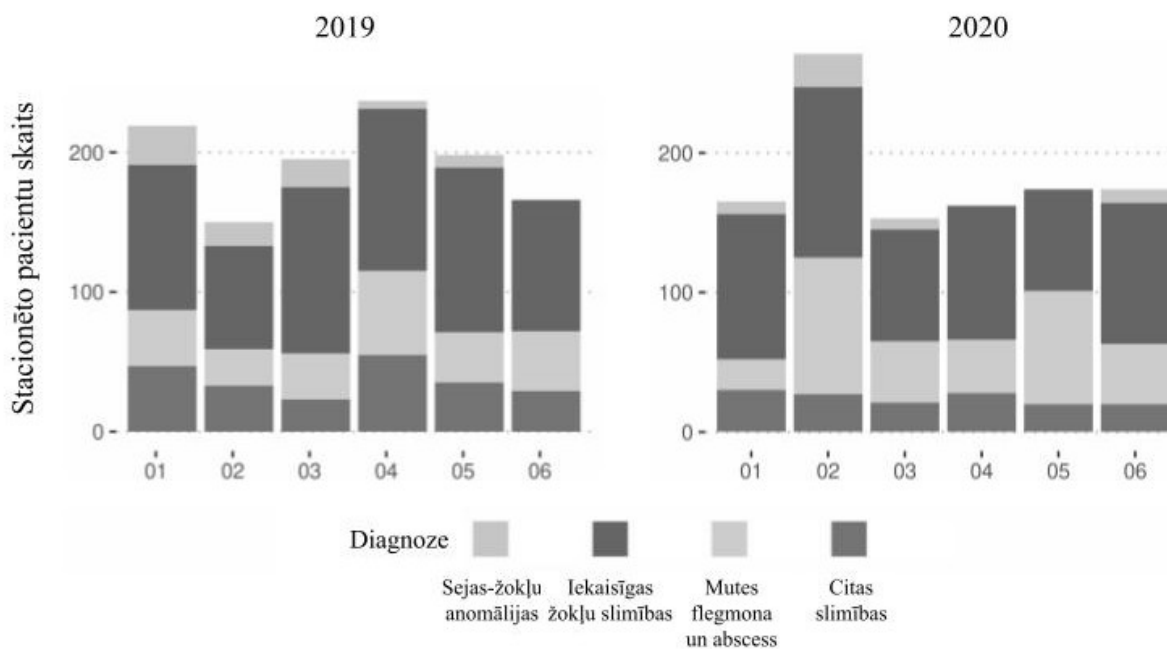


5.1.2.3. att. Veikto manipulāciju skaits (norādīts katrai nedēļas dienai logaritmiskā skalā) 2019. un 2020. gadu pirmajā pusgadā (no 1. janvāra līdz 30. jūnijam)

Piezīme: Pirmajās divās kolonnās apkopotas manipulācijas, kuras nerada aerosolus un ir ar mazāku Covid-19 infekcijas pārneses risku, bet trešajā kolonnā - metodes, kas saistāmas ar augstāku aerosolu ģenerēšanu un palielinātu infekcijas risku. Redzams, ka manipulāciju skaits ārkārtas situācijas laikā mazinājās neatkarīgi no ar metodēm saistāmā Covid-19 infekcijas riska.



5.1.2.4. att. Kopējais sniegto pakalpojumu skaits zobārstniecībā 2019. gada un 2020. gada pirmajos sešos mēnešos (no 1. janvāra līdz 30. jūnijam)
Piezīme: Rezultāti ir logaritmiskā skalā, jo bērnu zobārstniecības pakalpojumu daudzums ir ievērojami lielāks nekā citas pozīcijas



5.1.2.5. att. Stacionēto pacientu skaits 2019. gada un 2020. gada pirmajā pusgadā (no 1. janvāra līdz 30. jūnijam), iedalot pēc diagnozēm

5.1.3. Secinājumi un rekomendācijas

- ✓ Covid-19 pirmā viļņa laikā zobārstniecības pakalpojumu sniegšana mazinājās pastāvošo ierobežojumu dēļ, bet akūtā un neatliekamā palīdzība tika sniegta gan ambulatori, gan stacionāros. Ārkārtējā stāvokļa laikā no 2020. gada marta līdz maijam Latvijā negatīvi tika ietekmēta valsts apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu pieejamība.
- ✓ Lai nodrošinātu zobārstniecības pakalpojumu nepārtrauktību arī pie nelabvēlīgas Covid-19 infekcijas izplatības gaitas, būtu jāveicina telezobārstniecības attīstība (attālināto konsultāciju sniegšana) – finansējuma paredzēšana (jaunu kodu iekļaušana manipulāciju sarakstā), jaunu prasmju apgūšana speciālistiem, kuri strādā valsts sektorā, motivācijas radīšana ārstiem un pacientiem, tehnoloģisko risinājumu meklēšana.
- ✓ Rekomendācija optimizēt NVD datu apstrādi un uzglabāšanu, lai turpmāk jau esoši datu masīvi būtu pieejami pētniecībai, kas savukārt var radīt zināšanas jaunu lēmumu pieņemšanai (atbilst Sabiedrības veselības pamatnostādnes projekta 5. rīcības virzienam, 63.-67. punktam).

5.2. Zobārstu gatavība pielietot ar mazāku infekcijas risku saistītas kariesa ārstēšanas metodes

5.2.1. Materiāls un metodes

Analītisks šķērsriezuma pētījums Latvijas zobārstu populācijā ar anketēšanas metodi norisinājās no 2020. gada augusta līdz oktobrim. Latvijā visi praktizējošie zobārsti ir Latvijas Zobārstu asociācijas (LZA) biedri (n=1524), no kuriem 1092 ir pierakstījušies jaunumu saņemšanai, tādēļ LZA ir pieejamas e-pastu adreses. Ielūgumu izpildīt tiešsaistes anketu izsūtījām 3 reizes. Papildu anketas tika izdrukātas papīra formātā, kuras piedāvājām zobārstiem klātienē lekcijās, lai sasniegtu arī to zobārstu daļu, kuri neizmanto e-pastu vai nevēlas, lai viņiem tiktu sūtīta informācija caur e-pastiem. Izslēgšanas kritēriji bija nepilnīgi vai nederīgi aizpildīta anketa.

Izlases lielums tika aprēķināts, balstoties uz hipotēzi, ka Latvijā ir vismaz 15% zobārstu, kuri ir gatavi ikdienas klīniskajā praksē pielietot neinvazīvas un minimāli invazīvas kariesa ārstēšanas metodes (aprēķināts no 2014. gadā veiktā pētījuma par zobārstu sniegtajām rekomendācijām rezultātiem (Sopule et al., 2017). Ņemot vērā, ka populācijas lielums ir 1524 zobārsti, sagaidāmais rezultatīvais mainīgais ir 15% +/- 5, pieļaujamā kļūda 5% un dizaina efekts 1, aprēķināts, ka nepieciešami vismaz 174 respondenti, lai sniegtu rezultātus ar 95% ticamības intervalu.

Ekspertu komisija izstrādāja anketu, kas sastāv no 3 daļām speciāli šim pētījumam - 1) demogrāfiskie dati; 2) zobārsta profila noteikšana, izmantojot iepriekš validētu anketu (Tveit et al., 1999), to adaptējot; 3) zobārstu gatavības pielietot neinvazīvās un minimāli invazīvās kariesa ārstēšanas metodes, izstrādājot jaunus jautājumus. Anketā ir 14 jautājumi:

1. Demogrāfiskie rādītāji (4 jautājumi):
 - a. dzimums,
 - b. gads, kurā iegūts zobārsta grāds,
 - c. vai ir specialitātes grāds un
 - d. kādā specialitātē.
2. Zobārsta profila noteikšana (4 jautājumi) - invazīvs vai minimāli invazīvs.
3. Gatavība pielietot neinvazīvas un minimāli invazīvas kariesa ārstēšanas metodes (6 jautājumi):
 - a. gatavība pielietot neinvazīvas vai minimāli invazīvas metodes, ja tradicionālās metodes Covid-19 dēļ tiktu aizliegtas;
 - b. gatavība pielietot neinvazīvas vai minimāli invazīvas metodes, ja tās Covid-19 dēļ tiktu rekomendētas.

Anketas otrās daļas jautājumu tulkošana un adaptācija veikta pēc starptautiskām rekomendācijām (Guillemin et al., 1993). Veikti divi neatkarīgi tulkojumi uz latviešu valodu (tos veica 2 zobārstniecības speciālisti ar dzimto latviešu valodu), pēc tam veikti 2 neatkarīgi atpakaļ-tulkojumi uz angļu valodu (tos veica 2 ar zobārstniecību nesaistīti tulki, kuriem dzimtā valoda ir angļu un kuri pārvalda latviešu valodu). Ekspertu komisija, kas saprot gan latviešu, gan angļu valodu, izanalizēja iegūtos tulkojumus, salīdzināja ar pirmavotu un adaptēja jautājumus atbilstoši mērķpopulācijai, izvēlējās tikai pētījuma mērķim atbilstošos jautājumus un izveidoja anketas pirmo versiju.

Anketas trešās daļas jautājumu izstrāde - tika atlasītas kariesa ārstēšanas metodes, kuras visi eksperti atzina par būtiskām pētījuma mērķa sasniegšanai. Tika izstrādāta anketas jautājumu forma, izmantojot divas situācijas (rekomendāciju un aizlieguma apstākļi) un, katrā no tām, jautājot par divām populācijām - bērnu un pieaugušo.

Kvalitatīva anketas pārbaude - iegūto anketu izdalījām 8 zobārstiem (no pēdējiem trīs speciālistiem netika gūti jauni komentāri par anketu), pārjautājot daļu jautājumu mutiski, prasot: "Ko Jūs domājat ar savu atbildi?", pierakstot savus novērojumus, tāpat eksperts pierakstīja visu dalībnieku jautājumus un neskaidrības vai ieteikumus. Visu ekspertu pierakstīto informāciju komisija analizēja kvalitatīvi un, veicot izmaiņas jautājumu un/vai atbilžu variantu formulējumā, izveidoja otro anketas versiju.

Pilota pētījums - iegūto otro anketas versiju izsūtījām 30 zobārstiem, kuri aizpildīja anketu. Arī šajā fāzē bija atvēlēts lauks komentāriem, bet jauni ieteikumi vairs netika saņemti.

Anketēšanu atkārtojām pēc 2 nedēļām tiem pašiem dalībniekiem; tādos pašos apstākļos. Pēc minimālu korekciju veikšanas tika iegūta trešā, galējā instrumenta versija.

Pētījumam izstrādāts datu pārvaldības plāns. Dati tiek uzglabāti csv formātā. Visa datu apstrāde, tīrīšana un analīze veikta R statistikas programmā, izveidojot datu analīzes kodu. Veikta aprakstošā datu analīze un datu vizualizācija. Dati publicēti Dataverse repozitorijā (<https://dataverse.rsu.lv/dataset.xhtml?persistentId=doi:10.48510/FK2/PZL9DW>).

Risku novēršanai tika ņemtas vērā sekojošas iespējamās kļūdas. Selekcijas kļūdas – anketēšanā aicināti piedalīties visi Latvijā praktizējošie zobārsti, turklāt divos veidos - ar tiešsaistes anketu (ar 3 uzaicinājumiem) un ar drukātu anketu plaši apmeklētu semināru laikā, tā mazinot selekcijas kļūdas iespējamību. Informācijas kļūda – pastāv iespēja, ka respondenti varētu atbildēt, ko uzskata par vajadzīgu, nevis, ko dara reālajā klīniskajā praksē, tādēļ anketas ievadā rūpīgi izskaidrots pētījuma mērķis, nepieciešamība to veikt un izklāstīts, ka dati būs pilnīgi anonīmi, anketas netiks analizētas atsevišķi, un nepiedalīšanās vai atbilžu saturs neradīs nekādas negatīvas sekas.

Pētījums veikts saskaņā ar Helsinku Deklarāciju (Emanuel et al., 2000; World Medical Association, 2013), kā arī ievērojot personu datu aizsardzību.

Piedalīšanās pētījumā bija brīvprātīga. Zobārsti tika informēti par pētījuma mērķi un aicināti tajā piedalīties, bet tajā pašā laikā tika paskaidrots, ka atteikšanās no dalības neradīs nekādas negatīvas sekas.

E-pastu adreses nebija pieejamas pētniekiem, anketas izsūtīja LZA darbinieki, kuriem ir pieejamas e-pastu adreses ar pašu lietotāju piekrišanu. Anketā netika reģistrēti nekādi personas dati, pēc kuriem zobārsts varētu būt identificējams, kā arī netika izsekots tiešsaistes anketu aizpildītāju e-pastiem.

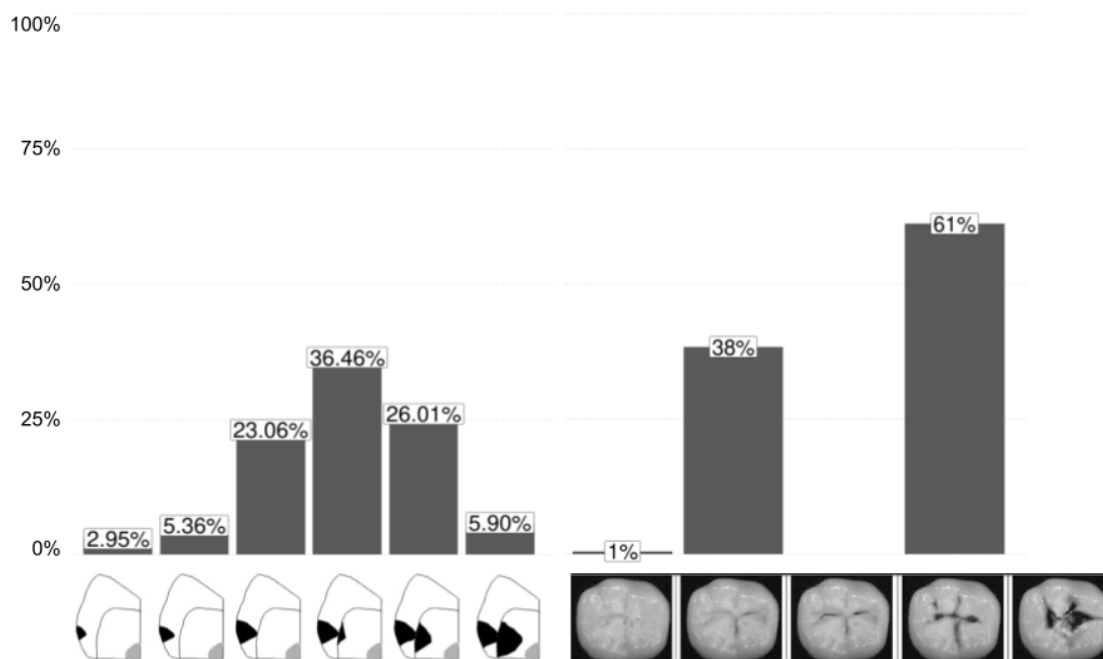
5.2.2. Rezultāti

Kopumā aizpildītas 373 anketas (atbildes rādītājs tiešsaistes anketām bija 21,6%, klātienes anketām - 56,2%). Ir iegūts reprezentatīvs paraugs, jo zobārstu demogrāfiskie rādītāji atbilst sagaidāmiem (skat. 5.1. tab.) un piedalījās visa vecuma zobārsti (grāda iegūšanas gads no 1973. līdz 2020., iekļaujot pilnīgi visus gadus, katrā gadā n = 1-16).

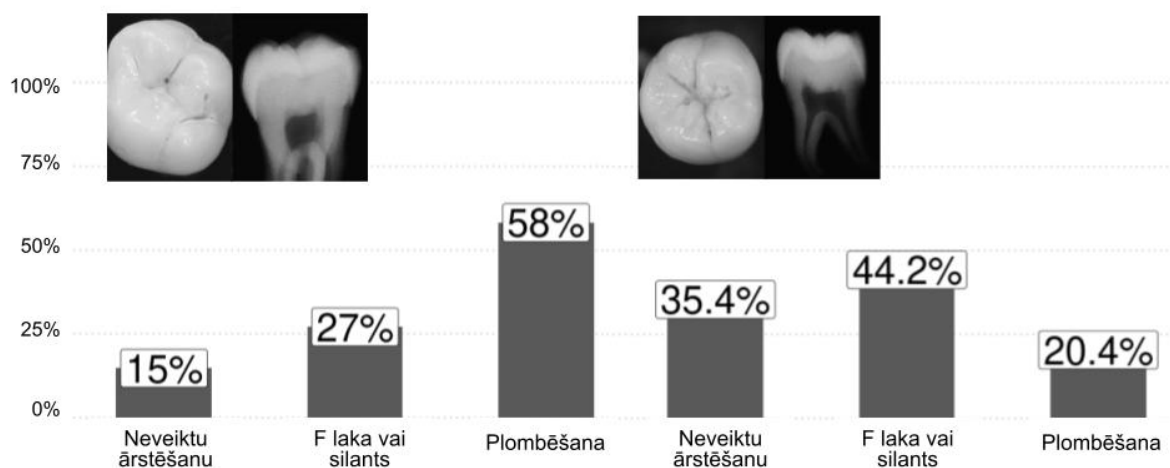
5.2.2.1. tab. Aptaujas dalībnieku demogrāfiskie rādītāji

	KOPĀ (n=373) (%)
Dzimums	
Sieviete	344 (92,2%)
Vīrietis	29 (7,8%)
Speciālista grāds	
Jā	29 (7,8%)
Nē	344 (92,2%)
Pacienti, kurus pieņem savā praksē	
Gan pieaugušos, gan bērnus vienlīdzīgi	223 (59,8%)
Mazus bērnus ļoti reti	67 (18,5%)
Tikai pieaugušos	81 (21,7%)
Zobārsta profils	
Tradicionāls	321 (86,1%)
Minimāli invazīvs	52 (13,9%)

Izvērtējot zobārstu profilu, konstatēts, ka 14% atbilst minimāli invazīvai pieejai (5.2.2.1. tab.), turklāt šim profila rādītājam netika atrasta saistība ar zobārsta grāda iegūšanas gadu. 5.2.2.1. attēlā redzams, kurās proksimāla un okluzāla kariesa stadijās Latvijas zobārsti izvēlas uzsākt restoratīvu ārstēšanu. 5.2.2.2. attēlā redzamas ārstēšanas metožu izvēles divās klīniskās situācijās. Kā minimāli invazīvs zobārsta profils tika definēts tad, ja restoratīvu ārstēšanu uzsāktu, kad kariozais bojājums ir dentīna līmenī (5.2.2.1. attēlā pēdējie divi attēli katrā skalā) un dotajos klīniskajos gadījumos izvēlas nerestoratīvu ārstēšanas pieeju (5.2.2.2. attēlā “Neveiktu ārstēšanu” vai “F laka vai silants”).

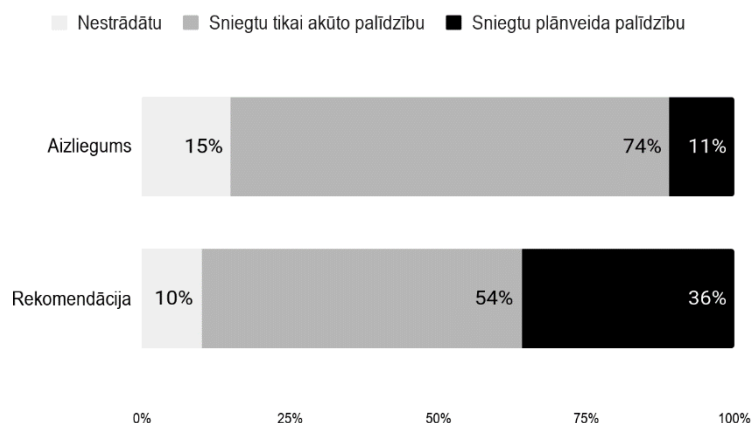


5.2.2.1.att. Latvijas zobārstu izvēle, pie kuras bojājumu pakāpes uzsākt restauratīvu ārstēšanu



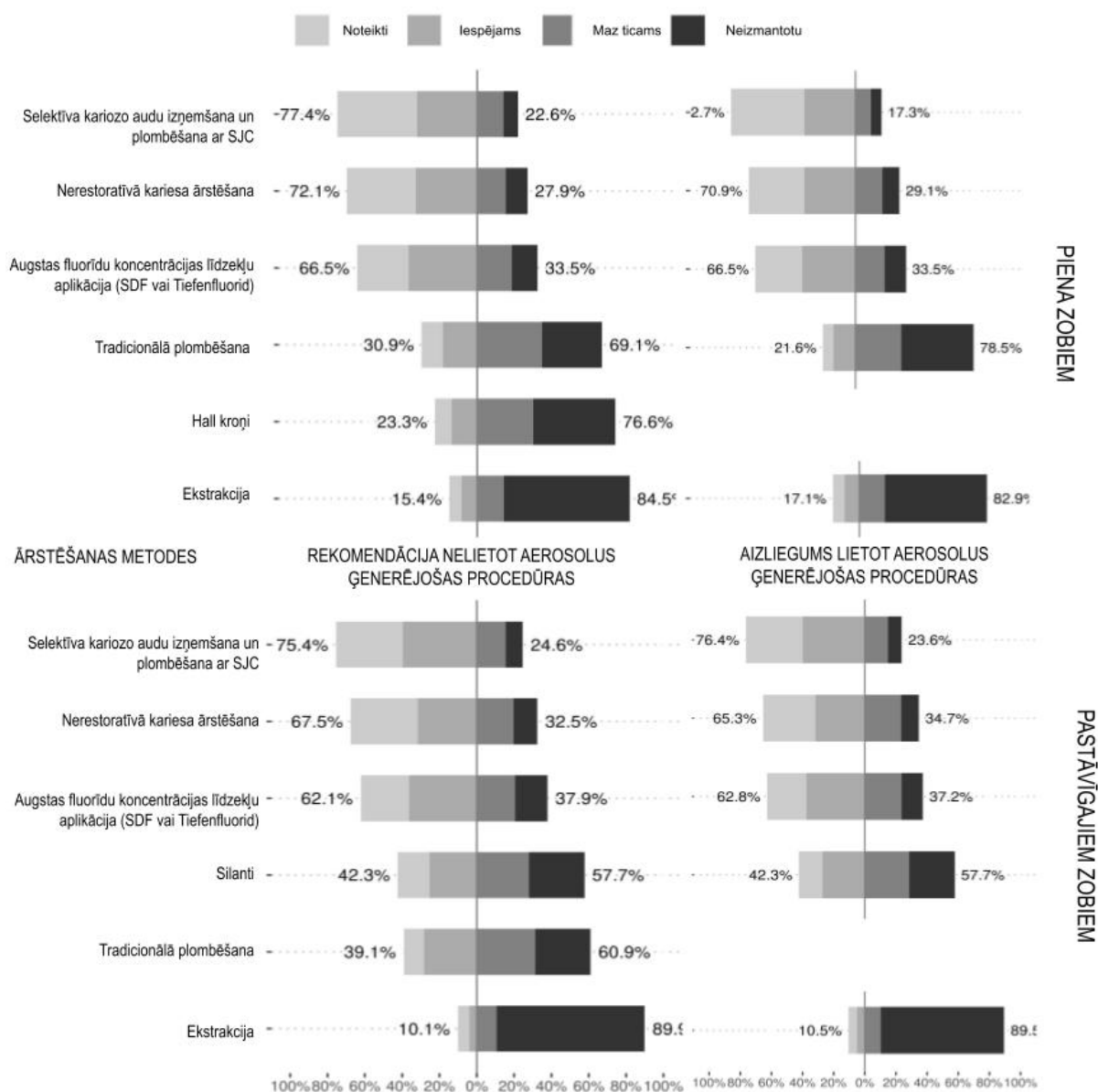
5.2.2.2.att. Ārstēšanas metožu izvēle divos klīniskos gadījumos (zināms, ka pacientam ir 20 gadu, iepriekš nav redzēts, pagājuši 2 gadi kopš viņa pēdējās kontroles; pacients katru dienu lieto fluorīdus saturošu zobu pastu; gan uztura, gan mutes higiēnas paradumi ir labi)

Anketas trešajā daļā zobārstiem bija jāizvērtē, kā rīkotos divās iespējamās situācijās - ja Covid-19 dēļ tiktu izsludināts aizliegums izmantot aerosolus ģenerējošas procedūras (rotējošos instrumentus) vai ja tiktu rekomendēts izvairīties no šīm procedūrām. Zobārstu izvēle strādāt un pieņemt pacientus šajās divās hipotētiskajās situācijās parādīta 5.2.2.3. attēlā.



5.2.2.3.att. Zobārstu izvēle pieņemt pacientus Covid-19 epidēmijas laikā atkarībā no pastāvoša aizlieguma vai rekomendācijām neizmantot aerosolus ģenerējošas procedūras

Zobārstiem tika lūgts atzīmēt, kādas kariesa ārstēšanas metodes izmantotu šajās divās hipotētiskajās situācijās. Gan piena, gan pastāvīgo zobu nekomplīcēta kariesa ārstēšanai zobārsti visbiežāk izvēlētos selektīvu kariozo audu izņemšanu ar rokas instrumentiem un plombēšanu ar stikla jonomērcementu (SJC) vai nerestoratīvo kariesa ārstēšanu, izmantojot arī augstas koncentrācijas fluorīdu līdzekļu aplikācijas, neatkarīgi no tā, vai ir aizliegts lietot aerosolu ģenerējošas metodes, vai pastāv šāda rekomendācija.



5.2.2.4.att. Latvijas zobārstu nekomplicēta kariesa ārstēšanas metožu izvēle, atkarībā no pastāvošiem ierobežojumiem Covid-19 pandēmijas dēļ

5.2.3. Secinājumi un rekomendācijas

Lai nodrošinātu zobārstniecības pakalpojumu nepārtrauktību, nav nepieciešams ieviest kādu darbību aizliegumu, jo zobārstniecības prakses var nodrošināt efektīvu infekcijas kontroli, turklāt, ieviešot aizliegumus, var tikt apdraudēta zobārstniecības pakalpojumu pieejamība un iespēja saņemt palīdzību veselības problēmu gadījumā.

Ņemot vērā respiratoru infekcijas slimību izplatības ceļus, personāla un pacientu drošībai jārekomendē maksimāli izmantot aerosolus neģenerējošas metodes, starp kurām ir neinvazīvas un minimāli invazīvas kariesa ārstēšanas metodes.

Lai šādas kariesa ārstēšanas metodes zobārsti izmantotu arī valsts apmaksātās bērnu zobārstniecības ietvaros, svarīgi iekļaut metodes NVD manipulāciju sarakstā un apmaksāt atbilstoši materiālu un darba izmaksām.

Analizējot metodes, kuras Latvijas zobārsti izvēlētos kā pirmās nekomplicēta kariesa ārstēšanai, liecina par informācijas trūkumu par dažām jaunākām metodēm, piemēram, Hall tehniku, tādēļ svarīgi arī nodrošināt speciālistu mūžizglītību. Rekomendācijas izglītībai:

- ✓ Zobārstu tālākizglītībā - sniegt zināšanas un attīstīt prasmes par minimāli invazīvās zobārstniecības efektivitāti un pielietojumu, tai skaitā attālināto konsultāciju izmantošanu zobārstniecībā (telezobārstniecība).
- ✓ Zobārstniecības speciālistu līdzdiploma izglītībā - pacientu konsultāciju nozīme, tai skaitā telezobārstniecību, diagnostikas iespējas attālināti, veicināt neinvazīvu un minimāli invazīvu kariesa ārstēšanas metožu pielietošanas prasmju attīstību.

5.3. Aktualitātes, problēmas un izaicinājumi zobārstniecības sistēmā Covid-19 ārkārtējās situācijas laikā Latvijā: kvalitatīvs pētījums

5.3.1. Materiāls un metodes

Lai noskaidrotu, kādas bija aktualitātes, problēmas un izaicinājumi Covid-19 pandēmijas laikā Latvijā tika intervēti divi asociāciju vadītāji un astoņi lielāko reģionālo klīniku vadītāji laikā no 2020. gada 14. oktobra līdz 17. novembrim. Iestāžu vadītāji atzina, ka ārkārtējā situācija ir likusi attīstīties, sakārtot un pilnveidot klīnikas darbību; iegūtā pieredze palīdzēs Covid-19 pandēmijas “otrā viļņa” laikā un adaptētās IAL lietošanas prasmes būtu jā saglabā arī turpmāk. Arī pasaules pieredze rāda, ka pastiprināta IAL lietošana efektīvi pasargā zobārstus no inficēšanās ar Covid-19 (Estrich et al., 2020).

5.3.2. Rezultāti

5.3.2.1. Darbinieku un pacientu veselības drošība un aizsardzība Covid-19 kontekstā

Visi klīniku un asociāciju vadītāji atzina, ka prioritārais izaicinājums Covid-19 ārkārtējās situācijas laikā bija pacientu un darbinieku veselības drošība.

Pacientu aizsardzība

Lai aizsargātu pacientu drošību, būtiska ir pacientu godprātība un patiesas informācijas sniegšana par savu veselības stāvokli. Klīnikās pie ieejas tika izveidoti posteņi, kur noskaidroja informāciju par pacientu (netika pieņemti pacienti ar Covid-19 simptomātiku, karantīnā un pašizolācijā esošus), tā maksimāli ierobežojot iespēju, ka klīnikā ienāk ar Covid-19 inficēts pacients; papildus nodrošinātas arī sejas maskas un roku dezinfekcija pie ieejas un vairākās klīnikas vietās. Novērots, ka dažu mēnešu laikā pacienti ir kļuvuši apzinīgāki, arvien labāk lieto IAL, tā ierobežojot arī citu vīrusu izplatību, pie tam paši pacienti labprāt izvēlas saglabāt šādu piesardzīgu pieeju.

Darbinieku aizsardzība

2020. gada pavasarī, ievērojot MK noteikumus, zobārstniecībā plānveida pakalpojumu sniegšana tika apturēta līdzīgi kā citās primārās veselības aprūpes nozarēs. Tika turpināta akūtā palīdzības sniegšana, taču visiem darbiniekiem, kuri nevēlējās strādāt (īpaši vecāka gadagājuma kolēģiem), tika dota iespēja ņemt atvaļinājumus, slimības lapas vai saņemt dīkstāves pabalstus. Strādājošiem darbiniekiem (ārstiem, asistentiem, administratīvam personālam) tika nodrošināti IAL (aizsargmaskas, respiratori, vienreizlietojamie halāti, uzroči, v/l cepures, aizsargekrāni, cimdi), veikta to lietošanas apmācība un drošības instruktažas; tika izvietotas norādes par 2 m distances ievērošanu un stikla vai plastikāta aizsargi vietās, kur nebija iespēja ievērot 2 m distanci. Klīnikās nodrošināja papildus intensīvāku virsmu dezinfekciju ar līdzekļiem, kuros ir > 70% spirta; arī grīdu dezinfekcija reizi stundā, telpu kvarcošana un pastiprināta vēdināšana. Šobrīd vadītāji novēro darbinieku labāku izpratni par IAL lietošanu.

Aizsardzības līdzekļu resursu iegāde

Iegādes process daudz neatšķīrās no laika pirms Covid-19 izplatības, taču sākumā IAL trūka, tādēļ NVD palīdzēja ar iegādi un LZA ar IAL sadali pa klīnikām. NVD finansētie IAL ārkārtas situācijas sākumā bija pieejami visām klīnikām, kuras sniedza akūto palīdzību, vēlāk tikai tam, kuras sniedza valsts apmaksātus pakalpojumus. Šobrīd visās klīnikās ir izveidoti IAL uzkrājumi, tai skaitā specifiskie, kas nepieciešami darbam ar inficētiem pacientiem.

5.3.2.2. Zobārstniecības pakalpojumu nepārtrauktības nodrošināšana Covid laikā

Zobārstniecības klīnikas ievēroja MK noteikumus un ārkārtas situācijas laikā sniedza atļautos pakalpojumus, tomēr daži intervētie klīniku vadītāji norādīja, ka dažādas klīnikas atšķirīgi interpretēja terminus “akūta palīdzība” un “neatliekama palīdzība”, un, iespējams, mazākās, grūtāk izkontrolējamās klīnikās tika sniegta plānveida palīdzība. Grūtības sagādāja palīdzības sniegšana Covid-19 inficētiem vai karantīnā esošiem pacientiem; no intervijās minētā var noprast, ka šiem pacientiem palīdzību sniedza tikai stacionārā.

Akūta ambulatorā zobārstnieciskā palīdzība

Laikā no 13. marta līdz 12. maijam tika sniegta palīdzība akūtos un neatliekamos gadījumos, bet no 13. maija tika atjaunota plānveida palīdzība, ievērojot visus drošības pasākumus. Atsevišķās klīnikās bija apgrūtināta pakalpojumu sniegšanas nodrošināšana personāla trūkuma dēļ - bailes, riska grupas personas vai speciālisti, kuri ārkārtas situācijas laikā saņēma pabalstus, neatsāka darbu līdz jūlijam, tādēļ lielākajām klīnikām bija jāpieņem arī citu klīniku pacienti, kuriem bija zobu sāpes vai iekaisums. No 13. marta līdz 12. maijam kā palīdzība biežāk nekā parasti tika veiktas ķirurģiskas manipulācijas, t.i., ekstrakcijas, domājot par izvairīšanos no aerosolu ģenerējošām manipulācijām. Šāda palīdzība tika rekomendēta arī ar Covid-19 inficētām personām akūtu zobu sāpju gadījumā.

Neatliekamā palīdzība (t.sk., ortodontija, protezēšana)

No 13. marta līdz 12. maijam vairākās klīnikās kontroles vizītes nenotika, kaut arī speciālisti atzīst, ka dažu saslimšanu ārstēšanā šo vizīšu iztrūkums var nozīmēt neveiksmīgu ārstēšanas rezultātu, piemēram, ortodontijā, līdz ar to klīnikas, kas spēja nodrošināt drošību, turpināja šo pakalpojumu sniegšanu. No 13. maija atsākās plānveida ārstēšana (protezēšana un

cita ārstēšana, kura bija uzsākta pirms ārkārtas situācijas), bet tā nebija pieejama personām, kuras bija atbraukušas no Covid-19 skartām valstīm.

Stacionārā palīdzība

Iestāties stacionārā varēja tikai ar negatīvu Covid-19 analīzi, tomēr stacionārā bija iespēja izolēt neskaidros gadījumos vai ar Covid-19 inficētus pacientus. “Zaļais koridors” un bērnu aprūpe tika nodrošināti pilnā apmērā. Tika ierobežota dienas stacionāra darbība un mazināta pacientu savstarpējo kontaktu iespējamība, atceltas maksas plānveida operācijas.

Plānveida pakalpojumi

Plānveida pakalpojumu pieejamību pakāpeniski atjaunoja kopš 13. maija, tomēr specialitātes, kuru darbs ir vairāk saistīts ar aerosolus ģenerējošām manipulācijām - zobu higiēnisti, periodontologi un citi, atsevišķās klīnikās, neatjaunoja pakalpojumu sniegšanu ilgstoši. Visi aptaujātie atzina, ka ir nepieciešams nodrošināt nepārtrauktu plānveida palīdzību.

5.3.2.3. Zobārstniecībā nodarbināto finansiālās situācijas ilgspējības nodrošināšana

Zobārstniecības klīniku un speciālistu atbalsts tika nodrošināts dažādi - dīkstāves pabalsti (izplatīti zobu higiēnistiem un asistentiem, apmaksājot 100% apmērā), NVD avansa maksājumi, NVD atbalsts, iegādājot IAL. Privātās klīnikās bieži tika ņemti atvaļinājumi vai slimības lapas, notika personāla pārkvalifikācija uz pozīcijām, kas konkrētā periodā bija vairāk noslogotas, kā arī pēc iespējam klīnikas atbalstīja savus darbiniekus no finanšu rezervēm. Daži pensijas vecuma darbinieki vairs neatgriezās. Pozitīvi, ka valsts apmaksāto pakalpojumu saraksts tika papildināts ar kodiem par papildus infekcijas kontroli un tika pagarināta iespēja saņemt valsts apmaksātu zobārstniecību trīs mēnešus pēc 18 gadu vecuma sasniegšanas.

Speciālisti atzina, ka būtu labi, ja valsts turpinātu atbalstīt ar IAL iegādi, jo to cenas ir vairākkārt pieaugušas, kā arī uzskata, ka nav pareizi piešķirt dīkstāves pabalstus profesiju pārstāvjiem, kas pēc likuma noteiktā periodā drīkst sniegt pakalpojumus un nav riska grupā.

Klīnikām radās finanšu zaudējumi, ieņēmumi samazinājās, bet palielinājās izdevumi par IAL iegādi, ir izveidojušies parādi, kurus iespēju robežās klīnikas cenšas apmaksāt.

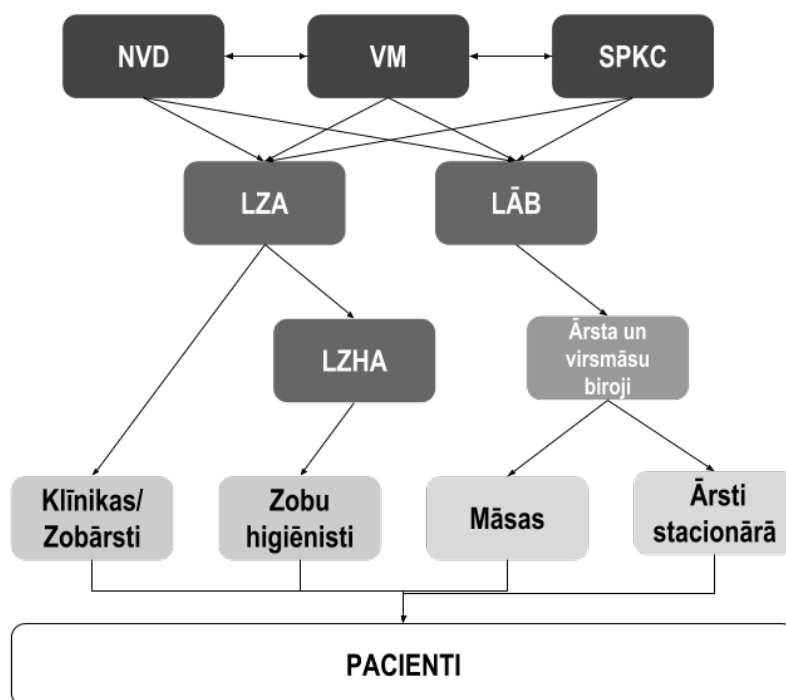
Informācijas aprīte starp pacientiem, speciālistiem, asociācijām, biedrībām un veselības ministriju

Informācijas aprīte kopumā noritēja veiksmīgi ar dažiem izņēmumiem - atsevišķas klīnikas uzskatīja, ka nebija saņēmušas informāciju savlaicīgi un informācijas sniegšana varēja būt skaidrāka (tas attiecas uz VM un NVD sniegto informāciju).

Informācijas aprīte starp klīniku / speciālistiem un LZA, LĀB, VM

LZA komunicēja ar VM, SPKC un LĀB, klīnikas un speciālisti saņēma informāciju, vadlīnijas un rīkojumus no LZA, dažreiz no LĀB elektroniski. LZA izveidoja sarakstu ar klīnikām, kuras nodrošināja akūto palīdzību laikā no 12. marta līdz 12. maijam. Zobu higiēnisti informāciju saņēma mazliet novēloti, jo bija vairāk starpposmu informācijas aprītē.

Stacionārā informāciju saņem caur Ārstu un Virsmāsu birojiem – adekvāti, savlaicīgi, mērķtiecīgi.



5.3.1.att. Informācijas apmaiņa Covid-19 ārkārtas situācijas laikā zobārstniecības nozarē starp lēmējinstītūcijām, asociācijām, speciālistiem un pacientiem

Informācijas aprīte starp klīniku/speciālistiem un pacientiem

Intervētie speciālisti atzīst, ka trūka tiešas informācijas sniegšanas pacientiem par zobārstniecības pakalpojumiem (no VM vai SPKC), tādēļ praksēm bija jānodarbojas ar pacientu apzināšanu un situācijas skaidrošanu. Tika uzlabots zvanu centra darbs,

automatizācija, kur iespējams; administratoru pienākumi ietvēra pacientu informēšanu par klīnikas darbu, pierakstu veidošanu, pārrakstīšanu.

Lielākā daļa intervēto vadītāju uzskatīja, ka zobārstniecībā attālinātas konsultācijas nav iespējamās, un tās netika sniegtas; tikai retas klīnikas vai konkrēti speciālisti, izmantojot dažādus līdzekļus, t. sk. telefonu, WhatsApp, Facebook un speciālas konsultāciju platformas sniedza attālinātu palīdzību pacientiem.

5.3.2.4. Zobārstniecības prakses darba organizācijas maiņa un pielāgošana epidemioloģiskajiem apstākļiem Covid-19 situācijā

Klīniku darba organizācija

Lielākajās iestādēs tika izdoti iekšējie rīkojumi, izveidotas krīzes vadības komandas, bet mazākajās klīnikās organizācijas izmaiņās iesaistījās viss kolektīvs. Klīnikās vienlaikus strādāja mazāks ārstu skaits, bija īsāks darba laiks (izņemot stacionāru), tika ieviests “slēgto durvju + zvana pogas” princips, lai klīnikā ienāktu, tikai iepriekš apstiprināti, pacienti noteiktā laikā (pieraksti tikai telefoniski). Pie ieejas lielākajās klīnikās tika izveidoti posteņi informācijas iegūšanai no pacientiem, temperatūras mērīšanai, roku dezinfekcijai, IAL izsniegšanai. Pacientiem tika pagarināts vizītes ilgums, lai mazinātu pacientu savstarpējo kontaktu iespējamību un lai varētu veikt labāku dezinfekciju un telpu vēdināšanu.

Personāla IAL

Izvietotas norādes par 2 m distanci, plastikāta barjeras, noteikts maksimālais cilvēku skaits katrā telpā. Ne visas klīnikas ir piemērotas, lai ievērotu distanci. Visiem darbiniekiem bija jālieto IAL pastiprinātā režīmā (respiratori, v/l halāti), par ko sākumā bija diskusijas, bet šobrīd darbinieki lielākoties apzinīgi lieto IAL. Klīniku vadītāji arī atzīst, ka IAL lietošanas paradumi ir mainīgi, un ir nepieciešami regulāri atgādinājumi un kontrole, īpaši gados vecākiem kolēģiem.

Ārpakalpojumi

Klīnikas, kuras parasti izmanto ārpakalpojumus, turpināja tos saņemt; klīnikas nodrošināja IAL arī ārpakalpojumu sniedzējiem, kuri gan ne vienmēr tos godprātīgi lietoja.

Psihosociālais atbalsts

Dominēja savstarpējs atbalsts no kolēģiem, dažviet arī no iestādes vadības. Atsevišķās klīnikās tika meklēti palīdzība no online konsultācijām vai lekcijām par šo tēmu. Intervētie vadītāji atzina, ka psihosociālajam atbalstam būtu jāpievērš lielāka vērība, īpaši vidējā personāla atbalstam.

5.3.2.5. Zobārstniecības pakalpojumu bīstamības mazināšana

Lielākā daļa atzina, ka zobārstniecības kabineti ir viena no bīstamākajām vietām - zobārsti un zobu higiēnisti riskē inficēties, jo ir tuvu pacientam, veic ilgstošas procedūras, turklāt lielākā daļa ir aerosolus radošas manipulācijas. Neinvazīvas manipulācijas kā risinājumu redz daļa aptaujāto, bet kā galvenās problēmas to ieviešanā min NVD apmaksāto manipulāciju sarakstu, kur šādas metodes nav iekļautas (piemēram, silanti) un smago situāciju mutes veselības jomā Latvijā - bieži pacientiem ir ielaista saslimšana, kad vairs nav iespējams pielietot neinvazīvas manipulācijas.

5.3.3. Secinājumi un rekomendācijas

Starp zobārstniecībā veicamām manipulācijām nozīmīgu vietu ieņem zobu plombēšana un citas invazīvas manipulācijas. Šīs darbības saistāmas ar augstu respiratoras inficēšanās risku, jo rada gaisa pilienu aerosolus, tā epidēmijas apstākļos apdraudot gan personālu, gan pacientus. Zobārstniecības prakses šobrīd ir labi sagatavojušās - ir IAL krājumi, ir apgūtas jaunas prasmes un pārorganizētas klīnikas darbības. Pasaules pieredze rāda, ka zobārstniecības praksēs, ievērojot paaugstinātus drošības pasākumus, ir iespēja kontrolēt inficēšanās risku, to noturot ļoti zemā līmenī (zem 1%) (Estrich et al., 2020), tādēļ ir iespējama zobārstniecības pakalpojumu sniegšana pat augstas infekcijas izplatības apstākļos, ja tiek ievēroti pastiprināti drošības pasākumi. Šie drošības pasākumi saistāmi ar lielākiem izdevumiem, un, ņemot vērā, ka 2020. gada pirmā pusgada laikā zobārstniecības klīnikas cietušas zaudējumus, būtu vēlams sekojošs valsts atbalsts zobārstniecības pakalpojumu nepārtrauktības nodrošināšanai:

- ✓ neaizliegt pakalpojumu sniegšanu nevienā līmenī, jo tas var tikai mazināt zobārstniecības aprūpes pieejamību;
- ✓ ārkārtējās situācijas laikā klīnikām, kuras sniedz valsts pakalpojumus, vajadzētu saņemt precīzas instrukcijas par sekojošām tēmām:
 1. kāds darba laiks jāievēro;
 2. akūto un neatliekamo stāvokļu zobārstniecībā definēšana;
 3. klīniku atbildības definēšana;
 4. kādi pakalpojumi jāsniedz palielinātas infekcijas izplatības apstākļos, t.i., drošāko pierādījumos balstīto manipulāciju vai darbību apraksts;
 5. no kādām manipulācijām būtu jāizvairās palielinātas infekcijas izplatības apstākļos.
- ✓ aktualizēt rekomendācijas vismaz reizi 2-3 mēnešos, kā arī būtiski nodrošināt efektīvu komunikāciju starp rekomendāciju izstrādātājiem (izglītības un/vai zinātniskā institūcija), maksātāju (NVD) un pakalpojumu sniedzējiem (klīnikām, kurām ir līgums ar NVD par valsts apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu sniegšanu);
- ✓ nodrošināt tehnoloģiskos risinājumus telezobārstniecības attīstībai;
- ✓ nodrošināt atbalstu IAL iegādei epidēmijas apstākļos pēc nepieciešamības,
- ✓ NVD manipulāciju sarakstā iekļaut neinvazīvas un minimāli invazīvas kariesa ārstēšanas metodes (tai skaitā attālinātas konsultācijas - telezobārstniecību), nodrošinot apmaksu, kas sedz šo metožu pielietošanas izmaksas.

5.4. Rekomendācijas zobārstniecības nozarei

Visu trīs zobārstniecības nozarē veikto pētījumu secinājumos minēta rekomendācija izmantot neinvazīvas un minimāli invazīvas manipulācijas kariesa ārstēšanai, kā arī rekomendēti pasākumi šo metožu pielietošanas atvieglošanai. Viena no šādām rekomendācijām ir papildināt NVD manipulāciju sarakstu, kas ir būtiska, lai neinvazīvas manipulācijas vispār varētu tikt piedāvātas pacientiem, tomēr līdzīgi ieteikumi lēmējorganizācijām ir izteikti arī iepriekš. Diskusijas izraisa nespēja kontrolēt neinvazīvo manipulāciju veikšanas faktu un kvalitāti, jo rezultāts var nebūt redzams, piemēram, fluorīdu lakas aplikācija nav konstatējama pat pāris stundas pēc manipulācijas, bet faktu par higiēnas instrukciju un tās efektu zinās tikai zobārsts/zobu higiēnists un viņa pacients. Tajā pašā laikā zinātniskie pierādījumi liecina, ka restaurācijas (kuru kontrole gan ir iespējama) bērniem nav efektīvas un nemazina ar kariesu saistāmās komplikācijas (sāpes un iekaisumu), kā arī

nemazina jaunu kariozo bojājumu rašanos (Maguire et al., 2020). Labas zobārstniecības prakses mērķis ir vesels bērns, bez kariesa, kas atbilst Sabiedrības veselības pamatnostādnes projekta 5. rīcības virziena mērķim un apakšmērķiem. To sasniegšanai mēs rekomendējam mainīt bērnu zobārstniecības finansēšanas sistēmu, kurā būtu 4 galvenie komponenti:

1. bērniem dzimšanas brīdī ir tiesības tikt pierakstītiem pie konkrēta bērnu vai “ģimenes” zobārsta, kurš būtu atbildīgs par bērna mutes veselību līdz pilngadībai;
2. zobārstiem, kuri ir līgumsaistības par bērnu aprūpi Latvijā, tiek piešķirts finansējums pēc pierakstīto bērnu skaita (kurš tiek limitēts);
3. līgumsaistībās esošie zobārsti ir tiesīgi slēdz līgumus ar citiem zobārstiem vai zobu higiēnistiem, kuri var palīdzēt uzturēt pierakstīto bērnu mutes veselību;
4. ir izstrādāti bērnu-vecāku kontroles mehānismi, pēc kuriem var atteikt valsts apmaksātu pakalpojumu sniegšanu (piemēram, neierašanās uz kontroles vizītēm, atkārtota rekomendāciju neievērošana u.tml.).

Šāda pieeja uzlabotu bērnu mutes veselību Latvijā, pacientu drošība paaugstinātos, jo katram būtu savs personīgais zobārsts, kurš būtu atbildīgs par palīdzības sniegšanu arī akūtos gadījumos, bet tajā pašā laikā šāda pieeja nodrošinātu arī sabiedrības atbildības sajūtas stiprināšanu, jo, lai saņemtu valsts apmaksātus pakalpojumus, būtu jāveic minimāla bērna aprūpe (piemēram, aizvestot bērnu uz kontroles vizītēm). Tas arī varētu mazināt administratīvo slogu ārstiem. Ja zobārsts saņem atalgojumu par veselības uzturēšanu, zobārsts būs motivēts izmantot efektīvākās kariesa kontroles metodes, kuras pie tam ir saistāmas ar mazāku aerosolu ģenerēšanu, kas īpaši būtiski Covid-19 infekcijas izplatības ierobežošanai (skat. klīniskās rekomendācijas pielikumā nr.3).

6. Katastrofu medicīnas sistēma un neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšana Latvijā 2020. gada pirmajā pusgadā

Katastrofu medicīnas sistēma ir valsts koordinētu pasākumu kopums, kurus veic ārstniecības iestādes un citas veselības aprūpes nozares institūcijas, lai ārkārtas situācijās glābtu cilvēku dzīvību un mazinātu postošo ietekmi uz sabiedrības veselību. Katastrofu medicīnas sistēmas pasākumus īsteno iesaistītās institūcijas un dienesti, lai nodrošinātu ārkārtas situāciju pārvaldīšanu veselības nozarē. Latvijā Katastrofu medicīnas sistēmu plāno, vada un koordinē Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests.²⁸

Šīs pētījuma daļas mērķis bija apzināt un raksturot Covid-19 izraisītās ārkārtējās situācijas ietekmi uz Katastrofu medicīnas sistēmu, balstoties uz neatliekamās medicīniskās palīdzības sniedzšo iestāžu viedokļiem, apkopot gan identificētos trūkumus un nepilnības, gan labo praksi neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas vietās, galveno uzmanību pievēršot resursu pieejamībai un plānu, algoritmu pielietošanai. Pētījuma mērķis bija, balstoties uz intervēto neatliekamās medicīniskās palīdzības iestāžu atbildīgo personu viedokļiem, identificēt nepieciešamos uzlabojumus un sniegt ieteikumus valsts rīcībai, stiprinot veselības nozares gatavību infekcijas slimību izraisītu ārkārtējās situāciju pārvaldībai.

Pētījuma kvantitatīvai izpētei tika pieprasīti un izmantoti NMPD sagatavotie dati par reģistrētajiem izsaukumiem no izsaukumu elektroniskām kartēm (IEK), kā arī dati par zvaniem uz tālruni 113 un ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni. Šie dati kvantitatīvi raksturo izmaiņas, ar kādām saskārās NMPD Covid-19 ārkārtējās situācijas laikā.

Pētījuma kvalitatīvās daļas mērķis bija, balstoties uz neatliekamās medicīniskās palīdzības sniedzēju iestāžu pārstāvju viedokļiem, raksturot neatliekamās medicīnas sistēmas un atbildīgo dienestu gatavību Covid-19 izraisītā ārkārtējā situācijā.

Katras pētījuma daļas rezultāti un ieteikumi valsts rīcībai, kas izriet no iestāžu pārstāvju paustajiem viedokļiem, ir sniegti katras nodaļas un apakšnodaļas noslēgumā.

²⁸NMPD. Katastrofu medicīnas sistēma.29.09.2020. <https://www.nmpd.gov.lv/lv/katastrofu-medicinas-sistema-0>

6.1. NMPD operatīvā darbība 2020. gada pirmajā pusgadā

Kvantitatīvās daļas pētījuma galvenais mērķis bija raksturot ar Covid-19 saistītās ārkārtējās situācijas ietekmi uz Neatliekamās medicīnas palīdzības dienesta darbību, analizējot datus par ienākošajiem zvaniem un izpildītajiem izsaukumiem. Šīs nodaļas ietvaros nav analizēti NMPD veiktie pasākumi un darbības kā ārstniecības iestādei.

Šādas analīzes mērķis bija saistīts ar Covid-19 pandēmijas laikā NMPD papildus uzliktajiem pienākumiem veikt dienestam funkcijām neatbilstošas darbības, papildus neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšanai – kas ir dienesta pamatfunkcija, nodrošināt informatīva rakstura konsultāciju sniegšanu par Covid-19 iedzīvotājiem, kā arī ārkārtējās situācijas sākuma posmā organizēt materiālu paraugu ņemšanu laboratorisko analīžu veikšanai (nazofaringeālo un orofaringeālo iztriepi) iedzīvotājiem, lai noteiktu SARS-CoV-2 RNS gan veicot individuālus izbraukumus pie iedzīvotājiem, gan izveidojot testēšanas teltis, gan veicot masveida testēšanu iestādēs, piemēram, sociālās aprūpes centros.

6.1.1. *Materiāls un metodes*

Pētījuma kvantitatīvās daļas mērķis bija kvantitatīvi raksturot izmaiņas, ar kādām saskārās NMPD Covid-19 ārkārtējās situācijas laikā. Lai raksturotu ar Covid-19 saistītās situācijas ietekmi uz NMPD darbību, tika pieprasīti dati no NMPD par salīdzināmu laika periodu: 2019. gada un 2020. gada pirmo pusgadu. Pētījuma kvantitatīvai izpētei tika pieprasīti un izmantoti NMPD sagatavotie dati par reģistrētajiem izsaukumiem no izsaukumu elektroniskām kartēm (IEK), kā arī dati par zvaniem uz tālruni 113 un ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni.

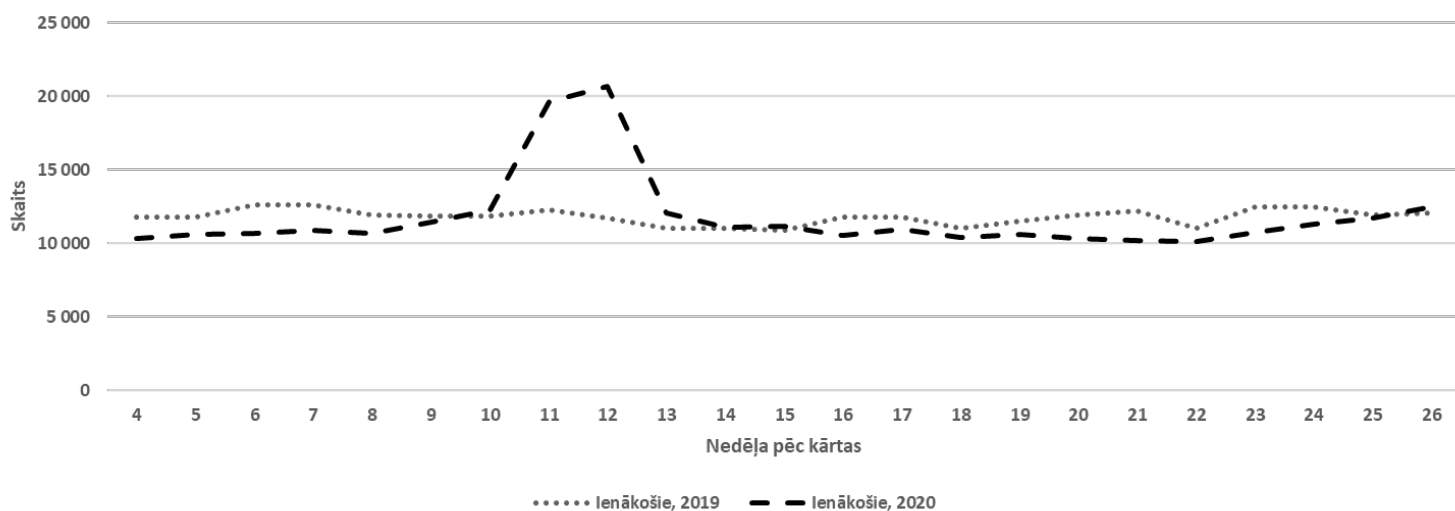
Informācija par iegūtajiem novērojumiem tika analizēta kopsakarā ar kvalitatīvās daļas ietvaros iegūtajiem viedokļiem, veicot intervijas un fokusgrupas. Ziņojumā iegūtie pētījuma rezultāti un uz intervijām balstītie izmantotie skaidrojumi, netika verificēti ar NMPD pārstāvjiem. Pētījuma ietvaros nav veikta normatīvo aktu un cita veida normatīvā regulējuma izpēte un analīze. Pētījuma rezultāti, secinājumi un izrietošie ieteikumi ir balstīti uz viedokļiem, ko raksturojot iestādes darbu Covid-19 ārkārtējās situācijas laikā 2020. gada pirmajā pusgadā, sniedza iestāžu deleģētie pārstāvji – NMPD un 4. un 5.līmeņa slimnīcu atbildīgie par rīcību ārkārtējās situācijas gadījumā.

Pētījuma ietvaros netika iegūti viedokļi un situācijas novērtējums no Veselības ministrijas un tās pakļautības iestādēm, proti, Veselības inspekcijas, Nacionālā veselības dienesta, Slimību profilakses un kontroles centra.

6.1.2. Rezultāti

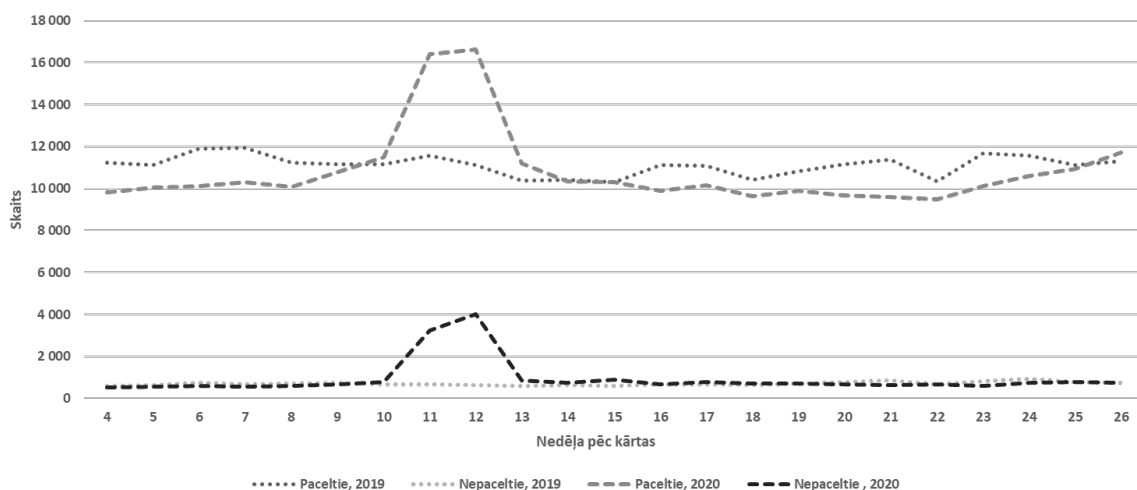
6.1.2.1. NMPD 113 tālruņa darbība 2020. gada pirmajā pusgadā

Dati analizēti par ienākošajiem zvanieniem uz 113 tālruni, salīdzināts to skaits un izmaiņas 2019. gada un 2020. gada pirmajā pusgadā. Tā kā ir novērojamas svārstības pa nedēļas dienām, datu uzskatāmības dēļ tie apkopoti pa nedēļām, sākot no katra gada 4.nedēļas līdz 26.nedēļai un salīdzināti par laika periodu: 21.01.2019-29.06.2019 un 20.01.2020-27.06.2020 (6.1.2.1.1. att.).



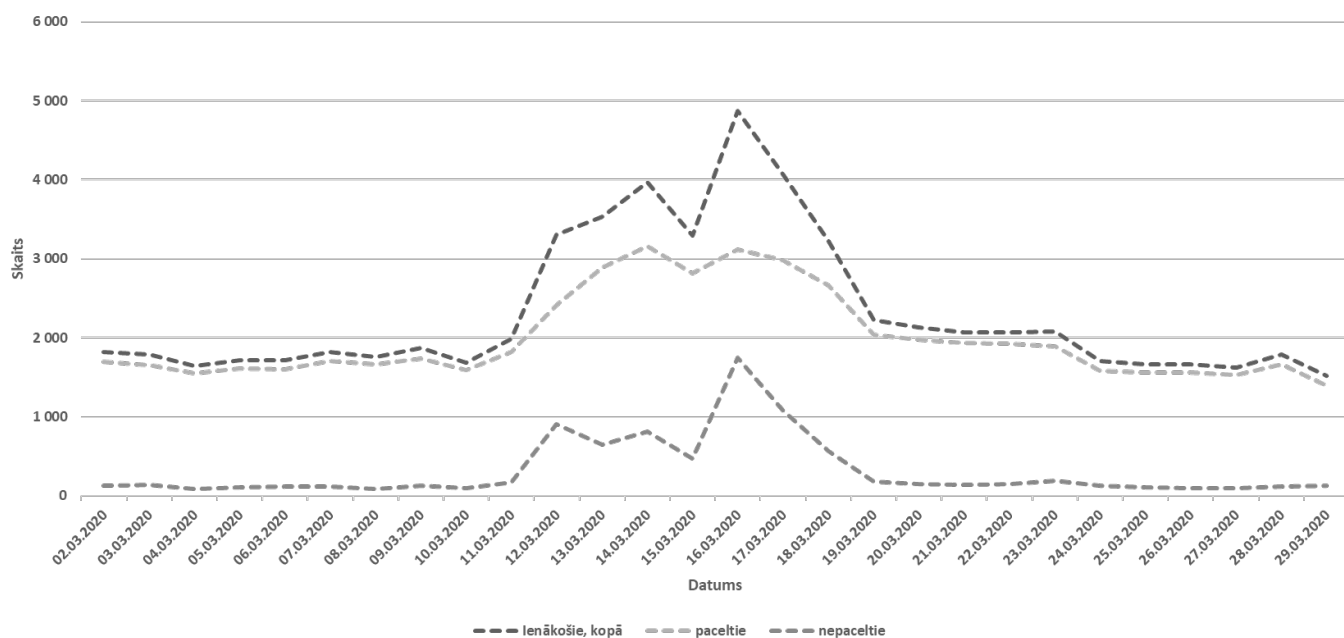
6.1.2.1.1. att. 113 ienākošo zvanu izmaiņas 4.–26. nedēļai 2019. un 2020. gadā

Kā redzams no apkopotajiem datiem pa nedēļām, kopējais ienākošo zvanu skaits, salīdzinot 2019. un 2020. gada datus, ir samērā līdzīgs. Laika posmā no 4. līdz 10. nedēļai (līdz 01.03.2020) 2020. gadā ienākošo zvanu skaits ir mazāks nekā 2019. gadā, savukārt sākot no 02.03.2020 ir novērojams būtisks zvanu pieaugums nākamās 2 nedēļas, sasniedzot dubultu zvanu apjomu - 20 648 zvani nedēļā pēc ārkārtējās situācijas izsludināšanas (16.03.2020-22.03.2020) (6.1.2.1.2.att.).



6.1.2.1.2.att. 113 ienākošo pacelto un nepacelto zvanu izmaiņas 4.–26. nedēļai 2019. un 2020. gadā

Analizējot atšķirību starp ienākošajiem un paceltajiem zvaniem šajā laika posmā, var novērot, ka nepaceltie²⁹ zvani ir vidēji 6% no visiem ienākošajiem zvaniem, savukārt 11. un 12.nedēļā (laika posmā 09.03.2020-22.03.2020) nepacelto zvanu skaita proporcija būtiski pieauga, sasniedzot pat 19,45% no ienākošajiem zvaniem, kas rada būtisku apdraudējumu NMPD pamatfunkcijas nodrošināšanai, jo teju 20% gadījumos nebija iespējams sazvanīt NMPD dispečeru (6.1.2.1.3.att.).



6.1.2.1.3.att. 113 ienākošo zvanu sadalījums no 10. līdz 13. nedēļai (02.03. – 29.03.) 2020. gadā

²⁹ Nepacelto zvanu skaits aprēķināts kā starpība no ienākošajiem un paceltajiem zvaniem

Apskatot delizētāk laika posmu no 10. līdz 13. nedēļai (02.03.2020-29.03.2020), redzams, ka vislielākais zvanu pieaugums vērojams no 12. marta līdz 20. martam (6.1.2.3.att.). Saskaņā ar NMPD sniegto informāciju – pieaugums veidojās tādēļ, ka NMPD šajā laikā nodrošināja dienestam neraksturīgas funkcijas – pieņēma iedzīvotāju zvanus, lai reģistrētu un veidotu rindas Covid-19 analīžu nodošanai tobrīd izveidotajās teltīs, kā arī veicot izbraukumus analīžu noņemšanai iedzīvotāju dzīvesvietās un uzturēšanās vietās. Tieši šo papildus funkciju dēļ, laikā no 12.03.2020 – 18.03.2020 NMPD kopējais ienākošo zvanu līmenis pieauga vairāk nekā divas reizes, sasniedzot 4870 zvanus dienā (salīdzinot iepriekšējā periodā ap 1650-1889 ienākošiem zvaniem). Pieauga arī atbildēto jeb pacelto zvanu skaits, sasniedzot 3118 zvanus (iepriekšējā periodā vidēji 1600 paceltie), bet būtiski pieauga arī nepacelto zvanu skaits, kas 2020. gada 16. martā sasniedza pat 1752 nepaceltus zvanus no 4870 ienākošajiem zvaniem. No 18.03.2020 zvanus sāk novirzīt uz speciāli izveidotu tālruni 8303, zvanu apstrādāšanai piesaistot pensionētus mediķus un brīvprātīgos. No 05.04.2020. šo funkciju kopā ar zvana numuru 8303 pārņēma un nodrošina Centrālā laboratorija.

Salīdzinot vidējo sarunas ilgumu ar dispečeru uz numuru 113, atbilstoši datiem, kas pieejami no NMPD pa ceturkšņiem, ir novērojams, ka arī vidējais sarunas ilgums pieauga. Laika posmā no janvāra līdz martam vidējais sarunas ilgums 2019. gadā bija 2 minūtes un 2 sekundes, turpretī 2020. gadā – 2 minūtes un 10 sekundes, kur tādejādi atšķirība ir 8 sekundes vidēji uz vienu zvanu. Ņemot vērā kopējo zvanu skaitu šajā periodā, papildu slogs attiecībā uz dispečeru sarunas laiku bija nozīmīgs ($8 \text{ sekundes} \times 4000 \text{ zvanu dienā} = 32\,000 \text{ sekundes}$ jeb 8,8 papildus stundas dienā, kas nozīmē vēl viena papildus darba slodze tikai uz garāku sarunu rēķina). Līdzīgs vidējās sarunas laika pieaugums vērojams arī nākamajā ceturksnī: aprīlī-jūnijā, kad vidējais sarunas laiks pieauga par 7 sekundēm, no 2 minūtēm un 1 sekundes 2019.gadā uz 2 minūtēm un 8 sekundēm 2020.gadā.

Līdz ar to var secināt, ka īsi pirms un uzreiz pēc ārkārtējās situācijas izsludināšanas valstī NMPD noslodze, skatot ienākošo zvanu apjomu, pieauga divkārt, salīdzinot ar ierasto situāciju. Lai arī dispečeri spēja atbildēt uz vairāk zvaniem, tomēr arī nepacelto zvanu skaits pieauga. Arī NMPD pārstāvji interviju laikā norādīja, ka šajās dienās, kamēr valsts līmenī netika izveidots konsultatīvais tālrunis jautājumiem par Covid-19, NMPD gan pieņēma zvanus un organizēja pierakstu Covid-19 analīžu veikšanai, gan sniedza dažādas konsultācijas saistībā ar Covid-19. Minētā prakse tika atzīta kā vienīgā iespējamā, ņemot vērā tā brīža apstākļus un iespējas, tomēr vērtējama kā nepiemērota un riskanta domājot par līdzīgiem gadījumiem nākotnē, jo strauji pieaugot neatbildēto zvanu skaitam un nespējot sazvanīt NMPD dispečeru

līnijas pārslodzes dēļ, tiek radīti nopietni riski neatliekamās palīdzības saņemšanai dzīvībai kritiskos apstākļos, kas ir NMPD pamatfunkcija.

Kā redzams, sākot ar 13.nedēļu (24.03.2020) ienākošo zvanu skaits uz 113 tālruņa numuru ievērojami samazinās, sasniedzot līdzīgu līmeni kā iepriekšējā gadā attiecīgajā periodā. Arī nepacelto zvanu skaits marta beigās normalizējās un atgriezās 6% robežās. Ienākošo zvanu samazinājums un nepacelto zvanu apjoma kritums skaidrojams ar valstī izveidoto Covid-19 informatīvo numuru 8345, kas sāka darboties ar 24.03.2020 – organizējot rindu uz Covid-19 testēšanu, kā arī atbilstoši kompetencei sniedzot konsultācijas.³⁰

6.1.2.2. NMPD ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa darbība 2020. gada pirmajā pusgadā

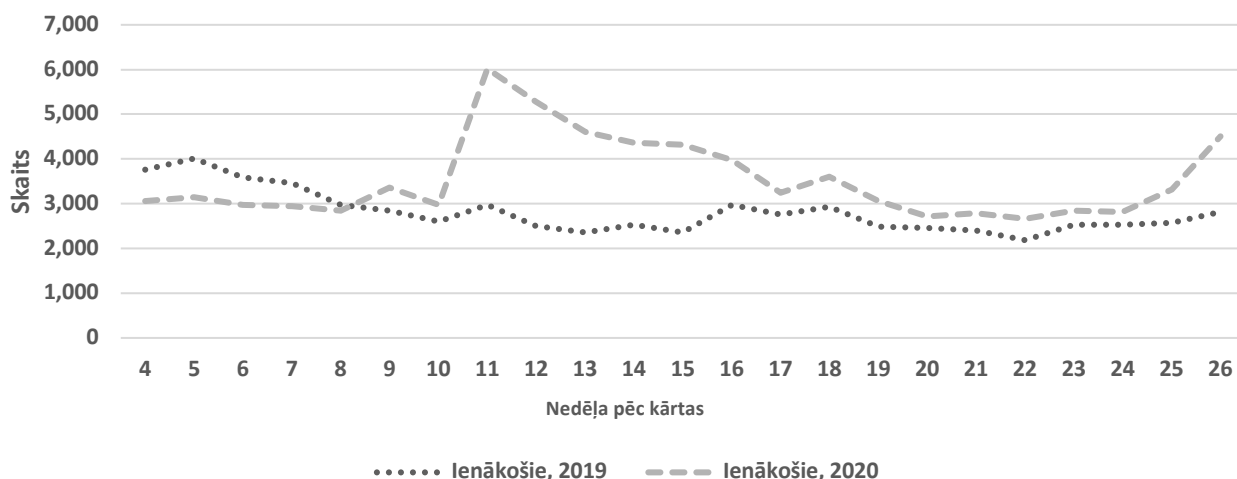
Dati analizēti par ienākošajiem zvaniem uz ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni, salīdzināts to skaits un izmaiņas 2019. gada un 2020. gada pirmajā pusgadā.

NMPD nodrošinātais ģimenes ārstu konsultatīvais tālrunis (ĢĀKT) 66016001 pamatā nodrošina konsultācijas iedzīvotājiem darba dienās laika posmā no 17:00-8:00 un brīvdienās/svētkos diennakts režīmā. Savukārt, sākot no 19. marta, ārkārtējās situācijas laikā ģimenes ārsta konsultatīvā tālruņa darba laiks tika mainīts, nodrošinot konsultācijas 24/7 režīmā.³¹

Tā kā konsultatīvais tālrunis līdz ārkārtējai situācijai darbojās tikai vakara un nakts stundās un brīvdienās, zvanu analīze un salīdzināšana veikta apskatot datus nedēļu griezumā.

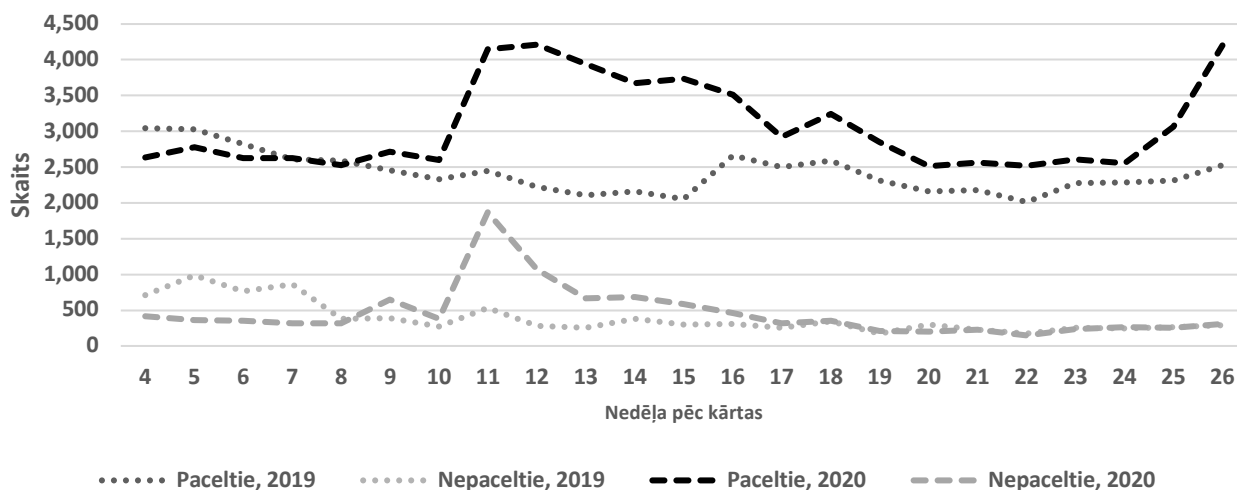
³⁰ Preses relīze. Valsts kanceleja 24.03.2020. <https://www.mk.gov.lv/lv/aktualitates/izveido-vienoto-diennakts-talruni-8345-ar-Covid-19-saistito-jautajumu-noskaidrosanai>

³¹ LETA. Preses relīze. 19.03.2020 <https://www.la.lv/ģimenes-arstu-konsultativais-talrunis-turpmak-darbosies-visu-diennakti>



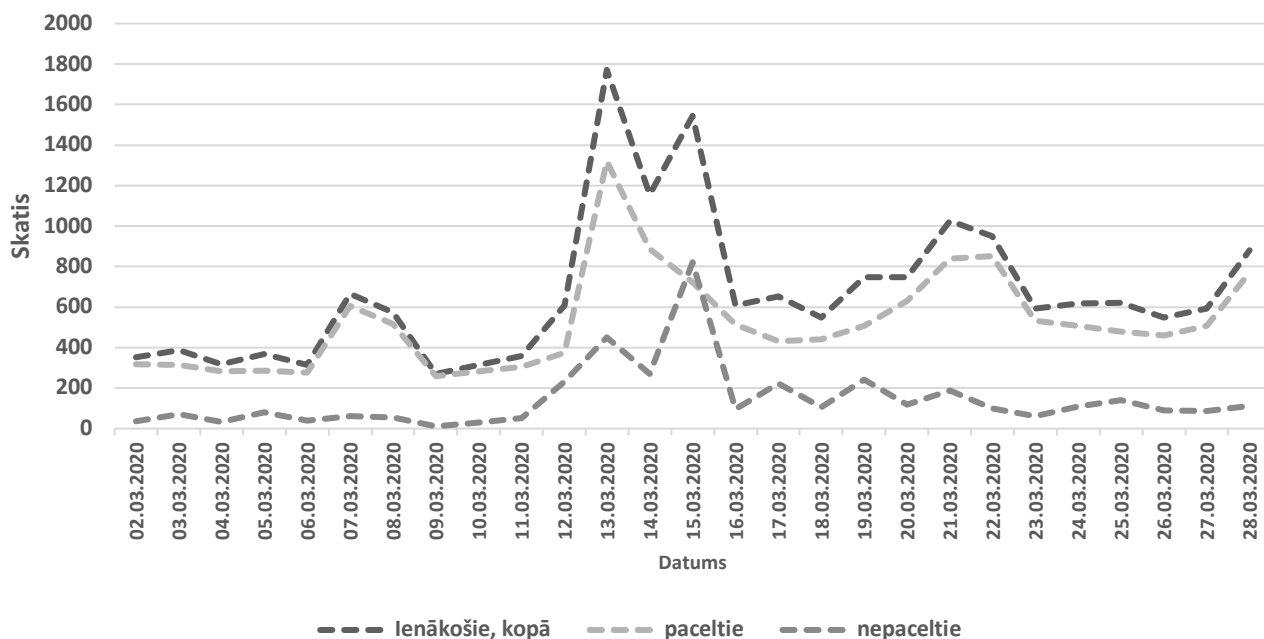
6.1.2.2.1.att. Uz ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni ienākošo zvanu izmaiņas no 4. līdz 26. nedēļai 2019. gadā un 2020. gadā

Salīdzinoši 2020. gadā laika posmā no 4. līdz 8. nedēļai (20.01.2020-23.02.2020) zvanu skaits uz konsultatīvo tālruni, bija mazāks nekā 2019. gadā. Savukārt sākot ar 9. nedēļu, tas sāka pieaugt, augstāko līmeni sasniedzot 11. nedēļā (9.03.2020-15.03.2020), sasniedzot 6018 ienākošos zvanus nedēļā, no tiem pacelto zvanu skaitam pieaugot līdz 4150 (6.1.2.2.1.att.).



6.1.2.2.2.att. Uz ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni ienākošo pacelto un nepacelto izmaiņas no 4. līdz 26. nedēļai 2019. gadā un 2020. gadā

Pieaugot kopējam zvana skaitam šādā dubultā apmērā, ir novērojams, ka arī nepacelto zvanu skaita proporcija būtiski pieaug 11.nedēļā (09.03.2020-15.03.2020) no 17,89% – 2019. gadā uz 31,04% – 2020. gadā, kas nozīmē, ka gandrīz trešai daļai zvanītāju, nebija iespējams sazvanīt šo tālruni (6.1.2.2.2.att.).



6.1.2.2.3.att. Uz ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni ienākošo zvanu sadalījums 2020. gada martā

Analizējot ienākošo zvanu skaitu uz ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni pa dienām martā, novērojams, ka visvairāk ienākošie zvani, bija ārkārtējās situācijas pirmajās dienās: 2020. gada 13. martā sasniedzot ienākošo zvanu skaitu 1771 (2019. gadā šajā datumā 321 zvani), un arī pārējās dienās turpinoties augstam zvanu skaitam, attiecīgi: 1155 un 1543 zvani dienā (šajā laikā, tā kā tās ir piektdiena, sestdiena un svētdiena – tālrunis strādāja no piektdienas 17:00, nepārtraukti līdz pirmdienas plkst. 8:00) (6.1.2.2.3. att.). Nākamajās dienās, šis skaits samazinājās uz vidēji 600 zvaniem dienā, bet būtiski pārsniedzot iepriekšējā gada līmeni, kad zvanu skaits bija zem 300 zvaniem darba dienās).

Nākamais “pīķa” datums ir 21.03.2020 – kas ir sestdiena, un šis pieaugums skaidrojams ar to, ka sestdienās vairums ģimenes ārstu nestrādāja. Kā redzams no zvanu datiem, pieņemtais lēmums, ka kopš 19.03.2020 šis numurs strādā diennakts režīmā, būtiski nemainīja zvanu skaitu, un tas visā periodā saglabājās vidēji ap 600 zvaniem dienā, kas ir teju divas reizes vairāk nekā iepriekšējā gadā.

Līdz ar to var secināt, ka ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa noslodze būtiski pieauga, savukārt apskatot datus par 2020. gadā nepaceltajiem zvaniem un to īpatsvaru, var secināt, ka iedzīvotāju pieprasījums bija daudz lielāks, nekā spējas nodrošināt konsultācijas. Lai arī situācija, kad uz konsultatīvu zvanu netika atbildēts uzreiz, nerada dzīvības apdraudējumu, kā gadījumos ar nepaceltu zvanu uz 113, tomēr tas ir indikators,

ka līdzīgu ārkārtējās situāciju gadījumā ir jānodrošina papildu resursu iesaiste konsultāciju sniegšanā iedzīvotājiem, jo īpaši gadījumos, kad ārkārtējas situācijas ierobežojumu dēļ primārās un ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi ir ierobežoti.

6.1.2.3. Covid-19 testu veikšana ārkārtējās situācijas laikā 2020. gada pirmajā pusgadā

Ārkārtējās situācijas laikā NMPD papildus savām tiešajām funkcijām nodrošināja ne tikai konsultāciju sniegšanu iedzīvotājiem, bet arī sākuma posmā iesaistījās laboratorisko analīžu paraugu (nazofaringeālo un orofarengiālo iztriepes) noņemšanā uz SAR-CoV-2 RNS noteikšanu iedzīvotājiem. Sākuma posmā laboratorisko analīžu paraugu noņemšana tika izpildīta iedzīvotāja uzturēšanās adresē, gan arī vēlāk veicot testēšanu mobilos testēšanas punktus (teltīs) un izbraukuma testēšanu iestādēs.

Atbilstoši NMPD sniegtajiem datiem par izsaukumiem, atlasot izsaukumus, kas saistīti ar laboratorisko analīžu paraugu noņemšanu uz SAR-CoV-2 RNS noteikšanu (pazīme: izsaukuma specifika ir “4 COVID-19”, izsaukuma rezultāts ir kodēts kā 33 – „Atstāts uz vietas”, ar pamata diagnozi Z04.9), šādi izsaukumi ir bijuši kopumā 834, sākot no 28.februāra līdz 14.maijam. Šos pakalpojumus nodrošināja speciāli veidotas un apmācītas brigādes. Apkopojot datus par šādiem izsaukumiem, kas saistīti ar laboratorisko analīžu paraugu noņemšanu uz SAR-CoV-2 RNS tika izpildīti jau pirms ārkārtējās situācijas izsludināšanas (vidēji 14 izsaukumi dienā), bet visvairāk šādi izsaukumi tika izpildīti uzreiz pēc ārkārtējās situācijas izsludināšanas laika posmā no 12.03-22.03.2020, vidēji veicot 51 izsaukumu dienā. Vislielākais izsaukumu skaits, kas saistīts ar laboratorisko analīžu paraugu noņemšanu novērojams 16.03.2020, kad reģistrēti 69 izsaukumi, kuriem NMPD brigādes veltīja 4490 minūtes jeb 74 stundas. Kopumā pētījumā analizētajā laika periodā šādi izsaukumi bija 834 un tiem veltītais kopējais brigādes izsaukumā pavadītais laiks ir 1005 stundas.

Papildus, NMPD ārkārtējās situācijas laikā organizēja un nodrošināja mobilos testēšanas punktus (teltīs), kur tika veikta laboratorisko analīžu paraugu ņemšana uz SAR-CoV-2 RNS noteikšanu. Speciāli izveidotajās teltīs kopumā noņemti 8473 laboratorisko analīžu paraugi (6.1.2.3.1.tab.).

6.1.2.3.1.tab. Teltīs apkalpoto cilvēku skaits Covid-19 testēšanai 2020. gada martā

	Laika periods	Skaits
<i>LIC (09:00-22:00)</i> <i>(RAKUS Latvijas infektoloģijas centrs)</i>	13.03.2020-04.04.2020	2797
<i>Biķerniekos (09:00-22:00)</i> <i>(Biķernieku trases teritorijas auto stāvlaukumā)</i>	16.03.2020-20.05.2020	4218
<i>1 Lidostā (RIX) (00:00-23:59)</i> <i>(Starptautiskā lidosta Rīga)</i>	15.03.2020-21.05.2020	1119
<i>1 Ostā (Rīga)</i> <i>(Rīgas Pasažieru ostā)</i>	01.05.2020; 12.06.2020	98
<i>Telts (Krastmala)</i>	21.03.2020-23.03.2020	241
Kopā:		8473

Salīdzinot informāciju par NMPD veiktajiem izbraukumiem, veicot laboratorisko analīžu noņemšanu pacientu dzīvesvietā ar datiem par paņemtajiem laboratorijas paraugiem mobilajos testēšanas punktos (teltīs) vērojama būtiska testēšanas kapacitātes palielināšanās, proti, mobilajos testēšanas punktos (teltīs) paņemto laboratorisko analīžu paraugu skaits desmitkārt pieaug salīdzinājumā ar izbraukumiem. Tas ļauj secināt, ka mobilo testēšanas punktu (telšu) izveidošana, nodrošināja ievērojami lielāku laboratorisko analīžu paraugu paņemšanas apjomu un vienlaikus samazināja NMPD brigāžu noslodzi, līdz ar to uzskatāms kā efektīvs un pareizs risinājums konkrētajos apstākļos.

Tomēr jāņem vērā, ka ne visi iedzīvotāji un ne visos gadījumos varēja doties uz teltīm, lai nodotu analīzes, jo bija noteikti nosacījumi: cilvēkam jābrauc ar savu mašīnu (nebija atļauts braukt ar sabiedrisko transportu), kā arī šādas teltis bija pieejamas tikai Rīgā. Savukārt, ja personai nebija sava automašīna vai testēšana bija jāveic ārpus Rīgas, brigādes turpināja doties pie pacientiem, lai veiktu paraugu ņemšanu un nodošanu analīžu veikšanai.

Vēl viens veids, jeb trešā alternatīva kā NMPD nodrošināja masveida laboratorisko analīžu paraugu paņemšanu uz SAR-CoV-2 RNS noteikšanu bija specializēto brigāžu izbraukumi uz dažādiem organizētiem kolektīviem, piemēram, sociālās aprūpes centri, patversmes, bērnu nami, pansionāti, izglītības iestādes un darba kolektīvi. NMPD šādu kolektīvu laboratorisko analīžu paraugu ņemšanu uzsāka veikt 20.03.2020. Dienā testēto personu skaits bija ļoti mainīgs, sākot no 26 cilvēkiem līdz 1270 cilvēkiem. Analizētajā periodā kopumā dažādos kolektīvos tika veikta laboratorisko analīžu paņemšana 18 131 personai.

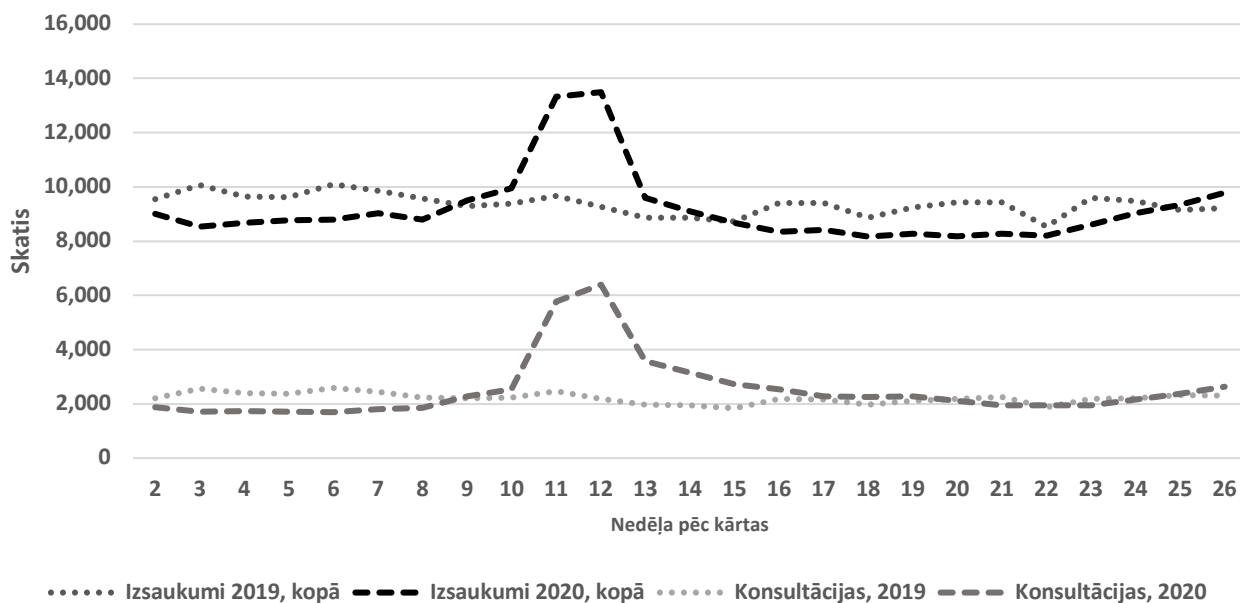
6.1.2.4. NMPD izsaukumu izmaiņas 2020. gada pirmajā pusgadā

Pētījumā tika veikta analīze par pieteiktajiem un izpildītajiem NMPD izsaukumiem. Datu analīzei iegūta detalizēta informācija par ikdienas izsaukumu kopskaitu, katra izsaukuma prioritāti, motīvu, rezultātu, izsaukuma vietu, kā arī informāciju par pacientiem (vecums, dzimums).

Lai novērtētu un analizētu ārkārtējās situācijas ietekmi uz NMPD izsaukumiem, dati līdzīgi kā iepriekšējās nodaļās tika apkopoti pa nedēļām un salīdzināti ar iepriekšējo gadu – apskatot izsaukumu skaita izmaiņas, sadalījumu pa prioritātēm un rezultātiem.

Līdz Covid-19 informatīvā tālruņa 8345 izveidošanai, NMPD sniedza atbildes uz dažādiem jautājumiem, ne tikai saistībā ar neatliekamo medicīnisko palīdzību – papildus tika apskatīts, kā mainījās izsaukumi, kuriem kā rezultāts ir norādīts “Izziņa”(kods 80). Tā kā ambulatorie un plānveida medicīniskie pakalpojumi bija pieejami ierobežoti, lai vērtētu šī lēmuma ietekmi uz NMPD, tika salīdzināts veikto izsaukumu skaits, kura rezultāts bija “sniegta konsultācija”(kods 71) vai “Savienots ar ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni” (kods 74).

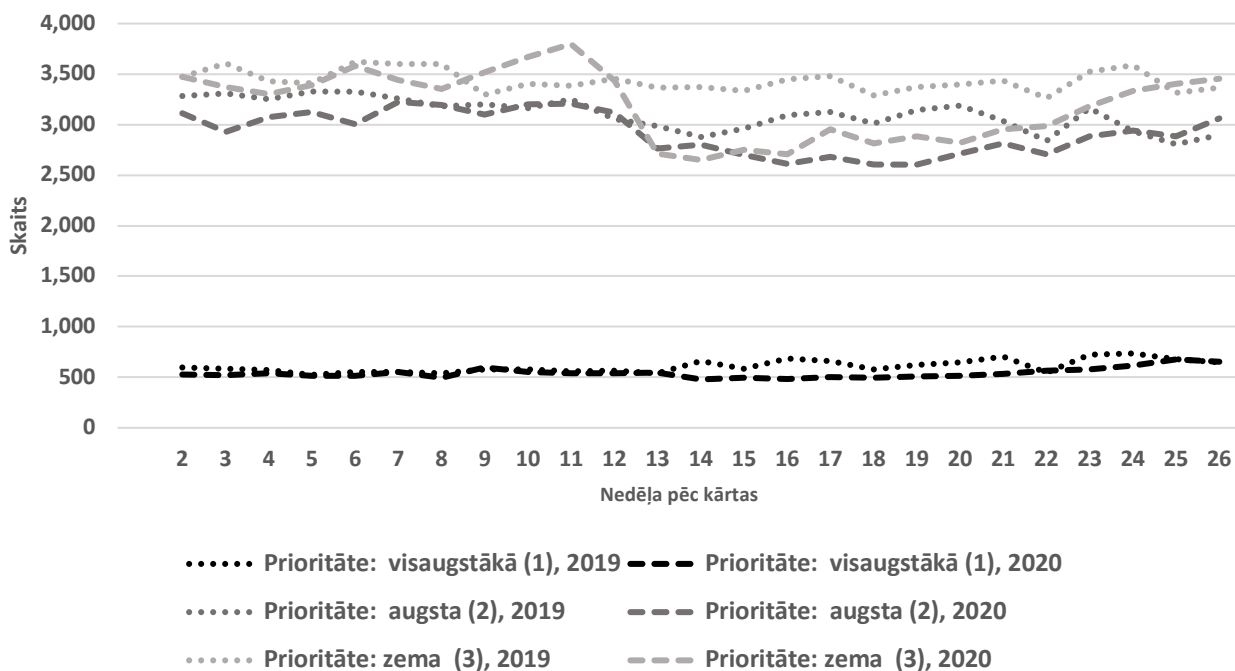
Nemot vērā intervijās izskanējušo viedokli par mērķtiecīgi organizētu darbu, lai atslogotu slimnīcu noslodzi un biežāk atstātu mājās pacientus, kurus agrāk stacionēja, tika salīdzināts izsaukumu skaits ar rezultātu “Nogādāts ārstniecības iestādē” (kods 11) un “Atstāts uz vietas” (kods 33). Savukārt, tā kā intervijās izskanēja, ka saistībā ar izmaiņām hospitalizācijas plānā, kad pacienti netika vairs vesti uz ierastajām slimnīcām, bet biežāk piedāvāts tos hospitalizēt slimnīcās ārpus Rīgas, rezultātā pacienti biežāk attiecās no stacionēšanas, salīdzināti izsaukumi ar rezultātu “Atteikums no nogādāšanas iestādē” (kods 34).



6.1.2.4.1.att. att. NMPD kopējo izsaukumu, tai skaitā konsultāciju, izmaiņas no 2. līdz 26. nedēļai 2019. un 2020. gadā

Analizējot pieteikto NMPD izsaukumu skaitu, ir novērojams, ka 2020. gada sākumā izsaukumu skaits bija pat mazāks, kā 2019. gadā, savukārt tuvojoties ārkārtējai situācijai, sākot ar 9.nedēļu (no 24.02.2020) – kopējais izsaukumu skaits sāka palielināties un pārsniegt iepriekšējā gada rādītājus (6.1.2.4.1.att.). Straujš izsaukumu skaita kāpums novērojams no 10.nedēļas – 02.03.2020., bet “pīķi” sasniedz 11-12 nedēļā, kas ir ārkārtējās situācijas sākuma posms (09.03-22.03.2020).

Sākot ar 14.nedēļu, izsaukumu skaits normalizējas un sākot no 15.nedēļas (06.04.2020) atkal ir mazāks par 2019. gadā identiskā laika posmā veikto izsaukumu skaitu. Šajā periodā, kad būtiski pieaug kopējais izsaukumu skaits, ir vērojams, ka būtiski pieaug un ir līdzīgas tendences pieaugumā arī izsaukumiem, kuri tiek noslēgti, sniedzot telefonisku konsultāciju. (6.1.2.4.1.att.).



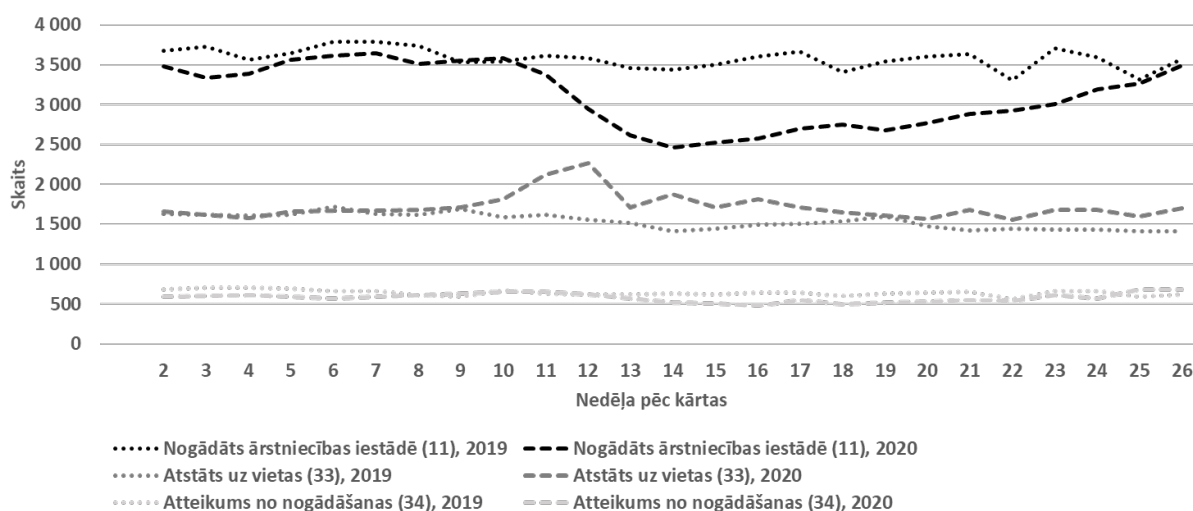
6.1.2.4.2..att. NMPD izsaukumu sadalījums atkarībā no prioritātes no 2. līdz 26. nedēļai 2019. un 2020. gadā

Analizējot šajā laika periodā izsaukumu ar visaugstāko prioritāti, ir redzams, ka pārmaiņas izsaukumu skaitā ārkārtējās situācijā ir salīdzinoši nelielas, bet ir novērojams, ka izsaukumu skaits ar visaugstāko prioritāti, sākot no 13.nedēļas (no 23.03.2020) ir nedaudz mazāks nekā identiskā laika periodā 2019. gadā (6.1.2.4.2.att.).

Salīdzinot izsaukumu skaitu ar augstu prioritāti, 11. un 12.nedēļā (līdz 22.03.2020) to skaits ir līdzīgs kā iepriekšējā gadā šajā pašā laika periodā, bet sākot ar 13.nedēļu (no 23.03.2020) arī šo izsaukumu skaits kļūst mazāks nekā 2019. gadā.

Salīdzinot izsaukumu skaitu ar zemu prioritāti, ir redzams, ka jau sākot no 8.nedēļas (17.02.2020) šādu izsaukumu skaits ir lielāks nekā iepriekšējā gadā, un turpina palielināties, sasniedzot maksimālo pīķi - 3797 izsaukumus 11.nedēļā (09.03.-15.03), kad tiek izsludināta ārkārtējā situācija. Nākamajā periodā izsaukumu skaits mazinās un jau 13.nedēļā sasniedz 2019. gada līmeni, lai gan kopumā zemas prioritātes izsaukumu skaits 2020. gada pirmajā pusgadā ir lielāks nekā 2019.gadā.

Salīdzinot izpildīto izsaukuma rezultātus pēc gadījumiem, kad NMPD brigāde ir devusies pie pacienta, var novērot, ka 2020. gada sākumā līdz 9.nedēļai nav izteiktas atšķirības ar 2019. gada periodu. Proti, gadījumu skaits, kad pacienti tiek nogādātas ārstniecības iestādes, bet kad, atstāti uz vietas, ir salīdzinoši līdzīgi (6.1.2.4.3.att.).



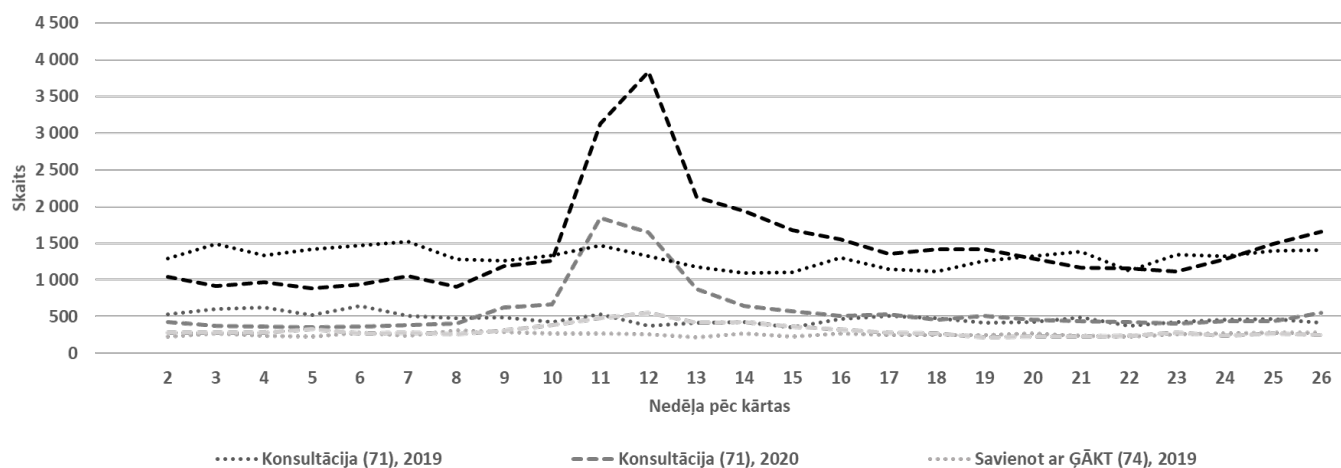
6.1.2.4.3.att. NMPD izpildīto izsaukumu rezultātu sadalījums no 2. līdz 26. nedēļai 2019. un 2020. gadā

Sākot no 10. nedēļas (09.03.2020) nākamo trīs nedēļu laikā ir novērojams, ka būtiski samazinās gadījumus skaits, kuros pacients tiek nogādāts ārstniecības iestādē (no 3434 pacientiem 2019. gada 14.nedēļā, uz 2465 pacientiem attiecīgi 2020. gadā). Attiecīgi būtiski pieaug gadījumu skaits, kuros pacients tiek atstāts uz vietas (2262 gadījumi 2020. gada 12.nedēļā, salīdzinot ar 1557 gadījumiem 2019. gadā). Turpmākās nedēļās šīs tendences mazinās, un pētījumā ietvertā laika perioda beigās gan nogādāto pacientu skaits slimnīcā, gan uz vietas atstāto skaits ir līdzīgs 2019. gada rādītājiem.

Nemot vērā to, ka kopējais izpildīto izsaukumu skaits 2020. gada martā bija mazāks nekā 2019. gadā, tika salīdzināts īpatsvars gadījumos, kad izsaukuma rezultātā pacients tiek atstāts mājās vai nogādāts stacionārā. Salīdzinot 12.nedēļas datus 2019. gadā (18.03-24.03.2019), kad izpildīto izsaukumu skaits 7080, nogādāti ārstniecības iestādē 3583 jeb 50,6% gadījumu, bet atstāti uz vietas – 1557 jeb 22% gadījumu. Savukārt 2020. gada 12.nedēļā (16.03.-22.03.2020) izpildīto izsaukumu skaits ir 7093, no tiem nogādāti ārstniecības iestādē – 2948 jeb 41,5% gadījumu, bet atstāti uz vietas 1879 jeb 31,9% gadījumu. To gadījumu īpatsvars, kad tiek pieņemts lēmums pacientu nevest uz slimnīcu, 2020. gadā (31,9%) ir ievērojami augstāks nekā 2019. gadā (22%).

Savukārt, salīdzinot datus par abiem gadiem gadījumos, kad pacients atsakās no nogādāšanas slimnīcā, nav novērojamas būtiskas izmaiņas, un visā laika periodā šie dati ir samērā līdzīgi, turklāt 2020. gadā šo gadījumu absolūtais skaits ir pat mazāks nekā 2019. gadā.

Analizējot gadījumu skaitus, kuros NMPD nav devies pie pacienta, bet ir sniegta konsultācija pa tālruni, vai zvanītājs savienots ar ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni, 2020. gadā ir novērojams būtisks pieaugums.



6.1.2.4.4.att. NMPD sniegto konsultāciju, izziņu un savienojuma ar ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni sadalījums no 2. līdz 26. nedēļai 2019. un 2020. gadā

Tieši sākot no 9.nedēļas (24.02.2020) strauji sāk palielināties ne-medicīniska rakstura izziņu un konsultāciju apjoms, savu "pīķi" sasniedzot 12. nedēļā (16.03-22.03), kas ir nedēļa pēc ārkārtējās situācijas izsludināšanas. Nedēļā reģistrēti 3831 izziņu gadījumi, salīdzinot ar 2019. gada attiecīgo nedēļu (1321) - šādu zvanu skaits palielinājās gandrīz 3 reizes. Līdzīgi strauji pieaug arī konsultāciju skaits, kas 11.nedēļā bija 1842, salīdzinot ar 2019. gada – 531 gadījumu, kas vairāk nekā trīs reizes pārsniedz ierasto šāda veida zvanu skaitu. Savukārt izsaukumu skaits, kuros tiek savienots ar ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni, ir samērā līdzīgs kā iepriekšējā gadā (6.1.2.4.4.att.).

Nemot vērā izpildīto izsaukumu skaita izmaiņas un to sadalījumu atbilstoši prioritātēm un izsaukuma rezultātiem, var secināt, ka īpaši ārkārtējās situācijas sākuma posmā, skaita pieaugums nebija saistīts ar nepieciešamību pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības, bet šo straujo pieaugumu radīja tieši zvani, kuri tika izpildīti sniedzot telefona konsultāciju, kas arī veidoja lielāko daļu no pieauguma.

Savukārt, analizējot tieši neatliekamās medicīniskās palīdzības gadījumu skaitu, kuros brigāde devās pie pacienta, var novērot, ka kopējais izpildīto izsaukumu skaits ar visaugstāko un augstu prioritāti ārkārtējās situācijas laikā samazinās, bet vairāk pieaug izsaukumi ar zemu prioritāti. Tas, iespējams, skaidrojams ar striktākiem pacientu šķirošanas algoritmiem. Savukārt samazināts gadījumu skaits, kuros pacients tiek nogādāts slimnīcā – ārkārtējās situācijas laikā, un pieaugošs gadījumu skaits, kad pacients tiek atstāts uz vietas – var būt skaidrojams ar nepieciešamību mazināt pacientu plūsmu slimnīcās, kā arī ar ierobežotām slimnīcu spējām uzņemt pacientus. Tā rezultātā NMPD, iespēju robežās, vairāk pacientus atstāja uz vietas ambulatorai ārstēšanai.

6.1.3. Ieteikumi

- Ārkārtējās situācijās, kad ir paredzams, ka būs nepieciešama sabiedrības informēšana un citu konsultāciju sniegšana, kas neatbilst operatīvajam darbam, ir jānodrošina atsevišķs izdalīts tālruņa numurs uzziņām, nodalot no operatīvo dienestu izsaukumu numuriem.
- Ārkārtējās situācijās ir jānodrošina laicīga papildus resursu (cilvēkresursu) piesaiste, lai spētu operatīvi apkalpot pieaugošo zvanu skaitu un informācijas sniegšanas pieprasījumu.
- Ārkārtējās situācijās, kad tiek lemts par noteiktu primārās un ambulatorās aprūpes pakalpojumu slēgšanu, ir jānodrošina aizvietojoši mehānismi atbilstoši pieprasījumam, nodrošinot gan konsultāciju saņemšanu, gan informāciju par iespējām saņemt palīdzību akūtos gadījumos.
- Iedzīvotāju laboratorisko analīžu paraugu uz SAR-CoV-2 RNS noteikšanu paņemšana primāri būtu jānodrošina laboratorijām.

6.2. Katastrofu medicīnas sistēmas gatavība Covid-19 epidēmijai: ekspertu pieredze un risinājumi

Materiāls un metodes

Pētījuma kvalitatīvās daļas mērķis bija apzināt un raksturot Covid-19 izraisītās ārkārtējās situācijas ietekmi uz neatliekamās medicīniskās palīdzības sniedzošo iestāžu gatavību rīcībai, atbilstoši gatavības plāniem un algoritmiem, kā arī resursu nodrošinājumam un pieejamībai ārkārtējās situācijas laikā. Pētījuma kvalitatīvā daļa tika realizēta, veicot daļēji strukturētas ekspertu intervijas.

Daļēji strukturētās intervijas tika izstrādātas balstoties uz Eiropas Slimību profilakses un kontroles centra tehniskā ziņojumā “Infekciju profilakses un kontroles pasākumi, gatavība Covid-19 infekcijai veselības aprūpes iestādēs” ietvertu un metodiskiem norādījumiem par iestāžu gatavības novērtēšanu, kā arī veicot situācijas pēc-novērtējumu un analīzi (ECDC, 2020a; ECDC 2020b).

Daļēji strukturētas ekspertu intervijām tika izmantota mērķtiecīga respondentu atlase, tajā iekļaujot NMPD un 4. un 5. līmeņa slimnīcas (kuras nav specializētās slimnīcas), un kuras nodrošina neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu. Interviju sniegšanai tika uzrunātas 11 iestāžu: NMPD, KUS un 7 reģionālās slimnīcas, lūdzot deleģēt iestādē par katastrofu medicīnu atbildīgās personas. Pētījumā tika iegūts visu minēto iestāžu pārstāvju. Katra no uzrunātajām iestādēm deleģēja 1-4 pārstāvjus. Kopā pētījumā tika iegūts 19 pārstāvju no 11 iestādēm viedoklis, veicot 10 intervijas un 4 fokusgrupas (katrā fokusgrupā bija vienas iestādes 2-4 pārstāvji).

Intervijām un fokusgrupām tika saņemta dalībnieku rakstiska piekrišana, t.sk. audioieraksta veikšanai. Pēc tikšanās tika veidoti sarunu transkripti, lai turpnāk veiktu tematisko analīzi. Tematiskā datu analīze tika veikta manuālā veidā, izmantojot sešu soļu metodi: 1) diviem pētniekiem neatkarīgi strādājot ar interviju transkriptiem – tika veikta padziļināta transkriptu izpēte; 2) sākotnējo kodu/ tēmu identificēšana; 3) ziņojumu tēmu identificēšana, sadarbojoties abiem pētniekiem un nosakot ziņojumā iekļaujamās tēmas; 4) individuāla neatkarīga tēmu, būtiskāko atziņu noteikšana un apkopošana attiecīgajās tēmās 5) individuāla ziņojuma sagatavošana par attiecīgo tēmu; 6) otra pētnieka ziņojuma validācija (peer-review) par katru no uzrakstītajām tēmām un gūtajiem secinājumiem.

Aprakstītās analīzes rezultātā tika identificētas vairākas tēmas, kuras sīkāk aprakstītas ziņojuma apakšnodaļās, pie katras no tām sniedzot ieteikumus, kas izriet no intervijās un fokusgrupās paustajiem intervēto pārstāvju viedokļiem.

6.2.1. Neatliekamās medicīniskās palīdzības sniedošo iestāžu gatavība ārkārtas situācijai

6.2.1.1. Rezultāti

Par katastrofu medicīnas sistēmas organizēšanu valstī ir atbildīga Veselības ministrija, savukārt Katastrofu medicīnas sistēmas (KMS) darbību plāno, vada un koordinē Neatliekamās medicīnas palīdzības dienests (NMPD). Lēmumus, kas saistoši veselības nozares institūcijām, ārkārtas sabiedrības veselības situācijā un ārkārtas medicīniskajā situācijā, pieņem Valsts operatīvā medicīniskā komisija (VOMK).

Lai nodrošinātu KMS gatavību reaģēt un sniegt koordinētu neatliekamo medicīnisko palīdzību ārkārtas medicīniskajā situācijā un ārkārtas sabiedrības veselības situācijā, valstī ir izstrādāts Valsts katastrofu medicīnas (VKM) plāns, kas apstiprināts ar Veselības ministrijas 2018. gada 11. decembra rīkojumu Nr. 239 "Par Valsts katastrofu medicīnas plāna apstiprināšanu". VKM plāns ir stratēģiska līmeņa dokuments, kurš, ņemot vērā Civilās aizsardzības un katastrofas pārvaldīšanas likumā un Valsts civilās aizsardzības plānā noteiktos katastrofu pārvaldīšanas pasākumus, nosaka ārkārtas medicīnisko situāciju un ārkārtas sabiedrības veselības situāciju pārvaldīšanā iesaistīto institūciju un dienestu atbildību un rīcību.

Atbilstoši 2011. gada 13. decembra MK noteikumiem Nr.948 "Katastrofu medicīnas sistēmas organizēšanas noteikumi" ir noteikts, ka par slimnīcas katastrofu medicīnas plāna izstrādi atbildīgs ir slimnīcas vadītājs. Slimnīca katastrofu medicīnas (KM) plānu saskaņo ar NMPD, iesaistītajiem citu nozaru dienestiem un institūcijām un ne retāk kā reizi gadā to aktualizē. Slimnīcas KM plānā jāatspoguļo informācija par trauksmes signāla saņemšanu un izziņošanu, ārkārtas medicīniskās situācijas vadību, operatīvās vadības grupas sastāvu un uzdevumiem, personāla reaģēšanas kārtību, iesaistāmiem resursiem un to vadību, pacientu skaitu, kuriem iespējams nodrošināt medicīnisko palīdzību, pacientu plūsmas shēmu, transportlīdzekļu pārvietošanās shēmu, sadarbības kārtību ar citām ārstniecības iestādēm, kas var tikt iesaistītas ārkārtas situācijas seku likvidēšanā, sadarbības kārtību ar citu nozaru dienestiem un iesaistītajām institūcijām, slimnīcas medicīniskām rezervēm. Sīkākas rekomendācijas par ārkārtas medicīniskās situācijas pārvaldīšanas organizāciju slimnīcā ir noteiktas VM apstiprinātajā Valsts katastrofu medicīnas plānā.

Kā norādīja visu iestāžu pārstāvji, slimnīcās ir spēkā plāns rīcībai ārkārtas situācijas gadījumos, un šie plāni tiek atbilstoši noteiktajām procedūrām regulāri pārskatīti, atjaunoti un papildināti. Arī šajā Covid-19 ārkārtējā situācijā visu slimnīcu gatavības plāni bija pārskatīti un aktualizēti 2020. gada sākumā. Papildus gatavībai, kas aprakstīta šajos kvalitātes sistēmas

dokumentos, slimnīcās laiku pa laikam notiek mācības, kurās tiek simulētas dažādas ārkārtas situācijas, izspēlēta rīcība tajās, izdarīti secinājumi un veikti attiecīgie pielāgojumi.

Gatavība infekcijas slimību uzliesmojumiem un epidēmijām, vērtējot visu apskatīto slimnīcu pieredzi, bija atšķirīga. Piemēram, kā norāda atsevišķu iestāžu pārstāvji, viņi bija vairāk gatavi infekciju slimībām, jo 2014. un 2015. gadā bija reālas un praktiskas mācības Eholas slimības gadījumam, *“mēs bijām ļoti labi sagatavojušies, pirms tam. Mums jau bija daudzas procedūras uzrakstītas, mums nācās tikai to atkārtot vai pielāgot, un vēl atzīmēt, akcentēt tos punktus, kas attiecas tieši uz šo konkrēto lietu”*[KMS-1]. Tāpat no Eholas mācību laikiem bija izveidota filma kā pareizi lietot IAL (augstākā līmeņa aizsardzības), kas uzreiz arī tika ievietota intranetā un bija pieejama jebkuram darbiniekam, kurš varēja būt iesaistīts šajā procesā.

Savukārt citu iestāžu pārstāvji norāda, ka rīcības plāni ārkārtas situāciju pārvaldīšanai bija izstrādāti, bet tie bija vairāk vispārīgi dokumenti, kas nosaka iestādes pamatprincipus reaģēšanā, nevis apraksta konkrētas un specifiskas nianšes, kas jāņem vērā infekcijas gadījumā - *“plāni bija un plāni bija saskaņoti, bet protams, konkrēti uz šādām infekcijas slimībām nebija, bet teikt, ka tas plāns galīgi nederēja, tā nebija! Bija daļa, ko varēja izmantot – kas vispār ir tie pamati, kā sasaukt operatīvās grupas, atbildīgās personas, kā deleģēt uzdevumus. Bet otra daļa, tika radīta pakļaujoties jau esošajai situācijai, vērtējot kā var to veikt, infektologiem izstrādājot rīcības plānus”*. [KMS-2] Lai arī šajā laika posmā pienāca ziņojumi par slimnīcu pieredzi gan no Ķīnas, gan no Eiropas valstīm, tajā pašā laikā informācija reizēm bija nepilnīga, reizēm pretrunīga. Kā norāda iestāžu pārstāvji, arī informācija, kas tika saņemta no VM, VI un SPKC – nebija pilnīga un nesniedza konkrētas norādes, kā rīkoties, kas ir saprotams, jo šajā laika posmā arī pasaulē informācija bija strauji mainīga. Kā norāda iestāžu pārstāvji – nebija iespējams izstrādāt viennozīmīgu ārstēšanas taktiku un balstoties uz apstiprinātu, skaidri un precīzu informāciju - operatīvi risināt tālākos saistītos jautājumus, jo *“nebija zināms ar ko tieši ir darišana, neziņa kā rīkoties radīja nedrošība sajūtu, kas savukārt iespaidoja profesionālo māku, jo tie ir savstarpēji saistīti jēdzieni”* [KMS-3].

Atsevišķu iestāžu pārstāvji arī norādīja, ka no esošajiem katastrofu plāniem palīdzēja dokumentāli noteiktas darbības attiecībā uz vadības grupas izveidi, kas visu organizē un nodrošina pārvaldību tīri administratīvi, kas nodrošina informācijas apmaiņas plūsmu, vadības lēmumu izziņošanu un ieviešanu. Citu iestāžu pārstāvji papildina iepriekš minēto un uzsver, ka plānus varēja piemērot darbam Covid-19 gadījumā tikai daļēji, jo tie ietvēra darbības un principus, kas vairāk atspoguļo tieši rīcību bīstamo infekciju slimību gadījumos - *“labi plāni tieši Eholas sakarā. Bet, godīgi teikšu, cilvēki to neuztvēra, ka šos dokumentus var izmantot.*

[..] Jā, liekas sākumā jābūt gataviem, bet pēc tam viņu aizvedīs uz LIC, ka mums būs tikai pirmais posms”. [KMS-5]

Tāpat iestāžu pārstāvji norādīja, ka slimnīcas plāni ne reti veidoti, lai organizēti un efektīvi reaģētu uz tādu katastrofu veidiem, kas saistīts ar daudz cietušiem vienlaicīgi, avārijām un tehnogēnām katastrofām, kur nepieciešams nodrošināt kirurģiska profila palīdzību, mazāk tiek domāts par infekcijas slimību risku, kad palīdzība jānodrošina ilglaicīgi.

Praktiski piemērojami algoritmi rīcībai saistībā ar infekcijas slimību gadījumu vadīšanu slimnīcās pamatā balstījās uz pieredzi, kas gūta no rīcības gripas epidēmijas gadījumā un kā norāda slimnīcu pārstāvji, tad gripas gadījumiem bija detalizēti algoritmi, aprakstot: “ja būs tāda situācija, tev uz turieni jāved pacients! Ja ir tas – tad izmeklē šādi. Darbiniekam tai situācijā nav laika lasīt, viņam priekšā ir shēma, kā nu būtu jārikojas!” [KMS-5] Atbilstoši sākotnēji plānotajai rīcībai, reģionālās slimnīcas norādīja, ka “tas standarts bija tāds: mēs to pacientu ar to ārstu un vēl ar to medicīnas darbinieku, kas nu tur ir nokļuvis tajā infekcijas izolatorā – atstājam iekšā un gaidām tālākās rīcības. Dekontaminējam, pēc tam viņu pārvedam prom no slimnīcas. Nebija tāda doma, ka mēs viņu varētu atstāt un tāpat izolēt un ārstēt šeit” [KMS-9].

Saskaroties ar Covid-19 infekcijas izplatību, kad slimnīcām bija jāuzņemas ne tikai Covid-19 pacientu identificēšana un īslaicīga izolēšana, bet arī tālākā ārstēšana un aprūpe, kā norāda slimnīcu pārstāvji, plāni tika pielāgoti un izstrādāti atbilstoši situācijai. Plānos tika iekļauta un papildināta informācija ar dažādu šai situācijai piemērotu gadījumu aprakstiem - “kā rīkoties ar pacientu, kuram noteikta karantīna, bet kurš jāoperē? Šī aizvešana uz operāciju zāli, šī ceļa izveide un kas un kur pēc tam jādara?” [KMS-5].

Slimnīca, kuras sastāvā ir specializētā klīnika, infekcijas slimības pacientu ārstēšanai “Latvijas infektoloģijas centrs” norāda, ka gatavība infekcijas slimības gadījumam bija, jo tā ir viena no iestādes darbības pamatfunkcijām. Tomēr arī slimnīcas pārstāvis norāda un uzsver, ka neviena valsts pasaulē nebija gatava Covid-19 pandēmijai pilnībā, tādēļ nācās apgūt visus faktus par vīrusu, izplatības ceļiem un aizsardzību no valstīm, kas tika skartas primāri, no starptautiskām organizācijām un lokālās situācijas, un to integrēt konkrētā situācijas rīcībā.

Gatavošanās Covid-19 izraisītajai ārkārtējai situācijai neatliekamās medicīniskās palīdzības sniedzējo iestāžu līmenī bija atšķirīga. Kā pirmā no iestādēm, kas uzsāka gatavoties jau 22. vai 23. janvārī, saņemot informāciju no SPKC, bija NMPD, kas nekavējoties sasauca operatīvās vadības darba grupu un uzsāka mērķtiecīgu gatavības stiprināšanu, jo “saskaņā ar visu, ka ir infekcija parādījusies, tad mums ir jābūt gataviem riskam, ka ar jebkuru lidmašīnu kāds var atlidot un ar jebko var ierasties, dienestam jābūt gatavībai”. [KMS-1]

NMPD izveidotajā operatīvās vadības darba grupā sākotnēji tika iekļauti Katastrofu centra speciālisti, kvalitātes vadības sistēmas pārstāvji, kas uzsāka darbu ar PVO rekomendācijām un algoritmu pārskatīšanu, kā arī sagatavoja informāciju, kas nosūtāma visiem darbiniekiem.

Jau no pašiem pirmsākumiem, NMPD operatīvās vadības grupa uzsāka aktīvu darbu, un pieejamo informāciju, kas tika saņemta no starptautiskajām organizācijām, tādām, kā PVO, ECDC, pārskatīja, pielāgoja esošajiem algoritmiem. Galvenais mērķis bija savlaicīgi un pēc iespējas efektīvāk aktualizēt un noteikt konkrētas (piemēram par IAL lietošanu, dezinfekcijas veikšanu) NMP brigāžu personāla rīcības. Kā atzina NMPD pārstāvji ne vienmēr konkrēti ieteikumi, ņemot vērā darbības specifiku, bija pieejami, kas radīja arī situācijas, kurās NMP brigāžu personāls nonāca kontaktpersonu statusā, jo bija transportēts pacients ar Covid-19.

Tālākajā posmā, NMPD operatīvās vadības grupā, papildus ekspertu līmenim un Ārkārtas situācijas gatavības nodaļas iesaistei, tika iesaistīti arī vadības centra pārstāvji. Viņu galvenie pienākumi bija saistīti ar protokolēšanu, lēmumu apkopošanu, lēmumu nodošanu izpildītājiem un Operatīvās vadības centram, kas savukārt pārrauga visu brigāžu darbu. Paplašinātā operatīvās vadības grupas sastāvā tika iekļauti arī NMPD reģionu vadītāji un medicīniskā nodrošinājuma nodaļa, tai skaitā atbildīgie par valsts materiālajām rezervēm.

Kā norāda NMPD pārstāvji, šajā laika posmā no janvāra, pirms vēl tika valstī izsludināta ārkārtējā situācija, NMPD dienesta darbinieki strādāja paaugstinātas gatavības režīmā 24/7 režīmā katru dienu, arī brīvdienās.

Slimnīcas savas operatīvās vadības darba grupas organizēja salīdzinoši vēlāk, pēc tam kad jau tika saņemta informācija no SPKC un NMPD par situācijas attīstību un nepieciešamību sākt aktīvu rīcību. Slimnīcu operatīvās vadības grupas arī bija samērā lielas un tajās ietilpa speciālisti, kas atbild par noteiktām jomām – vadība, kvalitātes sistēmu pārraudzība, infekciju uzraudzība un arī infrastruktūras nodrošināšana. Arī slimnīcu pārstāvji norāda, ka šajās operatīvās vadības darba grupās darbs bieži notika 24/7 režīmā. Dažas slimnīcas norādīja, ka tika izveidots atsevišķs “administratīvais dežurants”, kurš attiecīgi risināja visus komunikācijas jautājumus ar valsts iestādēm, risināja dažādus administratīvos jautājumus un palīdzēja skaidrot un precizēt informāciju.

Slimnīcās operatīvās vadības grupas darbs tika organizēts vairākos virzienos, kas aptvēra ārstniecības pārvaldību, klientu menedžmentu, informācijas izplatīšanas un mājas lapas reorganizāciju, sagādes jautājumus un infrastruktūras pielāgošanas jautājumus. Jautājumi, kas tika analizēti slimnīcu operatīvās darba grupās bija saistīti ar – informācijas apmaiņu par pacientiem – cik iestājušies, cik izrakstījušies, cik kādā stāvoklī; kādi ir resursi

sākot no ventilācijas aparātiem un beidzot ar IAL. Tāpat arī daudz tika lasītas dažādas publikācijas un apspriestas rīcības un taktikas.

Papildu infrastruktūras pielāgošanas jautājumiem, kas aprakstīti šī ziņojuma nodaļā “Latvijas Katastrofu medicīnas sistēmas rīcība individuālo aizsardzības līdzekļu nodrošināšanā un infrastruktūras pielāgošanā Covid-19 pandēmijas laikā”, kā izaicinājumus slimnīcu pārstāvji minējuši dažāda veida ārpalpojumu darbības nodrošināšanu, piemēram, veļas mazgāšanu. Atsevišķas slimnīcas norādīja, ka nonāca situācijā, kad vienīgais veļas mazgāšanas uzņēmums, kurš piedāvā veļas mazgāšanu, krīzes dēļ apsvēra iespēju pārtraukt darbību, jo būtiski samazinājās pieprasījums pakalpojumam dēļ viesnīcu un citu atpūtas pakalpojumu darbības pārtraukuma. Tāpat daļa slimnīcām ēdināšanas pakalpojumus nodrošina ārpalpojuma sniedzējs un tas, ar ko slimnīcām bija jārēķinās, bija scenārijs, ja šo pakalpojuma sniedzēju darbinieki saslimtu un pēkšņi nespētu nodrošināt pakalpojuma sniegšanu.

Tāpat virknei slimnīcu, aktuāls jautājums bija laboratorisko paraugu uz SARS-CoV2 nogāde izmeklēšanai. Kā norāda slimnīcu pārstāvji “*mēs tērējam daudz līdzekļus un laiku, kas bija pats svarīgākais – šo testu vadīšanai. Mums bija pat dežūrbriģādes, kas paņēma tos testus un veda tālāk. Mēs gaidījām ilgu laiku periodu, bet tai pašā laikā, tas cilvēks to gaidīšanas laiku ir jānovieto, vai nu neatliekamās medicīnas centrā vai stuktūrvienībā, vai jau jāved uz operāciju, un pirmkārt – aizvešana, otrkārt – testu rezultātu saņemšana, treškārt – dati jau arī, vai tas parādās interneta vidē – nē! Sākotnēji tas apgrūtināja šo darbu un apdraudēja tos pacientus, kas bija stacionārā*” [KMS-2]

Nākamais rīcības virziens, pie kura aktīvi slimnīcām bija jāstrādā, bija rīcība gadījumā, ja novēloti pacientam tika konstatēts Covid-19. Šinī gadījumā slimnīcām, lai nodrošinātu telpu dezinfekcijas iespējas un personāla aizvietošanu (pacienta kontaktpersonām dodoties izolācija), bija nepieciešams operatīvi organizēt pacientu pārvietošanu uz citām nodaļām - piemēram, slēdzot nodaļas daļu (vienā spārnā un atverot otrā) vai slēdzot visu nodaļu.

Neatliekamās medicīniskās palīdzības sniedzšo iestāžu operatīvās vadības grupu pārstāvji, plānojot rīcību un domājot par taktiskiem un stratēģiskiem jautājumiem, ļoti daudz lasīja arī starptautiskas publikācijas par Covid-19, interesējās par citu valstu pieredzi, izmantoja iespēju piedalīties dažādās tiešsaistes diskusijās un sanāksmēs, lai izzinātu citu valstu pieredzi un iespējamās rīcības. Tomēr kā arī norāda vairāku iestāžu pārstāvji, lēmumu pieņemšanā pietrūka labas zināšanas un pieredze no valstīm, kuras pirmās saskārās ar Covid-19. Saņemtā informācija no Latvijas iestādēm tomēr nebija pietiekama, un slimnīcu pārstāvji norādīja, ka ļoti bieži izmantoja privātos kontaktus un nepieciešamo papildu informāciju un

rīcību uzzināja, privāti sazvanoties ar konkrētajiem cilvēkiem un pārrunājot jautājumus – “*ja bija jautājumi kaut kādi, mēs sazvanījāmies, teikšu godīgi – ar Ugu Dumpi vai dr.Aiju Vildi. Zvans bija tiešais viņiem!*” [KMS-6] Tāpat tika izmantoti arī personiskie sakari un saziņa ar kolēģiem, kuri strādā ārvalstu klīnikās, īpaši Eiropā, kur jau tajā laikā bija lielāka Covid-19 izplatība. Tāpat slimnīcas izmantoja arī iespējas savstarpēji sazināties un pārrunāt neskaidros jautājumus vai dalīties pieredzē. Daļa slimnīcu atsaucās uz veiksmīgu sadarbību ar ārstu profesionālajām asociācijām, kuras aktīvi iesaistījās un arī izstrādāja dažādas rekomendācijas darba organizēšanai konkrētās jomās, kas atviegloja operatīvās vadības grupas darbu. Tomēr, kā norādīja slimnīcas, tas viss balstījās privātās iniciatīvās un būtu labi, ja šī sadarbības platforma tiktu veidota centralizēti un būtu iespējas jebkuram tajā dalīties ar jautājumiem vai viedokļiem.

Savukārt NMPD gadījumā iespējas balstīties uz citu valstu vai iestāžu pieredzi bija ļoti ierobežotas, jo citās valstīs, arī tuvākajās kaimiņu valstīs nav vienota neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta, kam ir centrālā loma ārkārtas situāciju pārvaldīšanā.

Bet, pieņemot lēmumu, visu iestāžu pārstāvji norādīja, ka balstījās tikai un vienīgi uz oficiālo informāciju, rekomendācijām un norādēm, kas tika saņemtas no VM, SPKC, VI un NMPD. No ārvalstu avotiem – balstījās uz PVO un ECDC rekomendācijām.

Pēc lēmumu pieņemšanas par darba organizēšanu iestādē šie lēmumi tika noformēti kā attiecīgi valdes vai administrācijas rīkojumi, reģistrēti atbilstošajos kvalitātes sistēmā noteiktajos veidos, noformējot kā rīkojumus, un nekavējoties nodoti uz zemākiem vadības līmeņiem (stacionāru un klīniku vadītāji, nodaļu vadītāji, virsrārsti un virsmāsas). Tika aktīvi iesaistīta kvalitātes vadības sistēma vai sabiedrisko attiecību speciālisti – lai pielāgotu attiecīgos informatīvos materiālus, infografikas, diagrammas un citus uzskates materiālus. Papildus tika plānotas un organizētas apmācības darbiniekiem – gan par IAL lietošanu, gan citiem aktuāliem jautājumiem. Nozīmīgs izglītojošs darbs tika veikts arī ar klientu apkalpošanas centriem, kuriem bija jāsaazinās ar pacientiem un jāinformē par atceltajiem pakalpojumiem, tiem, kuriem bija veikti pieraksti, kā arī saziņas veikšanā ar pacientiem, kuri zvanīja kā akūti pacienti vai kuriem bija jāsaņem pakalpojumi ne-slēgtajos pakalpojumos (piemēram, onkoloģija). Visaktīvākais un spraigākais darbs notika epidēmijas un ārkārtas situācijas sākuma posmā, kamēr tika analizēti, pielāgoti un izstrādāti jauni noteikumi un kārtības, kā arī notika nepārtraukta to aktualizēšana iegūstot pierādījumus un zināšanas par Covid-19 infekciju. Savukārt pēc tam, sākot no aprīļa beigām, maija mēneša šīs izmaiņas jau bija samērā maz un šīs kārtības mainījās salīdzinoši daudz retāk.

Atbilstoši iestāžu pārstāvju sniegtajai informācijai, aktuālās darba organizēšanas izmaiņas, jaunā kārtība un cita informācija, kas saistīta ar Operatīvās vadības grupās pieņemtajiem lēmumiem, līdz darbiniekiem katrā nodaļā un postenī, tika nodota, izmantojot visdažādākos komunikācijas veidus, lai nodrošinātu, ka tiek sasniegts katrs darbinieks.

Viens no informācijas izplatīšanas kanāliem, bija aktualitāšu ievietošana attiecīgās iestādes iekšējā tīkla lapā jeb intranetā, kur tika ievietota gan lēmumu informācijā (normatīvi formālie dokumenti), gan speciālas sadaļas, kurās tika ievietota īsa un kodolīga jaunumu informācija. Tāpat informācijas nodošana tika realizēta, veicot e-pastu izsūtīšanu noteiktām adresātu grupām – piemēram, nodaļu vadītājiem.

Papildus tika veidotas dažāda līmeņa vadītāju konferences un personāla informēšanas sapulces, ierastās rīta piec-minūtes aizstājot ar virtuālo ikrīta sanākumi, izmantojot kādu no platformām, kas nodrošina audio un video-konferences. Citas iestādes savukārt veidoja speciālas video-konferences (vienu vai divas reizes nedēļā), kurās valdes pārstāvji, ārstniecības vadītāji, infektologi vai citi pārstāvji no operatīvās vadības grupas, stāstīja un skaidroja jaunās pārmaiņas, to nepieciešamību un atbildēja uz darbinieku jautājumiem un izskaidroja neskaidros jautājumus.

Tāpat visos posteņos tika nodrošināta aktuālā informācija papīra veidā, izdrukājot aktuālās izmaiņas un novietojot posteņos, kur katrs darbinieks ar tiem varēja iepazīties. Atsevišķas iestādes norādīja, ka tika veidota prakse, ka katram darbiniekiem bija ne tikai jāiepazīstas ar jauno informāciju, bet ar savu parakstu žurnālā jāapliecina, ka ir iepazinies ar izdrukāto un sniegto jauno kārtību un citu informāciju. Vairāku iestāžu pārstāvji norādīja, ka noteiktā kārtība tika printēta, sakopēta un izlīmēta arī kabinetos un telpās, kur veica noteiktas manipulācijas, lai atgādinātu personālam, kas un kā jāievēro.

Savukārt NMPD gadījumā, papildus iepriekšminētajiem komunikācijas kanāliem, aktuālā informācija tika ielādēta un bija pieejama katras brigādes izmantojamā planšetē, tāpat ik pa laikam jaunākā informācija, vai atgādinājums par kārtību tika translēts, izmantojot rācījas – tādejādi, vēršot brigāžu uzmanību uz noteikto kārtību, bet operatīvās vadības centra dispečeriem, jaunākā informācija tika īsā un koncentrētā veidā apkopota un kā uzskates materiāls (uzlīme/plakāts) novietota darba vietā.

Papildus oficiālajiem saziņas kanāliem – intranets, e-pasts, darba vieta, tika izmantotas arī mūsdienu komunikācijas platformas, ko personāls jau ir sācis lietot ikdienā – veidojot gan WhatsUp grupas, gan slēgtas Facebook grupas, un apziņošana tika veiktas arī šajās sociālo tīklu platformās.

Dažas iestādes, kurās ir pieejama iespēja ierunāt ziņojumus un atskaņot tos skaļruņos, noteikta veida paziņojumu ierunāja šajās sistēmās un atskaņoja regulāri, izmantojot skaļruņa sistēmas (piemēram, atgādinājumus par IAL lietošanu, distances ievērošanu un citu informāciju, ko pieļaujams dzirdēt arī pacientiem un apmeklētājiem). Iestādes, kurām ir pieejami lieli monitori, savukārt izmantoja iespēju veidot video paziņojumus un likt tos uz lielajiem monitoriem.

Apkopojot neatliekamās medicīniskās palīdzības sniedzošo iestāžu viedokli par to, kas bija veiksmes faktori, analizējot darba organizēšanu ārkārtējās situācijas laikā, iestāžu pārstāvji norāda:

- 1) labi organizēta vadības komanda, kurā katram ir savi pienākumi un atbildība, kā arī laba sadarbība ar citām iesaistītajām struktūrvienībām – IT daļa, kvalitātes vadība, personāla daļa un sabiedrisko attiecību nodaļa;
- 2) precīzi un atbilstoši organizēta pacientu šķirošana un plūsmas organizēšana konkrētajā neatliekamās medicīniskās palīdzības sniedzošajā iestādē, lai nepieļautu infekcijas transmisiju;
- 3) veiksmīga komunikācija ar darbiniekiem un darbinieku attieksme;
- 4) valsts veidotā ierobežojumu politika un cilvēku rīcības rezultāts, kā rezultātā veidojās labvēlīgi apstākļi, lai nepieļautu Covid-19 izplatību.

6.2.2.2. Ieteikumi

- ✓ Mainot plānoto pieeju un uzliekot pienākumu iestādēm uzņemt noteikta profila pacientus, ir nepieciešams sniegt detalizētas rekomendācijas, nodrošināt vadlīnijas un kompetentu speciālistu atbalstu šādas kārtības izstrādē slimnīcās un personāla apmācībās.
- ✓ Izveidot vienotu un centralizētu pieredzes apmaiņas un zināšanu pārneses platformu, kurā vienkopus un vienā vietā ir pieejama visa saistītā informācija un komunikācijas iespējas, tādejādi atvieglojot un efektīvizējot slimnīcu darbu, sniedzot tiem specializētu klīnisko vadlīniju paraugus un metodiskos norādījumus, pieredzē balstītus ieteikumus, kā organizēt noteiktas manipulācijas infekcijas slimību gadījumos un apspriest cita veida jautājumus.
- ✓ Pieņemot valsts līmeņa lēmumus par noteiktu jomu darbības ierobežosanu (viesnīcu pakalpojumi, ēdināšana), ir jāvērtē tās ietekme uz citām jomām (ēdināšana, veļas mazgāšana, telpu uzkopšana, apsardze – ārstniecības iestādēs) un iespējamie atbalsta mehānismi.
- ✓ Slimnīcām uzliekot jaunus pienākumus vai darba praksi, šajā gadījumā: Covid-19 pacientu testēšanu, ir nepieciešams sniegt papildu informāciju, un organizēt loģistikas darbu, lai neradītu pārslodzi slimnīcās. Veselības ministrijai un tās tiešās pakļautības iestādēm vairāk būtu jāiesaistās loģistikas noteikšanā un nodrošināšanā.
- ✓ Ārkārtējā situācija atklāja, ka ārstniecības iestādēm jāvelta papildu darbs un līdzekļi ar veselības aprūpes sniegšanu tieši nesaistītu pakalpojumu organizēšanas analīzē, pilnveidē, saskaņošanā, kontrolē un uzraudzībā (uzkopšana, ēdināšana, veļas mazgāšana, celtniecība, remontdarbi, medicīnas iekārtu tehniskā apkope, piegādes pakalpojumi). Ārkārtējā situācijā, kad skaidri noteikti pakalpojuma sniegšanas, darbības vai loģistikas ierobežojumi, aktīvāk jāiesaista pakalpojumu sniedzošās nozares pārstāvji un sadarbībā ar VM vai VI centralizēti jāizstrādā vienotas prasības pakalpojuma sniegšanai slimnīcās.

6.2.3. Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas raksturojums 2020. gada pirmajā pusgadā

6.2.3.1. Rezultāti

Atbilstoši 2018. gada 28. augusta Ministru kabineta noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” noteiktajam un līguma par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu nosacījumiem slimnīcām jāievēro un neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumi jāsniedz atbilstoši Slimnieku hospitalizācijas vietu plānam, kas ir pacientu plūsmas organizēšanas dokuments.

Lai nodrošinātu Covid-19 pacientu veselības aprūpi, tika vairākkārtīgi mainīta kārtībā, kādos gadījumos un kurās iestādēs pacienti tiek stacionēti. Sākotnēji, saskaņā ar hospitalizācijas plānu tika noteikts, ka hronisko slimību pacienti tiek pārvietoti no Rīgas Klīniskās universitātes slimnīcām (KUS) uz reģionālām slimnīcām, lai Rīgā nodrošinātu Covid-19 pacientu ārstēšanu. Līdz ar to reģionālās slimnīcas bija gatavas pārņemt pacientus ar hroniskām slimībām, bet pieņemot, ka Covid-19 pacientus visus, t.sk. arī ar vidēji smagu slimības norisi ārstēs tikai Rīgas slimnīcās. Tomēr īsā laika periodā viedoklis un pieņemtie lēmumi mainījās un arī reģionālajās slimnīcās bija jānodrošina Covid-19 pacientu ārstēšana.

Hronisko pacientu stacionēšanas kārtība tika vērtēta neviennozīmīgi. Kā norāda neatliekamās medicīniskās palīdzības sniedzšo iestāžu pārstāvji, esošā kārtība ne reti izsauca tieši pacientu neapmierinātību un neizpratni par to, ka jāatsakās no pakalpojuma saņemšanas ierastās vietas, speciālistiem, kas ne reti noveda arī pie situācijām, kad pacienti labprātīgi atteicās no nogādāšanas stacionārā. Savukārt iepriekš minētā atteikšanās no nogādāšanas stacionārā rezultējās atkārtotos izsaukumos un veselības stāvokļa pasliktināšanās. Līdz ar to, no vienas puses bija Rīgā dzīvojošo hronisko pacientu neapmierinātība ar to, ka viņi tika stacionēti ārpus Rīgas, bet no otras puses šāda pieeja arī radīja pārslodzi un jautājumu par efektivitāti NMPD darbā. Sākumposmā, kad visi pacienti ar aizdomām uz Covid-19 tika vesti uz RAKUS LIC, NMPD speciālistu ieskatā, pasliktināja spēju reaģēt un savlaicīgi nodrošināt NMP sniegšanu. NMPD speciālisti arī norāda, ka tikai noteikta smaguma pakāpes un sarežīti ārstējami pacienti būtu jānogādā specializētā klīnikā, kopumā būtu jāattīsta reģionāla bīstamo infekcijas slimību ārstēšana.

Lai arī NMPD nenoliedz, ka, skatoties no kompetences, ārstēšanas sarežģītības un slimnīcu līmeņošanas viedokļa, prakse, ka smagākos gadījumus sāk ārstēt Rīgas KUS un tad pārved uz zemāka līmeņa slimnīcu ir loģiska, tomēr, lai to nodrošinātu, ir jāveic būtiska šī tīkla un sadarbības stiprināšana, kas, kā radīja pieredze, pagaidām nestrādā pietiekami labi, un netiek

atbalstīta no pacientu puses. Arī KUS pārstāvji pozitīvi izsakās par šo sākotnējo pieeju, kad pēc akūtās ārstēšanas, pacienti tika pārvesti uz zemāka līmeņa slimnīcām. Pozitīvi tiek vērtēta KUS speciālistu iesaiste hospitalizācijas plāna pārstrādē un pacientu, kas ārstēšanu var saņemt zemāka līmeņa slimnīcā, kategoriju identificēšanā.

Analizējot un piedāvājot modeli, kā būtu jāveic pacientu aprūpe, NMPD rosina, ka reģionos būtu jānodrošina skrīninga vietas, tostarp infekcijas skrīninga vietas, kur pacientam sākotnēji var tikt veikti izmeklējumi un noteikta slimības smaguma pakāpe. Kā norāda NMPD pārstāvji, etapā pirms pacienta nonākšanas stacionārā šādu palīdzības un diagnozes izvērtēšanas apjomu nav iespējams nodrošināt. Secīgi pēc slimības norises gaitas vajadzētu pieņemt lēmumus par to, kurā ārstniecības iestādē pacients nogādājams.

Šādu modeli atbalsta arī KUS pārstāvji, norādot, ka universitātes slimnīcām ir jāstrādā ar sarežģītiem un smagiem pacientiem, kur nepieciešams nodrošināt tādas ārstniecības metodes, kuras reģionos nav pieejamas un iespējamas.

Papildus KUS pārstāvji norāda, ka periodā, kad uzņemšanā nonāca mazāk pacientu, Neatliekamās palīdzības centra speciālistiem *“bija vairāk laika pārdomām, kā strādāt ar smagākiem pacientiem, tieši ar tiem pacientiem, kuriem ir nepieciešama tā neatliekamā palīdzība, jo, ja mēs runājam par hronisko pacientu plūsmu, nu tā ir diezgan liela īpatsvarā un praktiski tiešām tādi nu neatliekami akūti pacienti, kuriem ir jāsniedz tāda nekavējoša palīdzība, nu tie ir kādi 15-20%. Neapšaubāmi arī tās otras daļas pacienti prasa kaut kādu uzraudzību, nepieciešama medikamentoza terapija, bet tā ārstēšana tiešām var notikt arī zemāka līmeņa slimnīcās”* [KMS-2]

Vēlākā laika posmā arī reģionālām slimnīcām tika noteikts uzņemt un noteiktos gadījumos arī stacionēt Covid-19 pacientus, kas savukārt radīja sava veida haosu un neapmierinātību, jo reģionālās slimnīcas paļāvās uz iepriekšējo kārtību un nebija gatavas ārstēt šos pacientus.

Atbildot uz jautājumu, kādam tad būtu jābūt šādu infekcijas slimību ārstēšanas plānam, lielākā daļa pārstāvju norādīja, ka tas ir atkarīgs tieši no saslimstības rādītājiem un hospitalizējamo pacientu skaita. *“Ja mēs runājam par tādiem cipariem, kas bija tā saucamajā pirmajā vilnī, tad es teiktu, ka reģionā pilnīgi noteikti varētu arī neārstēt. [...] Tiešām tos pacientus, kuriem ir nepieciešama hospitalizācija, tagad mēs skaidri zinām. Sākumā pateikšu godīgi, par daudz lika nodaļā iekšā, nezinot – tagad ir skaidrs, kam vajag, kas ir nodaļas pacienti. [...] Pie tādas plūsmas kāda bija [domāts laika periods no 2020. gada marta līdz septembrim], mierīgi visi var ārstēties Rīgā un Austrumu slimnīcā, nevajag citas slimnīcas iesaistīt”* [KMS-3-3]. Reģionālo slimnīcu pārstāvji savukārt apšaubā šādas pieejas efektivitāti

– kad pie maza pacientu skaita ārstēšana tiek veikta vairākās slimnīcās, norādot, ka viens Covid-19 pacients ne reti varēja “nabloķēt” citas palīdzības sniegšanu slimnīcā un arī iesaistāmo darbinieku apjoms uz šo vienu pacientu ir nesamērīgi liels, ja salīdzinātu ar specializēto RAKUS LIC, kur tie paši darbinieki, kas iesaistīti Covid-19 pacienta aprūpē nodrošina palīdzību vairākiem pacientiem. Arī reģionālās slimnīcas pārstāvis, kurās ir specializētas infekcijas nodaļas, norāda, ka *“pa šo laiku bijām ārstējuši un uzņēmuši ne tikai vidēji smagus, bet arī smagus pacientus. Mūsu reanimācijas nodaļa to ļauj. Bet principā, lielākoties ir tas uzskats, ka reģionālām slimnīcām tomēr jānodarbojas ar vidēji smagu pacientu uzturēšanu un ārstēšanu, un tikai konkrētos gadījumos, kad aktīva transportēšana nav iespējama, mēs varam runāt par ļoti smagu pacientu tomēr ārstēšanu te uz vietas. Kamēr projekti no paredzamiem līdzekļiem joprojām nav realizēti, te droši vien jāsaprot, ka mēs tomēr gribētu, lai neatliekamo varētu nodrošināt, tad pēc tam pārvest uz universitātes slimnīcām. Nenozīmē, ka mēs ne visai esam gatavi, bet mūsu līdz šim esošie resursi un infrastruktūra jau diezgan ierobežo”* [KMS-10]

Reģionālo slimnīcu pārstāvji izgaismo arī citu problēmu, kas saistīta ar esošo slimnīcu tīklu un pakalpojumiem norādot, ka specializētās slimnīcas, piemēram, psiho-neiroloģiskās slimnīcas nevar nodrošināt pacientu izolācijas prasības, līdz ar to Covid-19 ārstēšana jānodrošina KUS un reģionālajām slimnīcām.

Lai nodrošinātu gatavību Covid-19 pacientu uzņemšanai un ārstēšanai, atbilstoši VM norādījumiem un ņemot vērā slimnīcu infrastruktūru, kā norāda slimnīcu pārstāvji, tika pārtraukta visa plānveida palīdzība, kas iedzīvotājiem līdz tam tika nodrošināta. Šī lēmuma – aizvērt plānveida un ambulatoros pakalpojumu, negatīvais aspekts tika novērots arī KUS, kad pacientiem nesaņemot savlaicīgu ārstēšanu, stāvoklis pasliktinājās, kā vienu no piemēriem minot: *“kā vislabākais piemērs tieši tai unikālajā nozarē kardiķirurgijā, kas ir šeit kā plānveida palīdzība, tika reducēta par 40 vai 50 procentiem. Ko tas nozīmēja? Pirmkārt, tas nozīmēja akūtās palīdzības palielinājumu, tas nozīmēja, ka pacientiem netika veikti izmeklējumi, kas diagnosticēja konkrētas sirds mazspējas formas un gala rezultātā nesaņēma palīdzību. Tāpēc šie pacienti šeit nenonāca”* [KMS-2].

Savukārt ambulatoro un plānveida pakalpojumu aizvēršana radīja papildu slodzi NMPD darbam. NMPD speciālisti uzsver, ka izaicinājums bija strādāt, lai no vienas puses nenoslogotu resursus un būtu saglabāta kapacitāte reaģēt akūtu izsaukumu gadījumos, un, no otras puses, izpratne, ka pacientiem nav, kur vērsties pēc palīdzības. Minētā pieeja arī būtiski ietekmēja NMPD darbu, kad bija jāveic pacientu šķirošana, lai atslogotu pēc iespējas slimnīcas.

Kā norāda NMPD pārstāvji šķirošana tika veikta gan telefoniski, gan izsaukumu laikā un tas palielināja kļūdu iespējas, kas atspoguļojās arī atkārtotos izsaukumos.

6.2.3.2. Ieteikumi

- ✓ Veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas plānam ārkārtējā situācijā ir jābūt savlaicīgi izstrādātam un apstiprinātam Veselības ministrijā, balstoties uz noteiktiem scenārijiem atkarībā no tā, cik daudz pacientiem ir nepieciešama stacionēšana – nosakot iestāžu pienākumus un gatavību pacientu uzņemšanai.
- ✓ Pacientu diagnostika un šķirošana ir jānodrošina maksimāli tuvu pacienta atrašanās vietai, lai samazinātu NMPD kā transportēšanas pakalpojuma sniedzēja izmantošanu un samazinātu nepieciešamību pēc pacientu pārvešanas nozīmīgos attālumos, tikai lai veiktu Covid-19 diagnostiku un pacienta veselības stāvokļa smaguma objektīvu izvērtēšanu, ar slimnīcās pieejamo aprīkojumu.
- ✓ Jānodrošina pacientu izolēšanas un uzraudzības iespējas zemāka līmeņa iestādēs, vai sadarbībā ar pašvaldībām veidojot vietas, kur iespējams izolēt un novērot pacientus ar vieglāku slimības klīnisko norisi, kuriem ārstēšanās mājās apstākļos ģimenes ārsta uzraudzībā nav iespējama.

6.2.4. Cilvēkresursu nodrošinājums un gatavība krīzes situācijai

6.2.4.1. Rezultāti

Saskaņā ar Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas (OECD) datiem Latvijā praktizējošu ārstu skaits uz 1000 iedzīvotāju ir 3.3. Praktizējošas medmāsas ir 4,3 uz 1000 iedzīvotāju. Salīdzinoši gan ārsti, gan medicīnas māsas Latvijā ir zemāk nekā vidēji citās Eiropas Savienības valstīs. Joprojām saglabājas būtiska nevienlīdzība ārstu skaita (pamatdarbā strādājošie) sadalījumā pa reģioniem - Rīgā - 62% no kopējā ārstu skaita, Rīgas reģionā - 9%, Kurzemes reģionā - 7%, Latgales reģionā - 9%, Vidzemes reģions - 6%, Zemgales reģions - 7%.

Latvijā 6% (jeb 53,6 tūkstoši) no visiem nodarbinātajiem strādāja veselības un sociālās aprūpes jomā. Vienlaicīgi veselības un sociālās aprūpes nozare ir to nozaru vidū, kur lielākais nodarbināto īpatsvars ir vecumā virs 50 gadiem, kas sastāda 34-47% no veselības aprūpes jomas profesiju apakšgrupās nodarbinātajiem (salīdzinoši vidējais līmenis tautsaimniecībā ir 29%).

Neskatoties uz pastāvīgu medicīnas personāla trūkumu slimnīcās, kā atzina iestāžu pārstāvji, pirmās ārkārtējās situācijas laikā 2020. gada martā - jūnijā personāla papildus trūkuma problēma netika novērota un nevienā no intervētajām iestādēm neizveidojās situācijas, kad būtu jāslēdz ciet kāda nodaļa vai pakalpojums tādēļ, ka nav personāla. Bet, kā norāda iestāžu pārstāvji, tas bija iespējams, tikai pateicoties tam, ka liela daļa pakalpojumu – plānveida un ambulatorie tika slēgti, un līdz ar to atbrīvojās personāls, ko novirzīt neatliekamo pacientu un Covid-19 pacientu aprūpē. Tomēr, ar visu to, lielai daļai personāla, īpaši vidējam personālam, pieauga slodze un virsstundas.

Tajā pašā laikā, ambulatoro un plānveida pakalpojumu slēgšana, ne visiem darbiniekiem sniedza iespējas pārorientēties un strādāt neaizvērtajos profilos, līdz ar to daļa darbinieku vai nu izņēma iekrātos atvaļinājumus, vai devās dīkstāvē. Daļa darbinieku, kas pamatā specializējušies ambulatoro konsultāciju sniegšanā, uzsāka sniegt attālinātās konsultācijas.

Vērtējot iespēju arī nākamā epidēmijas uzliesmojuma jeb “otrā viļņa” laikā izmantot līdzīgu pieeju, slēdzot pakalpojumus un pārvirzot darbiniekus, iestādes vērtēja neviennozīmīgi, norādot, ka pakalpojumu slēgšana pirmkārt var pasliktināt kopējos veselības rādītājus, kavējot laicīgu slimību diagnostiku un ārstēšanu, vai pasliktinot pacienta stāvokli, bet otrkārt – ne katrs, kurš strādā citā profilā ir piemērots darbam uzņemšanas nodaļā vai darbam ar infekciju nodaļā. Līdz ar to, veselības aprūpes plānveida pakalpojumu slēgšanai ar mērķi pārvirzīt darbiniekus

nākotnē ir jābūt selektīvākai un mērķtiecīgākai. Iespēju robežās ierobežot tikai tos plānveida pakalpojumus, kuru ierobežošana var sniegt papildu personālu darbam ar Covid-19 pacientiem, vai atbrīvot slimnīcas gultas vietas vai aprīkojumu, kas nepieciešams Covid-19 pacientu aprūpei.

Atšķirībā no slimnīcām NMPD netika slēgti pakalpojumi un nebija iespēju pārvirzīt darbiniekus no aizvērtajiem pakalpojumu profiliem, līdz ar to NMPD būtiski izjuta darbinieku trūkumu šajā laikā. Pateicoties agrāk veiktajām reformām, tai skaitā veidojot samazinātās brigādes (kur viens no mediķiem pilda arī šofera lomu), un citiem efektivitātes uzlabošanas kritērijiem, kopumā NMPD spēja veikt savas funkcijas. Tomēr, lai nodrošinātu pakalpojumu sniegšanu iedzīvotājiem, tika pieņemti pat normāliem apstākļiem neatbilstoši lēmumi, piemēram, konstatējot darbinieku inficēšanos NMPD, darbinieki, kuri tika atzīti par kontaktpersonām, bet, kuriem nebija saslimšanas simptomu, turpināja darbu kā dispečeri NMPD, bet nestrādājot citās darbavietās. Minētais lēmums bija apstiprināts Veselības ministrijas Valsts operatīvā medicīniskā komisijā. Papildus tika piesaistīti un darbam mobilizēti darbinieki, kuri jau bija devušies pensijā. Kā vēl viena rīcības stratēģija bija zvanu centru pārplānošana, vairāk izsaukumu nododot reģionāliem dispečeriem.

Iestādes raksturojot personāla attieksmi pret ierobežojumiem un jaunajām un strauji mainīgajām prasībām attiecībā uz izmantojamiem IAL un algoritmiem, kopumā pozitīvi vērtēja darbinieku iesaistīšanos un rīkojumu un norādījumu izpildi. Pamatā norādot, ka darbinieki izprata ierobežojumu un prasību nepieciešamību, pielāgojās un pakļāvās rīkojumu prasībām.

Ārkārtas situācijas sākuma posmā, informācijas trūkuma un biedējošo ziņu par ārstu augsto inficēšanos un mirstību slimnīcās no ārvalstīm rezultātā, darbinieku vidū bija novērotas izteiktas bailes un kā norāda NMPD, bija jārisina situācijas, kad personāls atteicās kāpt mašīnās un doties uz izsaukumiem, vai veikt transportlīdzekļa dekontamināciju. Arī slimnīcu pārstāvji norāda, ka bija daļa darbinieku, kuri atteicās strādāt Covid-19 izplatības laikā vai nu pilnībā – vispār nenākot uz darbu, kas bija ļoti maza daļa, bet daļa atteicās strādāt ar Covid-19 pacientiem – *“es neiešu ne pie viena Covid slimnieka, vienalga kā jūs mani gērbisiet!”* [KMS-3-3]. Tomēr šādu darbinieku daļa bija salīdzinoši ļoti neliela, un kā norāda KUS pārstāvis *“tādi vienmēr ir bijuši slimnīcā, kuri mēģina visādos veidos izvairīties no darba, ne tikai Covid-19 infekcijas”*[KMS-2] un administrācija uz šiem darbiniekiem katastrofu gadījumā nemaz nepaļaujas.

Otra darbinieku grupa bija tādi, kas izprata situāciju un pakļāvās visiem ierobežojumiem, turpināja savu darbu esošajā darba vietā, vai piekrita tikt pārvietoti darbam

citā nodaļā, atbilstoši savai kompetencei. Tomēr arī starp šiem darbiniekiem, zināšanu trūkuma dēļ, sākotnēji bija bailes un satraukums un *“kad sākās, tad sarkano vilka visur, jo tās bailes...”* [KMS-9]

Kā īpaša darbinieku kategorija, kas ne tikai pakļāvās ierobežojumiem, bet aktīvi līdzdarbojās to ieviešanā, pilnveidē un citu darbinieku apmācībā – bija slimnīcu Neatliekamās palīdzības nodaļu un infekcijas nodaļu darbinieki.

Tomēr tika novērota arī daļa darbinieku, kuri nepakļāvās ierobežojumiem, atteicās tos ievērot, vai atsevišķos gadījumos kļuva par dezinformācijas avotiem. Pamatā šie bija darbinieki, kas pildīja mazāk kvalificētu darbu – sanitāri, palīgi. Kā norāda slimnīcas pārstāvji *“viņa intelekts bieži vien ir tāds, ka, ja uz viņu neuzrēc, neuzbļauj vai nepasaka, ka tevi atlaidīs, ja tu respiratoru nelietosi, viņš nesaprot citu valodu! Viņam tā infografika bijusi, nebijusi!”* [KMS-3-1]. Tomēr atsevišķos gadījumos, bija situācijas, kad vienīgais risinājums bija darbinieku atbrīvošana no darba. Kā atzīst slimnīcu pārstāvji, diemžēl ir bijuši arī gadījumi, kad dēļ paviršas attieksmes pret IAL lietošanu, ir radušās situācijas, kad nodaļas darbinieki ir jāsūta karantīnā. Diemžēl izpratne par IAL lietošanas pareizu nozīmi, joprojām ir problemātiska pat ārstu vidū, jo kā norāda slimnīcu pārstāvji, ka IAL tiek lietoti neapzinīgi, un tieši tāpat kā sabiedrībā sejas maskas tiek lietotas nepareizi, diemžēl ir novērojams arī slimnīcā *“šī te IAL lietošanas kultūra neatšķiras vai ir zema. Viņa bija zema martā, un viņa ir zema arī tagad!”*[KMS-4]

Raksturojot vidējā līmeņa vadītājus un to darbību, risinot krīzes situāciju, slimnīcas norāda uz divu veidu uzvedības modeļiem: bija vadītāji, kuri neiesaistījās aktīvā sadarbībā un līdzdarbībā un vairāk šo laiku izmantoja kā atpūtas iespēju, bet tajā pašā laikā otra vidējā līmeņa vadītāju strādāja ļoti aktīvi, intensīvi iesaistoties un kopīgi izstrādājot labākos iespējamus rīcība scenārijus.

Tomēr Latvijas situācija, kurā ievērojama daļa medicīnas darbinieku apvieno darbu vairākās iestādēs, piemēram, strādā gan NMPD, gan KUS, vai vienlaikus kādā no KUS un kādā reģionālā slimnīcā, – noveda pie situācijas, kad atšķirīgo ierobežojumu un prasībām pret IAL lietošanu, darbiniekiem radās neizpratne vai apjukums. Atšķirības starp dažādu līmeņu IAL izmantošanas prasībām īpaši izteikti tika novērotas ārkārtējās situācijas sākuma posmā, raksturojot, ka NMPD tika lietoti augstāka līmeņa IAL ekipējums, kā norāda respondenti *“salīdzinoši hiperbolizēti”* [KMS-1], bet KUS bija nedaudz zemākas prasības salīdzinot ar NMPD, bet joprojām augstākās prasības nekā reģionālās slimnīcās.

Otra problēma, kas arī bija saistīta ar darbinieki strādāšanu nepilnā slodzē vienā iestādē, piemēram NMPD un kādā no slimnīcām, bija saistīta ar to, ka darbinieki nespēja operatīvi

reaģēt uz straujajām pārmaiņām. Laikam ejot un iegūstot arvien plašākas zināšanas par infekcijas izplatību un pasaules pieredzi IAL lietošanā, NMPD regulāri pārskatīja un noteiktos gadījumos samazināja prasības pret nepieciešamo IAL līmeni, bet darbinieki, kuri NMPD strādā tikai dažas dienas mēnesī, atnākot nākamreiz uz darbu, turpināja “*ģērbties un līmēties pēc pilnas programmas*” [KMS-1]. Tomēr situācijā, kad sākotnēji bija augstākās drošības prasības un laika gaitā tās tika mīkstinātas, šī novērotā prakse neradīja riskus personāla drošībai.

Būtisks jautājums, analizējot personāla spējas izturēt šādas krīzes situācijas, ir saistītas ar atbalsta sniegšanu personālam, jo īpaši tiem, kas tieši strādā neatliekamā palīdzībā un ar Covid-19 pacientiem. Slimnīcu pārstāvju novērojumi liecina par to, ka šiem darbiniekiem pieaug gan fiziskā slodze, strādājot īpašajos aizsargtērpos, gan būtiski pieaug emocionālā slodze un stress. Kā norāda reģionālās slimnīcas pārstāvis “*ja pie šiem vidēji smagiem pacientiem ir jābūt speciāliem tērpiem, risks ir cilvēkresursā, jo visa lielākā daļa māsiņu ir pirmspensijas vecumā. Tad iedomājieties, ja viņai jāuzvelk viss tas ekipējums un jāstaigā šajā ekipējumā, tad iznākumu ir viegli prognozēt*”. [KMS-10] Arī citas reģionālas slimnīcas pārstāvis norāda, ka “*māsas un māsu palīgi, pārsvarā ir pirmspensijas vai pensijas vecumā, un, ja viņam uzliek visu šo ekipējumu, tad mums jāsāk domāt, vai viņam nesāksies kardiālas vai citas problēmas un vai nenovedīsim viņu pašu pacienta statusā*” [KMS-6].

Šajos apstākļos tika novērots arī iekšējo konfliktu pieaugums, īpaši darbojoties šajās augsta riska nodaļās, kas strauji veicina darbinieku izdegšanu. Slimnīcas un darbinieki nevar būt visu laiku ārkārtas stāvoklī, nerisīnot šo situāciju, personāls “izsīkst un izdeg”.

6.2.4.2. Ieteikumi

- ✓ Atšķirīgas prasības IAL lietošanā dažāda līmeņa iestādes rada personāla drošības riskus vai rada nepamatoti augstus izdevumus. Nepieciešams veidot risinājumus (piemēram, informatīvo kampaņu/ infografikas/ video medicīnas darbiniekiem), lai veicinātu vienotu izpratni par piemērotu IAL izvēli un pareizu lietošanu dažādās situācijās.
- ✓ Viena no atbalstāmām metodēm, risinot darbinieka trūkumu, var būt noteiktu pakalpojumu slēgšana un darbinieku pārvirzīšana tajos posteņos, kuros tas ir nepieciešams, tomēr šai pieejai ir jābūt lielā mērā individualizētai un mērķtiecīgi veiktai, jo ne katrs aizvērtā pakalpojuma sniedzējs spēj aizvietot trūkstošos darbiniekus citā profilā, kā arī jānodrošina savlaicīga speciālistu apmācība un sagatavošana darbam ārkārtējās situācijas atbilstošām vajadzībām.
- ✓ Strādājot paaugstināta riska apstākļos un fiziski sarežģītākos apstākļos, būtiski pieaug darbinieku slodze un stress, kas provocē konfliktsituāciju attīstību, kā arī sekmē darbinieku izsīkšanu un izdegšanu. Nepieciešams nodrošināt papildu atbalsta mehānismu sniegšanas medicīnas personālam – gan psihoemocionālais atbalsts, gan medicīniskās un sociālās rehabilitācijas pasākumi.

6.2.5. Infrastruktūras gatavība un IAL pieejamība

6.2.5.1. Rezultāti

Saskaņā ar VKM plānu noteikts, ka ĀS seku likvidēšanā iesaista ārstniecības iestāžu pamatdarbības nodrošināšanas un rezerves resursus, proti NMPD resursus, to slimnīcu resursus, kuras nodrošina NMP sniegšanu visu diennakti, SPKC resursus, VADC resursus, citu ārstniecības iestāžu resursus.

Ārstniecības iestādēm līdz 2020. gada 16. jūnijam, kad tika veikti grozījumi Ministru kabineta 2007. gada 27. marta noteikumos Nr. 220 "Zāļu iegādes, uzglabāšanas, izlietošanas, uzskaites un iznīcināšanas kārtība ārstniecības iestādēs un sociālās aprūpes institūcijās", bija noteikts, ka iegādājās zāļu krājumus, kas nepārsniedz viena mēneša patēriņam nepieciešamo daudzumu. Savukārt pēc grozījumu veikšanas noteikts, ka stacionārā ārstniecības iestāde veido zāļu krājumus savas darbības nodrošināšanai vismaz trīs mēnešu patēriņam.

Tās ārstniecības iestādes, kuru infrastruktūra vēsturiski veidota ar atsevišķām ēkām infekciju slimību pacientiem, atzīmēja, ka situācija ir nesalīdzināmi labāka salīdzinājumā ar tām iestādēm, kurās šo pacientu nodaļas un izolācijas palātas nācās ierīkot kopējā korpusā vai ēkas daļā ar pārējām nodaļām. Attiecīgi minētajās atsevišķajās ēkās tika pārtraukti ikdienas pakalpojumi un tās tika pārveidotas par Covid-19 infekcijas slimības nodaļām. Pacientu plūsma tika organizēta uzreiz uz šo nodaļu, tur notika gan pacientu sākotnējā izmeklēšana, gan izolācija un ārstēšana.

Interviju laikā lielākā daļa ārstniecības iestāžu pārstāvji uzsvēra, ka telpas nav bijušas piemērotas un gatavas infrastruktūras ziņā Covid-19 pacientu uzņemšanai. Lielākā daļā slimnīcu pie uzņemšanas nodaļas ir viena izolācijas palāta, ko varēja izmantot nekavējoties, tomēr arī ne visos gadījumos tās atbilda higiēnas normu prasībām. Izolācijas palātām nebija nodrošināta atsevišķa ventilācija, vai iespēja ventilācijā izmantot HEPA filtrus, nebija atbilstoša priekš-telpa, kur veikt IAL novilkšanu un savākšanu, nebija atsevišķas dušas telpas, kur personālam pēc IAL novilkšanas mazgāties. Slimnīcu pārstāvji uzsver, ka izolācijas prasības Covid-19 pacientiem, būtiski samazināja slimnīcas uzņemšanas nodaļas kapacitāti. Tika zaudētas vietas observācijas palātās, kuras tika piemērotas un izveidotas par izolācijas palātām. Līdzīgi arī slimnīcu pārstāvji norāda, ka visās nodaļās samazinājās pacientu ārstēšanas kapacitāte, jo pacientus palātās, pēc epidemioloģiskās drošības prasībām bija jānodrošina ne mazāk kā 2m attālums starp gultām. Papildus jāmin, ka arī NMPD darbiniekiem, kuri nogādā pacientu ārstniecības iestādē, ievērojot īpašas prasības, bija jānodrošina iespēja drošai un pareizai pretepidēmijas pasākumu izpildei. Diemžēl slimnīcu infrastruktūra un spēkā esošais regulējums attiecībā uz slimnīcas telpu iekārtojumu neparedz dekontaminācijas telpas, kas bīstamo infekcijas slimību gadījumā ir nepieciešamas.

Salīdzinoši jauna situācija, ar ko šajā ārkārtas situācijā saskārās slimnīcas un par ko agrāk netika pienācīgi domāts, bija drošības jautājumi un slimnīcas noslēgšana. Kā izsakās atsevišķu neatliekamās medicīniskās palīdzības sniedzšo iestāžu pārstāvji, slimnīca praktiski pirmo reizi saskārās ar situāciju, kad jāierobežo pilnībā apmeklētāju un piederīgo plūsma. Īpaši izaicinoša šī situācija bija slimnīcām, kuras ir izvietotas vairākos korposos. Plūsmu organizēšanā, kā vēl viens situāciju pasliktinošs faktors, tika norādīta sabiedrības nedisciplinētība. Praksē tas nozīmēja, ka nepietika tikai ar informācijas un dažādu uzrakstu izvietojumu, bija papildus nepieciešama uzraugošā un kontrolējošā personāla piesaiste.

Lielāka skaidrība par to, kam gatavoties un kādos virzienos strādāt, iestādēm radās pēc tam, kad tika saņemti informatīvi materiāli no VM, NVD un SPKC, un kad iestādes veica pašizvērtēšanu atbilstoši VI izstrādātajai pašpārbaudes anketai. Dažas slimnīcas arī izmantoja iespēju aicināt VI un kopīgi analizēt un vērtēt slimnīcas gatavību Covid-19 pacientu uzņemšanai. Kā norādīja iestādes, šie materiāli nenoliedzami palīdzēja izprast to, par kādiem jautājumiem ir jādomā un kas jārisina, taču tie nesniedza ne atbildes, ne rekomendācijas.

Vairākas slimnīcas norādīja, ka infrastruktūras atbilstības jautājums ir ilgtermiņa pasākums. Ir nepieciešams pirmkārt veikt izpēti un apzināt labāko veidu, kā esošās ēkas un ēku daļas renovēt, lai maksimāli nodrošinātu gatavību, ne tikai Covid-19 pandēmijas laikā, bet arī citu iespējamu infekcijas slimību epidēmiju/pandēmiju vai katastrofu laikā. Šobrīd ar piešķirto VM finansējumu infrastruktūras uzlabošanai jau vairākās slimnīcās notiek renovācijas un tiek veikti pielāgošanas darbi, lai sagatavotos pandēmijas otrajam vilnim. Tāpat slimnīcas atzīmēja, ka “mazos jautājumus”, kas bija jārisina, lai maksimāli pasargātu personālu un citus pacientus, piemēram, HEPA filtru uzstādīšana ventilācijas sistēmai, varēja veiksmīgi realizēt, jo situācija attīstījās pakāpeniski un bija pazīmes, ka saslimšanas gadījumu skaits pieaugs un būs arī stacionētie pacienti. Neskatoties uz to atsevišķas slimnīcas arī norādīja, ka ir nepieciešams turpināt izpēti un iespējamo risinājumu meklēšanu, lai nodrošinātu ne tikai izolācijas prasības un sanitāri higiēniskās prasības, bet arī, lai iestāde spētu nodrošināt maksimāli diagnostikas un izmeklēšanas prasības, kā arī ārstniecības procesu.

Lielākās bažas attiecībā uz ārstniecības procesam nepieciešamo aprīkojumu bija par skābekļa terapijas un mākslīgās plaušu ventilācijas (MPV) iespējām. Dažas slimnīcas norāda, ka vēl joprojām nav skaidrības par procesu, ko uzsāka VM ar MPV aparātu centralizēto iepirkumu. Slimnīcas tika apzinātas, un tika ievākta informācija par šīs aparatūras nepieciešamību jau martā - aprīlī, bet vēl joprojām [interviju veikšanas laiks 2020. gada augusts un septembris] nav zināms, vai slimnīcām tie būs pieejami.

Ārstniecības iestādes uzskata, ka prioritāri ir jānodrošina, lai Covid-19 infekcija nesāktu nekontrolēti izplatīties slimnīcās. Nav pieļaujams, ka veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas vietā sākas uzliesmojumi gan starp pacientiem, gan darbiniekiem. Slimnīcas norādīja, ka iespējas paņemt paraugus uz Covid-19 un nosūtīt izmeklēšanai uz laboratoriju nekad nav bijusi problēma un vienmēr piegādāto paraugu ņemšanas komplektu ir bijis pietiekami, tai pašā laikā norāda uz vairākiem faktoriem, kas nenorīt pietiekami labi. Piemēram, pēc paraugu nogādāšanas laboratorijā ir samērā

ilgs atbilžu gaidīšanas laiks (5-8h). Tas paildzina pacienta uzturēšanos uzņemšanas nodaļā un lēmuma pieņemšanu par tālāko taktiku ārstēšanā.

Primāri slimnīcas uzskata, ka jānodrošina ātrie testi (ekspresstesti) uz Covid-19 visās slimnīcās un neierobežotā daudzumā. Atsevišķas slimnīcas norāda, ka minētie ekspresstesti ir bijuši pieejami minimālā daudzumā vai nav bijuši vispār. Tāpat lielākās ārstniecības iestādes norāda, ka laboratorisko izmeklējumu veikšana pašā slimnīcā atrisinātu šo ilgo gaidīšanas laiku uz rezultātu. Atsevišķu slimnīcu pārstāvji arī norāda, ka jau iepriekšējos gados veikuši aprēķinus, ka veicot PCR testus (*Polymerase chain reaction testi*) slimnīcas laboratorijās, piemēram uz gripu, arī izmaksas uz vienu paraugu samazinātos par aptuveni divām trešdaļām.

Analizējot IAL pieejamību Covid-19 infekcijas gadījumā, lielākā daļa no intervētajām slimnīcām norāda, ka tā nebija pietiekama. Slimnīcās rezerves bija veidotas, lai sagatavotos situācijai, ja tiek atklāts bīstamās infekcijas slimības gadījums, lai spētu reaģēt sākotnējā posmā līdz brīdim, kad visticamāk pacients tiktu pārvietots/pārvests ārstēšanai uz RAKUS LIC. Tādējādi IAL tērpu skaits, ko slimnīcas bija iepirkušas bija minimāls: norādītais daudzums no viena IAL komplekta līdz 10 šādiem komplektiem slimnīcā. Ebolas vīrus slimības epidēmijas laikā arī Latvijā tika aktualizēts jautājums par slimnīcu gatavību uzņemt pacientu un nodrošināt personāla aizsardzību. Neatliekamās medicīniskās palīdzības sniedzšo slimnīcu pārstāvji norāda, ka tas arī bija periods, kad atbilstošie IAL tika iegādāti, papildināti un pārskatīti. Tomēr atsevišķas iestādes norāda, ka nekad nebija plānojušas un veikušas IAL iepirkumu apjomā, kas nepieciešams vairāku bīstamās infekcijas slimnieku aprūpei.

IAL nepieciešamais apjoms un iepirkumi tika plānoti, par pamatu ņemot iepriekšējā perioda vidējo patēriņu. Kā norāda slimnīcu pārstāvji, ņemot vērā pieejamo finanšu apjomu, ir jāplāno slimnīcu vajadzības un jāatrod zelta vidusceļš, lai balansētu starp ikdienas vajadzībām un rezervju veidošanu. To ne vienmēr ir viegli paveikt, ja slimnīcām tās ikdienas vajadzības visu laiku ir lielas un finanšu līdzekļi netiek papildus piešķirti. Arī šajā gadījumā pieejamo IAL - maskas, respiratori, halāti un cimdi, apjoms veidojās no ikdienas ārstniecības procesam paredzētajiem jau saplānotajiem resursiem. Neviena no ārstniecības iestādēm nebija gatava, ka IAL patēriņš pieaugs tādā apjomā.

Vairākas ārstniecības iestādes norādīja, ka IAL trūkumu reāli nepiedzīvoja, pateicoties tam, ka Covid-19 pacienti konkrētajā iestādē pētījuma perioda laikā nebija vai bija tikai daži šādi pacienti. Tomēr bažas par iespējamu trūkumu un to, ka nāksies iespējams meklēt alternatīvas un dažādus citus risinājumus bija visu laiku, jo reālā

pieejamība un sadārdzinājums pastāv vēl joprojām. Valstis, kur tiek veikta visapjomīgākā medicīnisko masku ražošana, situācijā, kad slimības izplatība jau bija konstatēta konkrētā valstī, lielāko daļu no resursiem atstāja savam tirgum un vajadzībām, līdz ar to piegādātāji nespēja nodrošināt plānotās piegādes un papildu pasūtījumi vispār netika pieņemti. Pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības sniedzšo iestāžu paustā viedokļa izriet, ka Nacionālā veselības dienesta, kas diezgan savlaicīgi noreagēja uz situāciju un meklēja centralizēti iespēju iegādāties IAL, rīcība bija ļoti pareiza un mērķtiecīga.

Ņemot vērā visu iestāžu norādīto par pieejamām minimālām IAL rezervēm, augošajām bažām un situāciju, kad IAL pieejamība samazinās, tika meklēti dažādi risinājumi. Vairākas iestādes norādīja, ka, lai gan pastāvēja risks, ka šo līdzekļu iepirkšanu varētu uzskatīt par nepamatotu un nevajadzīgu, jo reālā situācija nebija attīstījies un Latvijā neviens gadījums nebija apstiprināts, tika veikti papildu iepirkumi. IAL tika meklēti gan pie esošajiem līgumpartneriem, visiem iespējamiem piegādātājiem Latvijā un arī iegādāti saimniecības preču veikalos.

Situācijā, kad vēlamā prece nav plaši pieejama tirgū un ir ļoti liela konkurence uz to iegādi visā pasaulē, iestādēm bija jāiesaista vairāk darbinieku IAL līdzekļu meklēšanā: *“Protams – tas ir milzīgs darbs, pats par sevi jau nekas nenotiek, neviens Tev nezvana un nesaka, vai gribat – nopērciet no manis! Nē tā bija zvanīšana, meklēšana, lūgšanās, draudēšana”*. [KMS-10]. Pārsvarā iestādes norādīja, ka iesaistīja papildus personālrresursu, atsevišķās iestādēs tie bija cilvēki, kas palīdzēja meklēt un apzināt reālo situāciju ar pieejamību, savukārt citās iestādēs tie bija juristi, finanšu departamenta cilvēki, kas meklēja risinājumus, lai paātrinātā kārtībā noslēgtu līgumus un vienotos par piegādēm.

Ļoti lielu darba apjomu aizņēma tieši informācijas meklēšana un pārbaudīšana par to, vai atrastais piegādātājs ir uzticams, vai produkts, kas tiek piegādāts, ir drošs. Jautājums par medicīnas preču drošumu, prasībām un kritērijiem ne tikai Latvijā, bet arī citur Eiropā ir nepietiekami reglamentēts. Piemēram, attiecībā uz I tipa medicīnas maskām, regulējums ES būs spēkā tikai nākamgad, un tad būs pārejas periods, lai to iestrādātu nacionālā likumdošanā. ZVA, kura uztur medicīnas ierīču datubāzi, to diezgan kūtri aktualizē. Piemēram, šajā ārkārtas situācijas laikā pierādījās, ka nav iespējas vienotā sistēmā pārbaudīt ražotāju sertifikātus un atbilstību CE marķējuma prasībām. Arī ES līmenī nav šāda vienota datu bāze.

Iestāžu pārstāvji norādīja, ka vienotas datu bāzes neesamība un nespēja pārliecināties par dokumentu derīgumu rada papildu slogu katrai ārstniecības iestādei atsevišķi. Samērīgāk būtu vienai institūcijai nodarboties ar dokumentu un produktu kvalitātes pārbaudēm centralizēti, tas mazinātu kopējo cilvēkresursu noslogojumu un ietaupītu laiku.

Vēl viens aspekts, kuru interviju laikā piemin vairākas ārstniecības iestādes, ir saistībā ar normatīvo aktu regulējumu, proti gan Iepirkumu likumu gan citiem normatīviem aktiem, kas nosaka kārtību iepirkumu procesā. Rutīnas iepirkumu organizēšanas un nodrošināšanas kārtība valstī šādiem apstākļiem nav piemērota, ir pārāk birokrātiska. Tādēļ situācijā, kad pastāv bažas par darbinieku aizsardzību un reālo IAL pieejamību tirgū, bija jāmeklē alternatīvas *“...valsts pārvaldes iestādē ir ļoti stingri nosacījumi, kāpēc tas tika laužts – tikai tāpēc, ka mēs sapratām, ka pastāvot šiem nosacījumiem mēs nenopirksam vispār neko”*. [KMS-11]

Kā norāda iestāžu pārstāvji risinājumi tika meklēti, arī pielāgojot un radot dažādas prasības un kritērijus IAL lietošanai. Tika plānots kā iestādē iekšēji, maksimāli ar vienu IAL komplektu, paveikt pēc iespējas vairāk darbību, kas nepieciešamas Covid-19 pacienta aprūpei un ārstēšanai. *“Komandas darbs, ja viņš ir ārsts, tad viņš ienes arī to tableti un tējas krūzi. Ja nāk laukā, paņem visu to, kas pacientam jānomaina”* [KMS-6]. Tāpat visas ārstniecības iestādes norādīja, ka ļoti rūpīgi tika plānotas un pārskatītas pacientu zonas, kur risks saskarties ar slimības ierosinātāju ir visaugstākais un attiecīgi tur šajā periodā, kad vēl bija neskaidrības par medicīnisko masku pietiekamību, IAL lietošanas prasības bija visaugstākās. Situācijas sākuma posmā darbinieku vidū bija bažas un neskaidrības par to kādi IAL katrā no procedūrām, vai saskarsmes veidiem ar pacientu, ir jālieto, bet tagad jau šajos 4-5 mēnešos arī šīs zināšanas ir augušas un iemaņas ir attīstījušās. Risinājumi tika meklēti arī radot jaunus IAL veidus un tos plaši lietojot vietās, kur risks inficēties bija salīdzinoši zemāks. Piemēram, vizieru lietošana, kas iepriekš vispār netika aplūkota kā iespēja šādu gaisa pilienu infekciju aizsardzībai, tika praktizēta arī slimnīcās.

IAL nepietiekamības apstākļos tika aplūkota un realizēta iespēja deguna un mutes aizsegus šūt pašiem. Vairākas iestādes norādīja, ka tika piesaistīti šuvēji un viņi veica masku šūšanu, izmantojot visvienkāršākos materiālus. Vairākas iestādes arī praktiski šīs pašu šūtās maskas izmantoja pacientu vajadzībām, tās tika izdalītas pacientiem uzņemšanas nodaļā. Apstākļos, kad medicīniskās maskas bija nepietiekamas, tas tika atzīts kā alternatīvs risinājums slimības transmisijas mazināšanai. Šūtās maskas tika pēc

lietošanas savāktas dezinficētas un mazgātas attiecīgajā temperatūrā. Vienas iestādes pārstāvis norāda, ka par minēto iniciatīvu saņēmuši aizrādījumus no SPKC par neatbilstošu IAL lietošanu un apriti iestādē. Izgatavoto masku kvalitāte atšķīrās. Kādas iestādes pārstāvis norāda, ka, uzrunājot vietējos ražotājus un šuvējus tika saņemti paraugi, kas neatbilda tādām minimālām prasībām, lai ieviestu to lietošanu. *“Ja tur netiek izmantots materiāls, kas būtu atbilstošs, tad realitātē viņi izpilda tikai butaforijas funkciju”*[KMS-4] Turklāt šādu nestandarta aizsardzības līdzekļu izmantošana ārstniecības iestādei arī uzliek papildu slogu. Ir jānodrošina šo masku loģistika, jāuzrauga to mazgāšana un atkārtota lietošanas iespēja.

Iestādes norāda, ka liels atbalsts ir bijis saņemtie dāvinājumi un ziedojumi, tieši ar IAL un dezinfekcijas līdzekļiem. Tie nebija “bezizmēra” dāvinājumu apjomi, bet lieti noderēja situācijā, kad esošais resursu apjoms bija ierobežots un nebija skaidri zināms, kad varētu izdoties tos iegādāties.

IAL monitorings ar mērķi saprast, cik ilgam laikam vidēji IAL būs pietiekami gan iestādes līmenī, gan arī valsts līmenī tika uzsākti jau agrā pavasarī, kad ar noteiktu regularitāti, vēlāk jau katru dienu, iestādes ziņoja par pieejamiem IAL daudzumiem un problēmām. Arī pašās iestādēs atbildīgās personas par IAL izdali nodaļām sekoja līdz patēriņam katrā no nodaļām, tādējādi savā ziņā kontrolējot IAL lietošanas pamatotību. Galvenokārt šis monitorings tika veikts attiecībā uz respiratoriem un kombinezoniem, nodrošinot, ka visaugstākās aizsardzības līdzekļi tiešām ir pieejami tikai personālam, kuri nodrošina Covid-19 pacientiem aprūpi un ārstēšanu.

Kā ļoti veiksmīgu un situāciju risinošu visas iestādes uzskata NVD un NMPD centralizēti veiktos medicīnas masku iepirkumus. Viena no pirmajām iniciatīvām, kas tika virzīta ES līmenī, bija EK kopīgo iepirkumu veikšana. Tomēr NMP dienesta pārstāvis norāda, ka jau februāra vidū, kad process bija uzsākts un Latvija arī tajā piedalījās, pirmie rezultāti bija šokējoši, jo nebija pieteikušies pretendenti. Pat šādā līmenī, kur tika maksimāli uzrunāti visu valstu piegādātāji, atsevišķām IAL pozīcijām, arī medicīnas maskām un respiratoriem, netika saņemts neviens piedāvājums. Konkurss tika sludināts atkārtoti, un tikai marta vidū tas noslēdzās ar rezultātu. Nacionālā līmenī paralēli tika uzrunātas vēstniecības, iesaistīta Aizsardzības ministrija un Ārlietu ministrija, lai meklētu iespējas iegādāties medicīniskās maskas. Papildu slodze, kas bija saistīta ar masku piegādāšanu, bija saistīta ar ražotājvalstu nostāju attiecībā uz produktu izvešanu no konkrētās valsts. Visā pasaulē situācija bija vienāda un maksimāli tika ierobežota šo produktu tirdzniecība un pārvadāšana. Iestādes norāda un uzslavē tieši

NVD un NMPD par to, ka izdevās šajos sarežģītajos apstākļos realizēt centralizētu medicīnas masku iepirkumu. Šo līdzekļu saņemšana nodrošināja drošības sajūtu un radīja stabilitāti vismaz uz kādu laiku.

6.2.5.2. Ieteikumi

- ✓ Turpināt darbu pie slimnīcu infrastruktūras piemērošanas infekcijas slimību pacientu uzņemšanai un ārstēšanai, lai nodrošinātu nepieciešamo telpu un aprīkojuma atbilstību epidemioloģiskām drošības prasībām.
- ✓ Izstrādāt vienotas vadlīnijas ekspresstestu lietošanai slimnīcās un nodrošināt testu pieejamību.
- ✓ Lai uzlabotu IAL nodrošinājumu ārstniecības iestādē ikdienas vajadzībām un rezervēm ārkārtas situācijām, nepieciešams izstrādāt vienotus kritērijus IAL veidam un apjomam, kas jānodrošina dažādu līmeņu ārstniecības iestādēs atbilstoši iestādē sniedzamo veselības aprūpes pakalpojumu profilam un pakalpojumiem.
- ✓ Nepieciešams veidot nacionālo medicīnas preču datubāzi, kurā tiek saglabāta vienota informācija par produktu kategorijām, to atbilstības sertifikātu analīzes rezultātiem, piegādātāju uzticamības pārbažu rezultātiem, tādejādi samazinot slogu iestādēm.
- ✓ Situācijās, kad IAL pieejamība ir traucēta, ir kavējumi piegādēs un pieaugusi minēto produktu tirgus cena, arī nākotnē nepieciešams organizēt un veikt centralizētus IAL iepirkumus un uzglabāšanu, ārstniecības iestādēm tos izsniedzot pēc pieprasījuma. Papildus IAL uzglabāšana jānodrošina atsevišķās noliktavās ārpus iestāžu ikdienas telpām, kas nav piemērotas liela daudzuma resursu glabāšanai.

6.2.6. Papildus resursu pieejamība un veidošanas principi, pieejamība un centralizētu iepirkumu veikšana ārkārtas situāciju pārvaldīšanai

6.2.6.1. Rezultāti

Izvērtējot iespējamus apdraudējumus un, pamatojoties uz riska novērtējumu, nozares ministrijas lemj par nepieciešamību veidot valsts materiālās rezerves attiecīgajā nozarē. Valsts materiālās rezerves ir resursi, ko izmanto apdraudējumu novēršanā, ja valsts vai pašvaldības institūcijai esošie resursi vai pamatdarbības nodrošināšanai esošie resursi nav pietiekami. Veselības nozares valsts materiālās rezerves pārrauga un glabā NMPD, un tur tiek uzturēti tādi resursi kā medikamenti, vienreizējās lietošanas materiāli, medicīniskās ierīces, katastrofu medicīnas speciālais aprīkojums un materiāli un ierīces cietušo aprūpes nodrošināšanai.

Iestāžu pārstāvji norāda un uzskata, ka papildus resursu un rezervju veidošanas jautājums ir ļoti plašs un nav vienas universālas receptes, lai noteiktu kāds ir labākais risinājums, galvenokārt jau tādēļ, ka tie resursi, kurus ir nepieciešams uzglabāt ārkārtas situācijai vai lieliem negadījumiem, ir ļoti dažādi.

Kā norāda neatliekamās medicīniskās palīdzības sniedzšo iestāžu pārstāvji, lai nodrošinātu resursu pieejamību ārkārtas situācijās, visam jāsākas ar rūpīgu plānošanu un minimālo kritēriju un daudzumu noteikšanu. Kā norāda intervētie pārstāvji, slimnīcām nav tāds minimālo resursu apjoms, kas būtu noteikts, kas jāuzglabā krīzes situācijai. Šobrīd ir mainīti 2007. gada 27. marta MK noteikumi Nr. 220 "Zāļu iegādes, uzglabāšanas, izlietošanas, uzskaites un iznīcināšanas kārtība ārstniecības iestādēs un sociālās aprūpes institūcijās", un ir noteikts, ka medikamenti savas darbības nodrošināšanai Neatliekamās medicīnas palīdzības slimnīcām jānodrošina 3 mēnešiem. Tomēr pēc intervēto paustā noprotams, ka šīs nav vienīgās lietas, kas būs nepieciešamas ārkārtas situācijās. Valsts līmenī ir jāpārskata un jāpārvērtē tās situācijas, kurām valsts un veselības nozare gatavojas, kāds ir minimālais nepieciešamais rezervju uzkrājums, kas fiziski atrodas valsts un/vai iestāžu krājumos un ir pieejams visām institūcijām un ārstniecības iestādēm, kas iesaistās ārkārtas situācijas seku novēršanas pasākumos. Tāpat plānošanā ir jālūkojas no teritoriālā aspekta, jo kā norāda iestāžu pārstāvji - nav pieļaujama situācija, ka konkrētas grupas medikamenti, materiāli vai aparatūra dzīvību glābjošām procedūrām un dzīvības nodrošināšanai nav vienmērīgi pieejama visā valsts teritorijā. Prioritāte ir nodrošināt minētos pakalpojumus savlaicīgi iedzīvotājiem neatkarīgi no tā, kurā teritorijā tie dzīvo.

Neviennozīgi iestāžu pārstāvji izsakās par slimnīcām nepieciešamo un pieejamo rezervju veidošanas konceptu, proti, centralizēta iegāde un uzglabāšana, vai rezervju glabāšana pietuvināti pakalpojuma sniegšanas vietai, slimnīcās. Viena daļa iestāžu pārstāvji, galvenokārt KUS pārstāvji uzsver, ka nepieciešamo minimālo resursu uzkrāšana iestādēs ir visoptimālākais risinājums. Tādējādi ir iespējas gan nodrošināt resursu klāstu atbilstoši katras iestādes sniegtā pakalpojuma veidam, gan arī nepieciešamības gadījumā maksimāli ātri nodrošināt to pieejamību. Tāpat svarīga ir centralizēta valsts iesaiste resursu nodrošināšanā krīzes pārvarēšanai, uzsverot, ka tam nepieciešams laiks un nauda. “...*jo pēc klikšķa nevienā valstī Tev nepalīdzēs valsts, valsts institūcijām ir vajadzīgs laiks, lai vienotos par naudas piešķiršanu, piezvanītu, sarunātu lidmašīnu*”[KMS-5]. Līdz šim valsts gatavības plānos un konceptos parādās atrunas un ir noteikts, ka resursu nepietiekamības gadījumā jāiesaista Valsts materiālās rezerves un palīdzība jāprasa valsts līmenī, bet esošā situācija pierāda, ka tas nedarbojas. Intervētie pārstāvji pauž viedokli, ka šīs rezerves, kas tiek uzturētas, nav pilnīgas: nav nepieciešamo līdzekļu pietiekamā daudzumā (IAL, MPV) dēļ ilgstoši nepiešķirta mērķtiecīga finansējuma rezervju atjaunošanai un papildināšanai.

Lielākā daļa iestāžu pārstāvju atbalstītu centralizētu valsts līmeņa rezervju veidošanu krīzes situācijām. Kā viens no galvenajiem argumentiem tiek minēts finanšu līdzekļu ietaupījums – iegādājoties preces vairumā, to cena un loģistikas izmaksas ir zemākas. Iestādes diezgan kritiski izsakās par to, ka visas veselības nozares rezerves ārkārtas situācijām būtu jāveido tikai un vienīgi pašu iestāžu līmenī, jo nav saprātīgi uzlikt par pienākumu nodrošināt rezervju veidošanu no finanšu līdzekļiem, kas slimnīcām ir pieejami ikdienas vajadzībām. Tāpat iestāžu pārstāvji uzsver, ka centralizētu iepirkumu un krājumu veidošana atslogotu tērētos resursus un enerģiju, kas tiek veltīta pretendentu atlasei, visu pārbaužu un atbilstības pārbaudīšanai, kā arī šo resursu uzturēšanai un regulārai tehniskā stāvokļa pārbaudei un nodrošināšanai.

Raugoties no resursu efektīvas izmantošanas principiem, iestāžu pārstāvji norāda, ka centrāli glabātas preces var nodrošināt mērķtiecīgāku piekļuvi un vajadzību apmierināšanu. Proti, iestādēm nav savstarpēji jāsaazinās un jāaiņemas trūkstošais materiāls ārkārtas situācijā. Šāda veida ārkārtas situācijā, kas skārusi visu valsti un pat visu pasauli, tas ir burtiski neiespējami. Intervijās tiek uzsvērts, ka katrs iestādes vadītājs primāri domās par savu resursu mobilizēšanu un aizsargāšanu, lai nodrošinātu pakalpojumu sniegšanu, ka slimnīcām pašām savstarpēji sazināties un saprast, vai var

palīdzēt citiem ar resursiem, situācijā, kad valda neziņa, kā pēc pāris dienām būs pašiem, ir grūti.

Kā vienu no negatīviem aspektiem, bet tomēr labi paredzamu un jau zināmu, iestādes norāda produktu cenu kāpumu krīzes situācijās. Arī Covid-19 pandēmija parādīja, ka cenu kāpums atsevišķas kategorijas precēm ir pat 25 reizes lielāks. Kā norādā intervētie, pastāvot brīvai tirgus ekonomikai, valsts nevar noteikt, kāda ir maksimālā cena, ko uzņēmējs var prasīt par savu produktu. Šie aspekti vienmēr jāņem vērā un jāparedz, ka krīzes situācijā konkrētā nepieciešamā produkta cena pieaugs, līdz ar to tam budžetam, kas tiek plānots resursu iegādei vienmēr jābūt vismaz par 10-15% lielākam nekā ikdienas izmaksu aprēķinam.

Ne tikai pandēmija un esošā pieredze liecina, ka farmācijas nozare ik pa laikam saskaras ar kādas medikamentu vai produktu grupas pieejamības problēmām *“tāda pieredze ar atsevišķiem produktiem jau bijusi iepriekš. Tā nav unikāla situācija Latvijā, arī citas valstis, pat ļoti bagātas valstis, savos pārskatos ziņo par piegāžu pārtraukumiem un neizpildītiem pasūtījumiem”* [KMS-2]. Situācija var tikt risināta gadījumos, kad pieejamo produktu veiksmīgā kombinācijā var aizvietot ar citiem produktiem. Tomēr kāds risinājums pieejams situācijā, ja šādas iespējas nepastāv? Tas ir jautājums uz kuru iestāžu pārstāvji nevar sniegt konkrētus priekšlikumus un risinājumus. Atsevišķi iestāžu pārstāvji norāda, ka nepieciešams pārskatīt valsts līmeņa regulējumu, īpaši, kas attiecas uz produktu uzglabāšanu un uzturēšanu komersantu/piegādātāju noliktavās tūlītējai iegādei. Ja valsts regulāri iegādājas produktus no konkrētiem komersantiem, tad līgumos ir jāiestrādā noteiktas garantijas, ka noteikts daudzums preču vienmēr ir pieejams lieltirgotavās.

Kā vēl vienu aspektu, kas īpaši nozīmīgi iezīmējas Covid-19 pandēmijas gadījumā, un vēl nozīmīgs varētu būt arī lielu dabas katastrofu gadījumā, iestādes norāda iespēju fiziski piegādāt preces. Valsts līmenī ir jābūt risinājumam kā piesaistīt transportu un loģistikas pakalpojumus tādos sarežģītos apstākļos, kad robežas ir slēgtas un preču pārvietošana ikdienas ierastajā kārtībā nav iespējama.

Gatavības nodrošināšana resursu ziņā vienmēr būs saistīta ar lieliem izdevumiem, un jāreķinās, ka šie ieguldījumi var tikt zaudēti, īpaši, ja Valsts materiālo rezervju koncepts saglabājas esošais. Daļa no intervētajiem iestāžu pārstāvjiem uzskata, ka sistēmā nav paredzēta par valsts budžeta līdzekļiem iegādāto medikamentu atjaunošana, lai apjomu saglabātu 100% apmērā, ka nav paredzēta kārtība materiāltehnisko līdzekļu vai aprīkojuma izmantošanai ikdienas vajadzībām, bet ir tikai statistiski krājumi X punktos,

līdz ar to ir jārēķinās ar zaudējumiem. Iestāžu pārstāvji norāda, ka nepieciešams rast risinājumus un veikt pārskatīšanas darbus, lai Valsts materiālās rezerves kļūtu pēc iespējas atbilstošākas vajadzībām rīcībai konkrētās ārkārtējās situācijās un tās kļūtu labāk funkcionējošas.

6.2.6.2. Ieteikumi

- ✓ Ņemot vērā, ka valstī nav noteikts prioritāro resursu klāsts un apjoms dažādas etioloģijas ārkārtas situācijām, kas jāuztur reaģēšanai, vadošām institūcijām sadarbībā ar ārstu profesionālām asociācijām jānosaka prioritāro resursu saraksts un apjoms.
- ✓ Pamatojoties uz iestāžu pausto viedokļu atšķirībām par veidu un vietu, kā veselības nozares rezerves uzglabājamās, nepieciešams papildus veikt analīzi un novērtējumu, salīdzinot centralizētu un decentralizētu rezervju veidošanas efektivitāti. Izvērtējumā jāaplūko gan finanšu un izmaksu aspekti, gan pieejamības un tūlītējas lietošanas aspekti.

6.2.7. Par KMS atbildīgo un vadošo institūciju komunikācija ar slimnīcām un savstarpējā informācijas apmaiņa

6.2.7.1. Rezultāti

Visu iestāžu vadītāji atzinīgi novērtē un uzslavē atbildīgo iestāžu darbinieku spēju operatīvi iesaistīties jautājumu risināšanā, atbildēt uz pieprasījumiem un skaidrot pieņemto lēmumu būtību. Kā norāda dažu slimnīcu pārstāvji, tas pat ir apbrīnojami, ka šādas krīzes laikā informācijas plūsma notika daudz ātrāk un intensīvāk nekā ikdienas apstākļos. *“Te droši vien kolēģi tiešām ir jāpaslavē, jo visi saprot situācijas sarežģītību un, principā ir pieejami, visi vienmēr ir atvērti”*. [KMS-2]

Tomēr attiecībā uz pieņemto lēmumu komunicēšanu par hospitalizācijas vietu plānu un to, kurā ārstniecības iestādē veic diagnostiku (laboratorisko paraugu ņemšanu) un ārstēšanu, iestādes norāda uz haotisku darbību – necaurredzamu lēmumu pieņemšanu un to nodošanu izpildītājiem. *“Domāju, ka bija tāda nedaudz haotiska darbība attiecībā uz pieņemtajiem lēmumiem, kas ārstēs? Ko ārstēs? Tie momentālie lēmumi, ka lielās Rīgas slimnīcas neuzņems un pārvedīs pacientus uz reģionālajām slimnīcām, un nu tikai ārstēs Covid pacientus! Pēc tam sekoja mutiski un kaut kādas e-pasta sarakstes, ka tomēr nē!”* [KMS-5] Papildus pie negatīvajiem aspektiem iestāžu pārstāvji min atsevišķu lēmumu sasteigtu komunicēšanu gan slimnīcām, gan arī masu medijiem. Piemēram,

saistībā ar testēšanas nodrošināšanu. Lēmums par to, ka testi jāveic visiem pacientiem, kas nonāk slimnīcas uzņemšanas nodaļā, nevis tikai, ja pastāv pamatotas aizdomas par Covid-19 saslimšanu, tiek saņemts, bet realitātē nav pieejami un nodrošināti materiāltehniskie līdzekļi uzdevuma realizēšanai. Šādas situācijas uzliek papildu slogu tieši saziņai, ir nepieciešama šī atkārtotā sazvanīšanās un sarakstīšanās, lai visus apstākļus noskaidrotu.

Īpaši pozitīvi slimnīcu pārstāvji vērtē PSKUS slimnīcas organizētās stratēģiskās sanāksmes, kas notika attālināti. Sanāksmju laikā, kā norāda pārstāvji, bija ne tikai iespēja uzdot sev interesējošus jautājumus par konkrēta pacienta ārstēšanas niansēm, bet arī iespēja iegūt vienotu, uz pierādījumiem balstītu informāciju par labāko praksi attiecībā uz gultu izvietojumu, darba organizēšanu, IAL lietošanu. Kā atzina iestāžu pārstāvji, šāda profesionāļu savstarpēja diskutēšana un dalīšanās pieredzē ir būtiska apstākļos, kad informācija par notikumu ir ierobežota un izpratne par piemērotāko rīcību vēl nav izveidojusies.

Visintensīvākā sadarbība tieši komunikācijas ziņā iestāžu pārstāvjiem bija ar SPKC, NVD, VI un NMPD. Aplūkojot, kā komunikācija tika nodrošināta, tiek pieminēts, ka visbiežāk tās ir bijušas telefona sarunas un e-pastu sarakste. Papildu informācija tika meklēta un lasīta norādīto institūciju mājaslapās. Šeit gan jāpiebilst, ka vairāku iestāžu pārstāvji norāda, ka nepieciešama vienotāka un daudz strukturētāka informācija, kas nepieļauj interpretāciju, īpaši attiecībā uz darbībām, kuras pēc vienāda principa jāizpilda jebkurā no pacientu ārstēšanas vietām. “...kas mums ir vajadzīgs, tas, ka katra slimnīca nedomā savu riteni, bet no ministrijas vai SPKC nāk skaidrs rīcības plāns, kas, kā jādara”.[KMS-1] Šādi norādījumi, vai pat plānu sagataves ar konkrētu rīcību, samazinātu nevienlīdzību veiktajās darbībās, mazinātu pārpratumus un veidotu vienotāku veselības sistēmas darbu īpašos apstākļos. KUS pārstāvji novērtē, ka bija ļoti savlaicīgi iesaistīti Veselības ministrijas krīzes grupas darbā, kur lielākā daļa no lēmumiem tika pieņemti. Kā norāda iestāžu pārstāvji, tā bija privilēģēta pozīcija, jo nodrošināja “tiešo kanālu” informācijas komunikēšanā arī tālāk savas iestādes ietvaros.

Pozitīvi tiek vērtēta arī tehnoloģiju attīstība un pieejamība šajā Covid-19 pandēmijas laikā, kas ļoti būtiski atviegloja informācijas apriti un arī palīdzēja nodrošināt komunikāciju, izmantojot Zoom, MS Teams un citas platformas. Modernās tehnoloģijas būtiski ietaupīja laiku, jo iestāžu pārstāvjiem nebija jāpavada laiks ceļā uz Rīgu. Attālinātās sanāksmes, laikā ar pulcēšanās ierobežojumiem, nodrošināja dalības iespēju,

iespēju būt klāt un diskutēt par iestādei svarīgiem jautājumiem un nonākt līdz kopīgiem lēmumiem situācijas pārvaldīšanā.

Kā ļoti darbietilpīgu un brīžiem arī neizprotamu, iestāžu pārstāvji norāda statistiskās informācijas apkopošanu un iesniegšanu dažādām iestādēm par resursiem un pacientiem, kas ārstējas konkrētā iestādē. Dažu slimnīcu pārstāvji norāda, ka šī informācijas pieprasīšana nebija labi centrāli koordinēta, jo vienus un tos pašus datus pieprasīja iesniegt vairākas VM pakļautības institūcijas. Kā galvenās problēmas datu apmaiņas efektīvai nodrošināšanai iestādes min IT risinājumu neesamību, kas nenodrošina “mašīna-mašīna” datu apmaiņu, kā arī to, ka datus pieprasītāj institūcijas, ne vienmēr precīzi definēja iesniedzamos datus un to izmantošanas nolūkus. Slimnīcu pārstāvji norādīja, ja būtu bijusi informācijas pieprasīšanas veidlapās iespēja pierakstīt komentārus un skaidrot konkrētos datus, situācija būtu labāka un būtu iespējas ātrāk vienoties par definējumiem, un to, kāda tieši informācija vislabāk raksturo esošo kapacitāti.

Tāpat iestāžu pārstāvji uzskata, ka informācijas pieprasījumam ir jābūt pēc iespējas centralizētam. Nav nepieciešamība mazā valstī ar ierobežotiem resursiem vienu un to pašu informāciju dažādās niansēs un griezumos pieprasīt no iestādēm, kuru pamatfunkcija tomēr ir pacientu ārstēšana. Tika sagaidīta labāka un intensīvāka sadarbība tieši vadošo institūciju – SPKC, VM, NVD, VI, NMPD starpā. Atsevišķas iestādes norāda arī uz nepieciešamību informāciju par slimnīcu noslodzi un konkrēto situāciju atspoguļot visām veselības nozares iestādēm.

Krīzes situācijā būtiski ir saprast, kurās slimnīcās Covid-19 pacienti tiek ārstēti, kur šī situācija ir attīstījusies un kādas ir iespējas turpmākai pacientu uzņemšanai. Īpaši tiek uzsvērts, ka šī informācija nepieciešama sadarbības slimnīcu griezumā vai reģionālās piederības griezumā. Kā negatīvs aspekts, informācijas apkopošanā un iesniegšanā atbildīgajām iestādēm, tiek minēts ļoti lielais datu apjoms, ko pieprasa, un tas, ka šī informācija jāiesniedz arī brīvdienās un svētku dienās, kad slimnīcas administratīvās struktūras, kas informāciju apkopo, nestrādā, vai strādā samazinātā skaitā.

6.2.7.2. Ieteikumi

- ✓ Ņemot vērā, ka jebkurā krīzes situācijā vai ārkārtējā situācijā, lēmumu pieņemšanai un rīcības stratēģijas veidošanai ir nepieciešama korekta informācija par notikuma attīstības gaitu, kapacitātes iespējām - nepieciešams attīstīt un veidot informācijas tehnoloģiju sistēmu, kas savietojama ar slimnīcās esošām IT sistēmām ātrai un kvalitatīvai datu apmaiņai, samazinot manuālu datu iegūšanu un ievadi.
- ✓ Valsts atbildīgajām institūcijām turpināt organizēt sanāksmes, kuru laikā tiek sniegta informācija par notikuma attīstības gaitu, pieņemtajiem lēmumiem un nepieciešamo rīcību. Nodrošināt vienotu informācijas sniegšanas platformu, kurā tiek ievietota pārbaudīta un uzticama, viennozīmīga un precīza informācija, kas satur aprakstu par konkrēto saslimšanu, norādes uz aktuālajām veselības aprūpes organizēšanas, pacientu diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijām vai rekomendācijām. Savukārt informāciju, kas nav viennozīmīga, vai apstiprināta, bet būtu rekomendējoša – atbilstoši atzīmēt.
- ✓ Vienotas informācijas apmaiņas platformas izstrāde, kurā nodrošināta operatīva informācijas piekļuve un apmaiņa, iesaistīto organizāciju starpā (piemēram, izstrādāta tīmekļa vietnes sadaļa, kurai var piekļūt visu slimnīcu par KMS atbildīgie, iegūt jaunāko informāciju, piedalīties virtuālās sanāksmēs vai viedokļu apmaiņā, noskatīties konferenču vai sapulču ierakstus).

6.2.8. Iestāžu komunikācija un sadarbība ar citu nozaru institūcijām

6.2.8.1. Rezultāti

Visu intervēto iestāžu pārstāvji norādīja, ka ārkārtējās situācijas laikā saņēmuši atbalstu gan no pašvaldībām, gan dažādiem komersantiem. Galvenais atbalsts bija dāvinājumi – sejas maskas, dezinfekcijas līdzekļi un citi materiāli, kas nodrošināja pretepidēmijas pasākumu realizēšanu.

Dažu iestāžu vadītāji norāda, ka labāka sadarbība un atbalsts valsts līmenī pandēmijas gadījumā būtu bijis nepieciešams no Iekšlietu ministrijas un Aizsardzības ministrijas struktūram ar mērķi nodrošināt vairāk robežšķērsošanas jautājumu uzraudzību. Kā atzina iestāžu pārstāvji pandēmijas laikā, kad bija noteikti robežšķērsošanas ierobežojumi, valsts pierobežas pilsētās un teritorijā, bija vērojama diezgan liela autotransporta ar citas valsts numura zīmēm kustība. Nebija īsti saprotams, vai šie autotransporta pasažieri tika kontrolēti, vai tika pārbaudīta pašizolācijas prasību ievērošana.

Iestāžu pārstāvji arī norāda uz nepieciešamību līdzīgās situācijās - ārkārtējās situācijas laikā, vairāk iesaistīties institūcijām, kas nodrošina tirgus uzraudzību. Ņemot vērā izveidojušos situāciju ar materiāltehnisko līdzekļu pieejamību un piegādes kavējumiem, nepieciešama iesaiste, lai regulētu produktu cenu politiku un nepieļautu situācijas, kad komersanti piemēro nesamērīgus uzcenojumus precēm, kuru pašizmaksa ikdienas situācijā ir vismaz 100 reizes zemāka.

Ne visu iestāžu pārstāvji intervijās piemin sadarbības aspektus ar plašsaziņas līdzekļiem, bet tie, kas to dara, izsakās pozitīvi. Mediju galvenais uzdevums, protams, ir vērst auditorijas uzmanību saviem ziņu sižetiem, tādēļ tā komunikācija dažreiz sākas tāda diezgan tendencioza un asa. Tomēr šajā situācijā, kad sabiedrībā valdīja bailes un neziņa par situācijas iespējamo attīstības gaitu, bija vērojama mediju izpratne pret veselības nozares profesionāļiem un pasākumiem, kas tika realizēti. Papildus kā pozitīvais aspekts arī tiek pieminēts, ka jau no pašas situācijas sākuma bija Veselības ministrijas uzstādījums, ka komunikācijai par Covid-19 jābūt maksimāli saskaņotai.

Analizējot iestāžu sadarbību ar citu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, iestāžu pārstāvji uzsver nepieciešamību vairāk un strukturētāk iesaistīt ģimenes ārstus un specializētās slimnīcas. Pareiza un pārdomāta rīcība attiecībā uz pakalpojumu sniegšanu ambulatorajā līmenī, iesaistot ģimenes ārstus, būtiski atvieglotu iestāžu kapacitāti sniegt veselības aprūpes pakalpojumu pacientiem ar smagāku klīnisko norisi. Šobrīd nav labi

pārredzama sistēma un kārtība kā ģimenes ārsti iesaistās Covid-19 pacientu aprūpes nodrošināšanā, lielāks spiediens ir uz NMPD un slimnīcām. Tāpat iestāžu pārstāvji norāda uz diezgan neskaidru un neparedzamu sadarbības nodrošināšanas mehānismu valsts līmenī starp lielajām KUS un specializētajām slimnīcām, kas situācijas eskalācijas gadījumā varētu būt izmantojamais papildus resurss, lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanu.

6.2.8.2. Ieteikumi

- ✓ Ņemot vērā iestāžu pārstāvju norādes par citu ministriju struktūru iesaisti pieņemto lēmumu (pārvietošanās ierobežojumi, pašizolācijas prasības) uzraudzībā ārkārtējās situācijas laikā, nepieciešams precīzs starp ministriju sadarbības plāns, kurā pārskatīt un konkrētāk noteikt kontrolējošo institūciju iesaisti, lēmumu izpildes uzraudzības mehānismu, paredzot personu uzskaiti, apzināšanu, patruļu organizēšanu un papildus darbinieku iesaisti procesa nodrošināšanā.
- ✓ Valsts līmenī veidot vitāli svarīgo medicīnas preču sarakstu, tajā iekļaujot IAL un veidot aizsardzības mehānismu šo preču cenu politikai.
- ✓ Lai atvieglotu NMPD un slimnīcu noslodzi turpmākā Covid-19 pandēmijas laikā, nepieciešams izvērst un nodrošināt medicīniskās palīdzības sniegšanas iespējas Covid-19 pacientiem ambulatorā līmenī. Nepieciešams stiprināt ģimenes ārstu prakses vai apsvērt iespēju veidot ambulatorās palīdzības punktus covid-19 pacientiem, kur nodrošināt nepieciešamo izmeklējumu veikšanu.

7. Cilvēktiesībās balstīta pieeja veselības aprūpes organizācijai pirmās ārkārtējās situācijas apstākļos saistībā ar Covid-19 Latvijā

2020. gada 12. martā Ministru kabinets izdeva rīkojumu Nr.103, ar kuru visā valsts teritorijā izsludināja ārkārtējo situāciju, ar mērķi ierobežot Covid-19 izplatību. Ārkārtējā situācija bija spēkā līdz 2020. gada 9. jūnijam. Laikā no 2020. gada 27. marta līdz 9. jūnijam tika noteikti ievērojami ierobežojumi veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai un sniegšanai, ārstniecības personām un iestādēm bija atļauts sniegt tikai tos pakalpojumus, kuri bija atļauto pakalpojumu sarakstā. Tā rezultātā nebija pieejami vai bija būtiski ierobežoti pacientiem nepieciešamie slimību profilakses un ārstēšanas pakalpojumi. Tā ārkārtējās situācijas laikā tika ierobežotas gan pacientu tiesības uz veselību, gan ārstniecības personu un iestāžu tiesības sniegt pakalpojumus.

Lai ierobežotu Covid-19 infekcijas slimības izplatību un efektīvi aizsargātu iedzīvotājus, ir svarīgi izpētīt Covid-19 ietekmi uz veselības aprūpes sistēmu Latvijā. Tas ļauj novērtēt rīcības un veikto pasākumu ietekmi un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un gatavību pandēmijām nākotnē, nodrošinot veselības aprūpes pakalpojumu nepārtrauktību. Identificējot veidus, kā risināt Covid-19 un citas pandēmijas kopumā, cilvēktiesību aizsardzības un garantiju integrēšana ir ne vien ētisks pienākums, bet arī nepieciešamība, lai veiksmīgi risinātu sabiedrības veselības problēmas.³²

Latvijas Universitātes pētnieki šī projekta ietvaros veica tiesību aktu un to piemērošanas analīzi ārkārtējās situācijas laikā, lai tādējādi spriestu par cilvēktiesību aizsardzības iespējām un izaicinājumiem tiesību uz veselības aizsardzību un aprūpi nodrošināšanai pandēmijas apstākļos. Šī pētījuma mērķis bija izpētīt cilvēktiesību sistēmu kā pamatstruktūru, kas spēj stiprināt un efektīvizēt centienus pandēmijas novēršanai vietējā, valsts un globālā mērogā. Pētījuma uzdevumos ietilpa pētīt starptautisko un nacionālo cilvēktiesību principu piemērošanu, reaģējot uz Covid-19 Latvijā, lai risinātu sabiedrības veselības problēmas vispārējo cilvēktiesību kontekstā. Papildus tam, pētījuma ietvaros tika veikta normatīvā regulējuma un nozares politikas dokumentu analīze iestāžu, nozares un nacionālā līmenī attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu ārkārtējās situācijas laikā. Pētījumā tika iekļauta arī Eiropas Savienības (ES) tiesību normu piemērošana pārrobežu pacientu tiesību aizsardzībai.

³² WHO, Addressing Human Rights as Key to the Covid - 19 Response. Pieejams: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1275275/retrieve>

Projekta uzdevums ir papildināt zinātniskās atziņas, kas nepieciešamas cilvēktiesībās balstītas pieejas sabiedrības veselības aizsardzības pasākumu organizēšanai un tiesību uz veselības aizsardzību un aprūpi nodrošināšanai pandēmijas apstākļos gan Latvijā, gan ārpus tās robežām.

Materiāls un metodes

- 1) **doktrinālā pētījuma metode** - aprakstoša un detalizēta normatīvo tiesību aktu, tiesību doktrīnas un tiesu prakses sistēmiska analīze, apkopošana un organizēšana (Vibhute & Aynalem, 2009). Sistēmiska tajā ietverta vai no tiem izrietošo tiesību principu analīze un loģiska un racionāla juridisko priekšlikumu un principu definēšana.
- 2) **salīdzinošā tiesību normu pētījuma metode** - dažādu normatīvo tiesību aktu kritiska analīze, veicot salīdzinošu juridisko analīzi Latvijas tiesību sistēmā un citu valstu tiesību sistēmās.
- 3) **empīriskā pētījuma metode** - sistēmiski apkopotu kvalitatīvu vai kvantitatīvu datu izmantošana, tos aprakstot un analizējot (Kritzer, 2010). Datu vākšana, izmantojot empīriskās izpētes metodes, piemēram, novērojumus un intervijas.
- 4) **teorētiskā pieejas metode** - noteikt tiesību principu kopumu, kura pamatā būtu jābalstās tiesiskajam regulējumam, kā arī izvirzīt rekomendācijas esošā tiesiskā regulējuma nepieciešamās un/vai vēlamās reformas.³³

Jānorāda, ka šajā pārskatā ir analizēti tiesību akti, kas noteica veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu laikā no 2020. gada 12. marta līdz 2020. gada 10. jūnijam.

³³ Writing a legal research paper: Research Methodologies. Pieejams: <https://learnlawlife.co.nz/2017/08/21/writing-a-legal-research-paper-research-methodologies/>

Rezultāti

7.1. Veselības aprūpes pakalpojumu tiesiskais regulējums ārkārtas situācijas laikā

Satversmes preambulā ir noteikts, ka “Latvija kā demokrātiska, tiesiska, sociāli atbildīga un nacionāla valsts balstās uz cilvēka cieņu un brīvību, atzīst un aizsargā cilvēka pamattiesības”. Minētais piemērojams gan parastos apstākļos, gan ārkārtējā situācijā. Satversmes preambulā ir arī noteikts, ka “ikviens rūpējas par sevi, saviem tuviniekiem un sabiedrības kopējo labumu, izturoties atbildīgi pret citiem”. Šī norma nosaka, ka pandēmijas apstākļos, kad vīrusa izplatība apdraud gan individuālus cilvēkus, gan viņu tuviniekus, gan sabiedrības kopējos labumus, tādus, kā veselība, labklājība un valsts ekonomiskās attīstības iespējas, pienākumi un atbildība piemīt ikvienam, gan valsts institūcijām, gan privātpersonām.

Vispārīgi tiesisko pamatu veselības aprūpes pakalpojumu organizācijai nosaka gan Satversmes normas, tajā skaitā 111. pants, gan Saeimas izdotu likumu - Ārstniecības likuma, Pacientu tiesību likuma, Veselības aprūpes finansēšanas likuma un citu likumu, gan Ministru kabineta noteikumu normas. Vienlaikus ir jāievēro Latvijai saistošajos starptautiskos līgumos, tajā skaitā Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību konvencijā un Biomedicīnas konvencijā noteiktais. Jāievēro arī tās Eiropas Savienības tiesību normas, kas reglamentē veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas jomu, tās ir gan Līguma par Eiropas Savienības darbību 168. panta normas³⁴, gan citas ES tiesību normas, piemēram, Direktīva 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē³⁵.

Vispārīgi epidemioloģiskās drošības regulējums, tajā skaitā koronavīrusa SARS-CoV-2 izplatības un Covid-19 saslimstības ierobežošanai, ir noteikts Epidemioloģiskās drošības likumā³⁶. Personu tiesību ierobežošanas kārtību ārkārtējā stāvokļa apstākļos nosaka gan Satversmes 116. panta norma, gan likuma “Par ārkārtējo situāciju un izņēmuma stāvokli” normas³⁷.

Kā pirmo speciālo tiesību normu, lai noteiktu rīcību Covid-19 pandēmijas apstākļos, 2020. gada 12. martā Ministru kabinets izdeva rīkojumu Nr. 103 “Par ārkārtējās situācijas

³⁴ Līguma par Eiropas Savienības darbību konsolidētais teksts. Pieejams: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT>

³⁵ Eiropas parlamenta un padomes direktīva 2011/24/ES (2011. gada 9. marts) par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē. Pieejams: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=SK> [skatīts 01.10.2020.]

³⁶ Epidemioloģiskās drošības likums. Latvijas Vēstnesis, 342/345, 30.12.1997. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/52951> [skatīts 12.11.2020.]

³⁷ Likums “Par ārkārtējo situāciju un izņēmuma stāvokli” Latvijas Vēstnesis, 61, 27.03.2013. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/255713-par-arkartejo-situaciju-un-iznemuma-stavokli>

izsludināšanu”³⁸, kas tika vairākkārt grozīts, bet zaudēja spēku 10.06.2020 (turpmāk - Ministru kabineta rīkojums Nr.103). Tiesības Ministru kabinetam izdot vispārstaistošas tiesību normas ārkārtējās situācijās, kas radušās epidēmijas un pandēmijas dēļ, nosaka Civilās aizsardzības un katastrofu pārvaldīšanas likuma 4. panta pirmās daļas 1. punkta "e" apakšpunkta, likuma "Par ārkārtējo situāciju un izņēmuma stāvokli" 4. panta, 5. panta pirmās daļas un 6. panta pirmās daļas 1. punkta un otro daļas, 7. panta 1. punkta un 8. panta, Epidemioloģiskās drošības likuma 3. panta otrās daļas normas.

Ministru kabineta rīkojumā Nr. 103 noteiktais ārkārtējās situācijas stāvoklis nozīmēja, ka ir jāpiemēro arī katastrofu medicīnas sistēmas organizēšanas noteikumi. Ārstniecības likuma 1. panta divdesmit ceturtais daļas normā ir iekļauta definīcija, bet šī likuma 9. panta otrās daļas norma paredz, ka katastrofu medicīnas sistēmas organizēšanas nosacījumus nosaka Ministru kabinets. Ministru kabineta 2011.gada 13.decembra noteikumi Nr.948 “Katastrofu medicīnas sistēmas organizēšanas noteikumi” 3. punkts nosaka, katastrofu medicīnas sistēmu aktivizē ārkārtas medicīniskajā situācijā un ārkārtas sabiedrības veselības situācijā.

Lai īstenotu ārkārtējam stāvoklim nepieciešamos pasākumus, tika izdarīti grozījumi arī citos tiesību aktos, piemēram, tika grozīta darbnespējas lapu izsniegšanas kārtība³⁹.

2020. gada 12. marta Ministru kabineta rīkojumā Nr. 103 tika noteikts, ka Veselības ministrija ir atbildīgā institūcija par darbību koordinācijai ārkārtējās situācijas laikā (2. punkts). 2020. gada 19. martā, ar grozījumiem rīkojumā Nr. 103, tika papildināts 2. punkts, nosakot: “Veselības ministrijas Valsts operatīvā medicīniskā komisija ir tiesīga pieņemt veselības nozares institūcijām saistošus lēmumus par epidemioloģiskās drošības pasākumiem.” Jāatzīmē, ka tiesību akta anotācijā pamatojums grozījumiem 2. punkta normā nav atrodams⁴⁰. No tiesību normas nav nosakāms precīzi kas ir veselības nozares institūcijas, jo tiesību aktos šāds termins nav definēts. Jādomā, ka interpretācijai ir piemērojama Valsts pārvaldes iekārtas likuma 1. panta trešās daļas norma, kas nosaka, ka iestāde ir institūcija, kura darbojas publiskas personas vārdā un kurai ar normatīvo aktu noteikta kompetence valsts pārvaldē, piešķirti finanšu līdzekļi tās darbības īstenošanai un ir savs personāls. Iespējams, ka ir bijis nodoms reglamentēt arī ārstniecības iestāžu darbību, izdodot tām saistošus lēmumus, tomēr norma ir

³⁸ Ministru kabineta 2020. gada 12. marta rīkojums Nr. 103 "Par ārkārtējās situācijas izsludināšanu". Latvijas Vēstnesis, 51A, 12.03.2020. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/313191/redakcijas-datums/2020/06/03> [skatīts 12.09.2020.]

³⁹ Ministru kabineta 2001. gada 3. aprīļa noteikumi Nr. 152 "Darbnespējas lapu izsniegšanas un anulēšanas kārtība". Latvijas Vēstnesis, 56, 06.04.2001. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/6675> [skatīts 12.09.2020.]

⁴⁰ Ministru kabineta 2020.gada 12.marta rīkojuma Nr.103 “Par ārkārtējās situācijas izsludināšanu” grozījumu sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija) <http://tap.mk.gov.lv/lv/mk/tap/?pid=40485209>

izteikta tādā redakcijā, ka nav pamata uzskatīt, ka tajā ir ietvertas ārstniecības iestādes. Jāatzīmē, ka Ārstniecības likuma 1. panta trešās daļas norma ietver legāļdefinīciju terminam “ārstniecības iestādes”, kas ir ārstu prakses, valsts un pašvaldību iestādes, saimnieciskās darbības veicēji un komercsabiedrības, kas reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā, atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām un nodrošina ārstniecības pakalpojumus. Ievērojot to, ka ārstniecības iestādes ir galvenokārt privāto tiesību subjekti, to regulēšanai nav piemērojama Valsts pārvaldes iekārtas likumā noteiktā kārtība tās institucionālajā ietvarā. Privātpersonu tiesības un pienākumi ir jānosaka ar ārējiem tiesību aktiem, kurus jāizdod Satversmē noteiktajā kārtībā, tajā skaitā ārkārtējās situācijas apstākļos.

Kā noteikts Ministru rīkojumā Nr. 103., ārkārtējā situācija ir izsludināta Valsts operatīvā medicīniskā komisija ir Ministru kabineta⁴¹ izveidota konsultatīva un koordinējoša institūcija, kuras darbības mērķis ir nodrošināt veselības nozares institūciju saskaņotu darbību ārkārtas medicīniskajā situācijā un ārkārtas sabiedrības veselības situācijā. Komisijai ir šādas funkcijas: 1. pieņemt koordinējošus, veselības nozares institūcijām saistošus lēmumus ārkārtas medicīniskajā situācijā un ārkārtas sabiedrības veselības situācijā vai to tiešu draudu gadījumā; 2. izvērtēt apkopoto informāciju pēc ārkārtas medicīniskās situācijas vai ārkārtas sabiedrības veselības situācijas seku likvidēšanas; 3. veicināt katastrofu medicīnas sistēmas gatavību reaģēt ārkārtas medicīniskajā situācijā un ārkārtas sabiedrības veselības situācijā.⁴² Tās sastāvā ir Veselības ministrijas un tās padotības iestāžu pārstāvji, kā arī trīs valsts kapitālsabiedrību, konkrēti, P.Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcās, Rīgas austrumu klīniskās universitātes slimnīcās un Bērnu klīniskās universitātes slimnīcās pārstāvji. Tātad šī komisija ir tiesīga konsultēt un koordinēt veselības nozares institūciju darbību, bet nav pamata uzskatīt, ka tai būtu tiesības izdot vispārīgus privātpersonām saistošus lēmumus.

Tieši Covid-19 pandēmijas ierobežošanai Saeima izdeva likumu "Par valsts institūciju darbību ārkārtējās situācijas laikā saistībā ar Covid-19 izplatību"⁴³ (pieņemts 03.04.2020., zaudējis spēku 10.06.2020). Likums noteica valsts institūciju darbības pamatprincipus un atsevišķas valsts institūciju un privātpersonu tiesības un pienākumus ar Covid-19 izplatību

⁴¹ Ministru kabineta 2011.gada 13.decembra noteikumi Nr.956 “Valsts operatīvās medicīniskās komisijas nolikums”, pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/241746-valsts-operativas-mediciniskas-komisijas-nolikums>

⁴² Turpat, 2. punkts.

⁴³ Likums "Par valsts institūciju darbību ārkārtējās situācijas laikā saistībā ar Covid-19 izplatību". Latvijas Vēstnesis, 67B, 04.04.2020. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/313730/redakcijas-datums/2020/05/09> [skatīts 12.11.2020.]

saistītā valsts apdraudējuma un tā seku novēršanai un pārvarēšanai. Tā normas veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un saņemšanu neregulēja. Minētais likums tika izdots jau pēc tam, kad ar veselības ministra rīkojumu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana un sniegšana bija ierobežota.

2020. gada 25. martā Ministru kabinets izdarīja grozījumus rīkojumā Nr. 103. Rīkojumā tika iekļauta 2.¹ panta norma šādā redakcijā: “Atbilstoši epidemioloģiskās situācijas attīstībai valstī veselības ministram ir tiesības:

2.¹ 1. izvērtējot epidemioloģiskos riskus un vienojoties ar ārstniecības jomas pārstāvjiem, ierobežot veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu (saglabājot tos veselības aprūpes pakalpojumus, kuri ir dzīvību glābjoši un kuriem nepieciešams nodrošināt terapijas nepārtrauktību), tai skaitā ierobežot ārstniecības personas tiesības sniegt veselības aprūpes pakalpojumus vairākās ārstniecības iestādēs”.

Šī normatīvā akta anotācijā, kas kā redzams Ministru kabinetam iesniegtā dokumentā, ir sagatavota 23. martā⁴⁴, ir atrodama citāda grozījumu projekta redakcija, tā ir: “2.¹ Atbilstoši epidemioloģiskās situācijas attīstībai valstī, veselības ministram ir tiesības: 2.¹1. ierobežot veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, tajā skaitā ierobežot ārstniecības personas tiesības sniegt veselības aprūpes pakalpojumus vairākās ārstniecības iestādēs”. Turpat arī minēts pamatojums: “minētās tiesību normas nepieciešamas, lai attīstoties epidemioloģiskajai situācijai un strauji pieaugot Covid-19 pacientu skaitam, nepieciešamības gadījumā varētu tikt pieņemti lēmumi attiecībā uz kādu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, tai skaitā ārstniecības personu piesaisti/novirzīšanu darbam kādā konkrētā ārstniecības iestādē.”

Jau pēc grozījumu projekta iesniegšanas Ministru kabinetam 23. martā, normai ir pievienotas vairākas nozīmīgas pazīmes. Tās nosaka, ka ir jāvērtē epidemioloģiskie riski, jāvienojas ar ārstniecības jomas pārstāvjiem, jāsaglabā tie veselības aprūpes pakalpojumi, kuri ir dzīvību glābjoši un kuriem nepieciešams nodrošināt terapijas nepārtrauktību. Anotācijā vai kādos citos publicētos dokumentos pamatojums šādas normas izdošanai nav atrodams. Ir pašsaprotami, ka MK noteicis, ka nedrīkst ierobežot dzīvību glābjošos pasākumus. Ir pamatoti noteikti, ka ir jāvērtē epidemioloģiskie riski. Nav saprotama norma, kas nosaka, ka Veselības ministram ir jāvienojas ar ārstniecības jomas pārstāvjiem. Nav iespējams noskaidrot, kas ir domāts, tiesību aktā lietojot jēdzienu “ārstniecības jomas pārstāvji”. No normas nav

⁴⁴ Ministru kabineta 2020. gada 12. marta rīkojuma Nr. 103 “Par ārkārtējās situācijas izsludināšanu” grozījumu sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija)
<http://tap.mk.gov.lv/lv/mk/tap/?pid=40485395>

noskaidrojams, kad, ar ko un kāda vienošanās būtu nepieciešama, lai ierobežotu veselības aprūpes pakalpojumus.

MK rīkojuma Nr. 103 grozījumu projektā, attiecībā uz to, ka Ministru kabinets deleģējumu veselības ministram ierobežot pacientu pamattiesības saņemt nepieciešamos pakalpojumus, nekas nav minēts. Nav arī minēts nekas par ārstniecības personu un iestāžu pamattiesību ierobežojumu sniegt pakalpojumus, kas arī ir pamattiesību ierobežojums. Pamatojums, kas ļautu attaisnot ierobežojumu ārstniecības personai tiesības sniegt veselības aprūpes pakalpojumus vairākās ārstniecības iestādēs, arī nav atrodams.

Tajā pašā dienā, proti, 2020. gada 25. martā, kad Ministru kabinets izdeva rīkojumu⁴⁵ par tiesību ierobežot veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu deleģēšanu veselības ministram, veselības ministrs izdeva 2020. gada 25. marta rīkojumu Nr. 59 "Par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas ierobežošanu ārkārtējās situācijas laikā"⁴⁶ (pieņemts 25.03.2020., stājies spēkā 27.03.2020.) (turpmāk VM rīkojums Nr. 59). Ar to ministrs noteica būtiskus veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas un sniegšanas ierobežojumus ārkārtējās situācijas. Vēlāk rīkojums tika grozīts četras reizes, tādējādi paplašinot iedzīvotājiem pieejamo veselības aprūpes pakalpojumu apjomu. Tas zaudēja spēku 2020. gada 10. jūnijā.

Vai un kādi epidemioloģiskie riski tika izvērtēti, vai veselības ministrs bija vienojies ar kādiem "ārstniecības jomas pārstāvjiem", publiski pieejamas informācijas nav. Ministra rīkojumam anotācija vai kāds cits dokuments, kas atspoguļotu pamatojumu nav pievienots. Tāpēc bez papildus dokumentu un informācijas pieprasīšanas un saņemšanas no Veselības ministrijas, ja tai šādi dokumenti būtu, nav iespējams spriest par veselības aprūpes pakalpojumu ierobežošanas zinātnisko pamatojumu, par riskiem, kas ir noteikuši ierobežojumu nepieciešamību un par risinājumiem, kas ir vērtēti.

Veselības ministra rīkojumā Nr. 59. tika noteikts pārtraukt veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Turpat tika noteikti izņēmumi, uzskaitot tos pakalpojumus, kuru sniegšana netika pārtraukta. Tie bija: 1.1. neatliekamā medicīniskā un akūtā palīdzība, tai skaitā nepieciešamie izmeklējumi un konsultācijas; 1.2. ģimenes ārsta sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi; 1.3. vakcinācijas pakalpojumi; 1.4. veselības aprūpes pakalpojumi mājās; 1.5. zobārstniecības pakalpojumi akūtos un neatliekamos gadījumos; 1.6. pakalpojumus, lai

⁴⁵ Ministru kabineta 2020. gada 25. marta rīkojums Nr. 119 "Grozījumi Ministru kabineta 2020. gada 12. marta rīkojumā Nr. 103 "Par ārkārtējās situācijas izsludināšanu"
<https://likumi.lv/ta/id/313433-grozijumi-ministru-kabineta-2020-gada-12-marta-rikojuma-nr-103-par-arkartejas-situācijas-izsludinasanu->

⁴⁶ Veselības ministrijas 2020. gada 25. marta rīkojums Nr. 59 "Par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas ierobežošanu ārkārtējās situācijas laikā". Latvijas Vēstnesis, 61A, 26.03.2020. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/313481/redakcijas-datums/2020/05/22> [skatīts 12.09.2020.]

nodrošinātu terapijas nepārtrauktību – ķīmijterapija, bioloģiskie medikamenti, orgānu aizstājējterapija, staru terapija, dienas stacionāra pakalpojumi hematoloģijā, metadona aizvietojošā terapija, kā arī pacientiem, kuriem jāturpina vai jāpabeidz stacionāri neatliekamā kārtā uzsākta ārstēšana; 1.7. onkoloģiskās, dzīvību glābjošas, kā arī tādas operācijas, kuru atcelšanas rezultātā var iestāties invaliditāte; 1.8. pakalpojumi "Zaļā koridora" ietvaros; 1.9. veselības aprūpes pakalpojumus saistībā ar šādu slimību grupu ārstēšanu – onkoloģija; HIV/AIDS; tuberkuloze; psihiatrija; lipīgās ādas slimības un seksuāli transmisīvās slimības; traumatoloģija; 1.10. grūtnieču aprūpe; 1.11. akūtās un subakūtās rehabilitācijas pakalpojumi personām, kurām šī pakalpojumu atlikšana var radīt invalidizācijas risku vai darbaspēju zaudēšanu, tai skaitā bērniem, kuriem rehabilitācijas pakalpojumu atlikšana saistīta ar ievērojamu funkcionēšanas traucējumu pasliktināšanos.

Rīkojumā arī tika noteikts, ka pacientiem ar respiratoro elpceļu simptomiem nesniedz (iespēju robežās) lielāko daļu no atļautajiem pakalpojumiem, paredzot tikai neatliekamo un akūto palīdzību, ģimenes ārsta palīdzību, zobārstniecību akūtos un neatliekamos gadījumos. Rīkojumā norādītais jēdziens “respiratoro elpceļu simptomiem” ir neprecīzs un tāpēc nav nosakāms, kādi simptomi (izpausmes) ir tie, kuru gadījumā pakalpojumus nesniedz un kuri ir tie, piemēram, elpošana kā elpceļu simptoms, kad pakalpojumi ir jāsniedz. Jādomā, ka tiesību normas izdevējs ar augstāk norādīto jēdzienu bija domājis akūtu elpceļu saslimšanas. Rīkojums neparedzēja kārtību, kas noteiktu, kā būtu jārīkojas gadījumā, ja pacientam ir nepieciešami, piemēram, ķīmijterapija vai onkoloģiska operācija, bet pastāv kādi elpceļu funkciju traucējumu vai saslimšanu, piemēram, akūtu respiratoru infekciju, simptomi. Būtu saprotami, ka šādos gadījumos tiktu veikti pasākumi, lai izslēgtu Covid-19 infekciju un nekavētos ar pacientam nepieciešamo ārstniecības pasākumu nodrošināšanu.

Turpat, veselības ministra rīkojumā tika noteikts, ka pacientu ar hroniskām saslimšanām veselības aprūpi iespēju robežās nodrošināt attālināti (2.punkts). Tātad attālināti tika paredzēti tikai pakalpojumi hronisku saslimšanu gadījumā un tad, ja ir iespējas tādus nodrošināt. Kādu iemeslu dēļ attālināti pakalpojumi kā iespēja sniegt veselības aprūpes pakalpojumus netika noteikta vispārīgi, nav zināms. Norma par attālinātiem pakalpojumiem ir acīmredzami nepietiekama. Tā paredz tikai vienu faktoru, kas ņemams vērā - iespējamību nodrošināt. Nekas netiek norādīts par attālinātu pakalpojumu nodrošināšanas veidiem, par šo pakalpojumu kvalitāti, par to situāciju risināšanu, kad attālināta pakalpojumu laikā varētu secināt, ka pacienta situācija ir riskanta un ir nepieciešama klātienē konsultāciju, par pacientu aizsardzības pasākumiem attālinātu konsultāciju laikā, un par šādu pakalpojumu dokumentēšanu. Lai Ārstniecības likuma 1. panta divdesmit devītā daļā telemedicīnas

definīcija ir ietverta jau salīdzinoši sen, tiesību normas, kas sīkāk regulētu šāda veida pakalpojumu sniegšanu, to drošību un pacientu aizsardzību nav pieņemtas. Pandēmijas apstākļi parāda, ka telemedicīnas pakalpojumi ir svarīga un pacientiem nepieciešama alternatīva pakalpojumiem klātienē. Ir pamats uzskatīt, ka telemedicīnas pakalpojumi būs nepieciešami iedzīvotājiem arī pēc Covid pandēmijas. Tāpēc šāda veida pakalpojumu regulējums būtu nekavējoties jāizstrādā un jāievieš dzīvē.

Jāatzīmē, ka Veselības ministrija bija jāievēro, ka likumā “Par prakses ārstiem”⁴⁷, 6.pantā pantā ir noteikts: “Prakses ārsts darbojas personiski un tieši. Ārstēšanu nedrīkst veikt ar masu saziņas un komunikācijas līdzekļu starpniecību vai sarakstes veidā.” Lai arī saprotams, ka šī likuma norma ir novecojusi, tās atcelšanu neviens nav rosinājis, bet veselības ministra rīkojums, kas nosaka pretējo, likuma normā noteiktu aizliegumu nav tiesīgs atcelt. Tāpēc prakses ārstiem, kas ir tikai daļa no ārstniecības iestādēm, bet daudz ir ģimenes ārstu prakšu, tika radīta tiesiska neskaidrība par attālinātu pakalpojumu sniegšanas pamatu. Proti, ja augstāka spēka ārējā tiesību norma nosaka aizliegumu, bet iekšēja tiesību normu, kāds ir veselības ministra rīkojums, paredz atļauju, piemērojama ir ārējā tiesību norma. Veselības ministram, kas izdeva rīkojumu, minētais bija jāievēro un jārisina.

Rīkojumā tika paredzēts, ka Veselības inspekcijai jāveic rīkojumā noteikto prasību ievērošanas uzraudzība (6. punkts). Proti, tika noteikts, ka Veselības inspekcijai ir jākontrolē, ka veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana ir pārtraukta un kā ārstniecības iestādes nepārkāpj noteiktos aizliegumus sniegt pakalpojumus. Zināms, ka Veselības inspekcijas šādu kontroli ārstniecības iestādēs veica. Par šo kontroles pasākumu saturu, apjomu un tajās sasniegtajiem rezultātiem būtu jāveic tālāka izpēte.

No 2020. gada 9. jūnija, SarsCoV2 izplatības un Covid-19 saslimstības ierobežošanu nosaka “Covid-19 infekcijas izplatības seku pārvarēšanas likums” (pieņemts 05.06.2020., stājies spēkā 10.06.2020.), Covid-19 infekcijas izplatības pārvaldības likums (pieņemts 05.06.2020., stājies spēkā 10.06.2020.), Ministru kabineta 2020. gada 9. jūnija noteikumi Nr. 360 “Epidemioloģiskās drošības pasākumi Covid-19 infekcijas izplatības ierobežošanai”⁴⁸ (pieņemti 09.06.2020., stājušies spēkā 10.06.2020.), Ministru kabineta noteikumi Nr.380 “Noteikumi par prioritāro institūciju un vajadzību sarakstā iekļautajām institūcijām

⁴⁷ Likums “Par prakses ārstiem” Latvijas Vēstnesis, 113, 08.05.1997. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/43338-par-prakses-arstiem>

⁴⁸ Ministru kabineta 2020. gada 9. jūnija noteikumi Nr. 360 "Epidemioloģiskās drošības pasākumi Covid-19 infekcijas izplatības ierobežošanai". Latvijas Vēstnesis, 110B, 09.06.2020. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/315304> [skatīts 07.09.2020.]

nepieciešamajiem epidemioloģiskās drošības nodrošināšanas resursiem” (pieņemts 09.06.2020., stājušies spēkā 13.06.2020.) un citas tiesību normas.

7.2. Tiesību principi veselības aizsardzības un veselības aprūpes nodrošināšanai pandēmijas apstākļos

Personas pamattiesību aizsardzība ir viens no demokrātiskas tiesiskas valsts nozīmīgākajiem pienākumiem. Valstij ir jānodrošina efektīva aizsardzība ikvienai personai, kuras tiesības vai likumiskās intereses ir aizskartas⁴⁹. 2020. gada 23. martā notikušā valsts konstitucionālo orgānu vadītāju kopsēde noteica principus rīcībai ārkārtējās situācijas laikā, pirmais no tiem paredz: “Sakarā ar vīrusa Covid-19 pandēmiju valstī kopš 2020. gada 12. marta izsludināta ārkārtējā situācija, kas ietekmē valsts, sabiedrības un katra cilvēka ikdienas dzīvi. Satversme nosaka, ka valsts pastāvēšana un ilgtspēja, sabiedrība un katrs cilvēks demokrātiskās valsts iekārtas ietvaros ir jāaizsargā jebkuros, arī ārkārtējos apstākļos.”⁵⁰ Valsts prezidents E. Levits uzsvēris: “Konstitūcijas pamatprincipiem, konstitucionālo orgānu sistēmai un personas pamattiesībām ir jābūt vienlīdz efektīviem un piemērojamiem kā ikdienas apstākļos, tā arī ārkārtējos apstākļos”⁵¹. Tāpēc nav šaubu, ka ārkārtas stāvoklis nepieļauj demokrātiskā valstī noteikto pacientu tiesību ignorēšanu, bet prasa to atbilstošu aizsardzību gan valsts, gan ārstniecības iestāžu rīcībā (Olsena, 2020).

Tiesības uz veselības aizsardzību un veselības aprūpi ir personu pamattiesības, kuras noteiktas gan Satversmes 111. pantā, gan Latvijai saistošajos starptautiskajos līgumos. Šo tiesību nodrošināšana ir valsts pienākums. Valstij, ar tās kompetento iestāžu starpniecību, ir pienākums organizēt sabiedrības un indivīdu tiesību nodrošināšanai nepieciešamos pasākumus.

Tiesības uz veselību ietver tiesības uz veselības aizsardzību un tiesības uz aprūpi (turpmāk jēdziens “tiesības uz veselību” tiks lietotas šādā ietvarā). Tiesības uz veselību ietver četras vienlīdz nozīmīgas komponentes - piekļūstamību (*angl. availability*), pieejamību (*angl. accessibility*), pieņemamību (*angl. acceptability*) un kvalitāti (*angl. quality*)⁵². Jānorāda, ka pandēmijas apstākļos tiesības uz veselību nozīmē to, ka ir jānodrošina pasākumi, kas mērķēti uz cilvēku veselības aizsardzību gan vispārīgi, gan attiecībā uz konkrēto apdraudējumu – šajā

⁴⁹ Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2012. gada 20. aprīļa spriedums lietā Nr. 2011-16-01.

⁵⁰ Valsts prezidenta 2020. gada 23. marta paziņojums Nr. 8 “Valsts konstitucionālo orgānu darbības pamatprincipi ārkārtējā situācijā”, <https://www.vestnesis.lv/op/2020/58A.1>

⁵¹ Levits E. Satversme ārkārtas apstākļos. Jurista vārds, NR. 18 (1128), 5.05.2020. Pieejams: <https://juristavards.lv/doc/276520-satversme-arkartas-apstaklos/> [skatīts 15.08.2020.]

⁵² Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural rights: General Comment No. 14 (2000). Committee on Economic, Social and Cultural rights, 22nd session, Geneva, 2000

gadījumā vīrusa Sars-CoV-2 izplatību. Tas nozīmē, ka jānodrošina pasākumi, kas aizsargā sabiedrības veselību vispārīgi un kā kopumu, gan pasākumi, kas aizsargā atsevišķu indivīdu veselību. Šo pasākumu mērķis ir pasargāt no inficēšanās ar vīrusu pēc iespējas lielāku sabiedrības daļu, vienlaikus organizējot tos veselības aizsardzības pasākumus, kas nepieciešami pandēmijas radīto citu veselības risku mazināšanai, piem. cilvēku psihiskajai veselībai. Vienlaikus valsts pienākums ir veikt pasākumus, kas nepieciešami gan ar vīrusa saslimušo cilvēku veselības aprūpei, gan ar citām slimībām slimojošo cilvēku ārstēšanai.

Lai tiesības uz veselības aizsardzību un veselības aprūpi varētu īstenot, valstij ir jānodrošina veselības aizsardzības un aprūpes piekļūstamība (Latvijā jēdziena piekļūstamība vietā lieto jēdzienu pieejamība). Tas nozīmē, kā valstij ir pienākums gādāt, lai sabiedrības veselības un veselības aprūpes iestāžu, preču un pakalpojumu, kā arī valsts veselības aprūpes programmas būtu iedzīvotājiem pieejamas pietiekamā apjomā⁵³. Tas ietver atbilstošu veselības aizsardzības iestāžu, tādu kā slimnīcu, laboratoriju un ambulatoro ārstniecības iestāžu nodrošināšanu, izglītota un profesionāla medicīniskā personāla, kas saņem iekšzemē konkurētspējīgu atalgojumu, nodrošināšanu. Pandēmijas apstākļos, bet arī vispārīgi, tas nozīmē valsts pienākumu nodrošināt profesionāla epidemioloģiskās drošības dienesta pastāvēšana un efektīvu funkcionēšanu. To, kāda apjoma pienākums ir konkrētajā valstī, nosaka dažādi faktori, tajā skaitā valsts attīstības līmenis un valstī pieejamie resursi. Piekļūstamība pandēmijas apstākļos izpaužas kā valsts pienākums gādāt, lai valstī būtu sabiedrības veselības aizsardzībai pret konkrēto vīrusu piemēroti līdzekļi, piem., izmeklējumi vīrusa un saslimušo diagnostikai, efektīva epidemioloģiskās izmeklēšanas sistēma, šim riskam piemērotas ārstniecības iestādes un zinoši mediķi, riska mazināšanai pieejami medikamenti, tajā skaitā vakcīnas.

Tiesības uz veselību izpaužas arī kā sabiedrības, dažādu sabiedrības grupu un arī indivīdu tiesības uz vienlīdzīgu veselības aizsardzības un aprūpes pieejamību. Lai šīs tiesības īstenotu, valsts pienākums ir garantēt, ka veselības aprūpes iestādes, veselības aprūpes pakalpojumiem ir pieejamiem ikvienam bez diskriminācijas. Vienlīdzīgai pieejamībai ir četri aspekti:

a) ir aizliegta diskriminācija – veselības aprūpes iekārtām, precēm un pakalpojumiem jābūt pieejamiem ikvienam, tajā skaitā īpaši visneaizsargātākajiem iedzīvotājiem. Te gan uzreiz jāatzīmē, ka jēdziens “diskriminācija” veselības aprūpē nebūt nenozīmē, ka visiem un visam ir jābūt vienādi pieejamam. Satversmes tiesa ir atzinusi, ka Satversmes 111. pantā noteikto tiesību īstenošanā ir jāievēro 91. panta pirmajā teikumā

⁵³ Turpat.

nostiprinātais vienlīdzības princips un otrajā teikumā ietvertais diskriminācijas aizlieguma princips. Būtiski ir nodrošināt taisnīgu un pieejamu veselības aprūpi visiem. Tiesa ir uzsvērusi vienlīdzības principa nozīmību veselības aprūpei paredzēto līdzekļu taisnīgā sadalē, gan norādījusi, ka cilvēktiesību īstenošanā veselības aizsardzības jomā ir pieļaujama pozitīvā diskriminācija – valsts ir tiesīga piešķirt lielāku tiesību apjomu tām sabiedrības grupām, kas ir īpaši neaizsargātas, piemēram, bērniem, invalīdiem un veciem cilvēkiem⁵⁴.

b) fiziska pieejamība – visiem iedzīvotājiem, bet īpaši neaizsargātajām grupām⁵⁵, kas ir ļoti dažādas, piemēram, cilvēki ar ierobežotu mobilitāti, dzirdes vai redzes traucējumiem utt., ir jānodrošina fiziski sasniedzami veselības aprūpes pakalpojumi. Pandēmijas apstākļos ir jāpārvērtē dažādu sabiedrības grupu iespējas sasniegt veselības aizsardzības un aprūpes pakalpojumus ierastajā kārtībā, ir jāvērtē vai vīrusa izplatības riski, kas saistīti ar veselības aprūpes pakalpojumu sasniegšanu, piem. braucot ar sabiedrisko transportu, ir pieejamību ierobežojošs faktors. Ja tiek konstatēti tādi ierobežojoši pasākumi, kas traucē vai liedz iedzīvotāju grupām sasniegt nepieciešamo veselības aprūpi ir jānodrošina jauni un piemēroti atbalsta pasākumi, piem. organizējot mobilas testēšanas vienības, vērtējot vai pakalpojumu pieejamība attālinātā formā ir piemērota konkrētām grupām.

c) ekonomiskā (finansiālā) pieejamība nozīmē to, ka valstij ir jānodrošina, ka nepieciešamie veselības aizsardzības un aprūpes pakalpojumi un preces ir visiem finansiāli pieejami. Gadījumos, ja valsts nosaka maksu par veselības aizsardzības un aprūpes pakalpojumiem, jāievēro taisnīguma princips. Proti, maksai ir jābūt tādā apmērā, lai tā neradītu finansiālas barjeras, īpaši sociāli mazāk aizsargāto iedzīvotāju grupām.

d) informācijas pieejamība pandēmijas apstākļos ir vēl nozīmīgāks tiesību īstenošanas līdzeklis, nekā parasti. Valstij ir pienākums nodrošināt, ka iedzīvotāji var pieprasīt, saņemt un izplatīt gan vispārīgu, gan pandēmijai specifisku informāciju par veselības aizsardzības un aprūpes jautājumiem. Tas ir valsts pienākums informēt iedzīvotājus par veselības aizsardzības iespējām pandēmijas apstākļos. Informācijai ir jābūt vienkārši pieejamai, labi saprotamai un aktuālai. Informācijas pieejamību nedrīkst ietekmēt tiesības uz konfidencialu personas veselības datu apstrādi, piemēram, attiecībā uz konkrētu pacientu saslimšanas statusu⁵⁶.

⁵⁴ Latvijas Republikas Satversmes tiesa 2008.gada 29.decembra spriedums lietā Nr. 2008–37–03.

⁵⁵ Piemēram, etniskās minoritātes, sievietes, bērnus, pusaudžus, vecākus cilvēkus, cilvēkus ar invaliditāti un personas ar HIV/AIDS.

⁵⁶ Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural rights: General Comment No. 14 (2000). Committee on Economic, Social and Cultural rights, 22nd session, Geneva, 2000

Vienlīdz svarīgi tiesību uz veselību īstenošanā ir pasākumi, kas nodrošina pieņemamību. Visām veselības aprūpes iestādēm un pakalpojumu sniedzējiem jānodrošina pandēmijas laikā līdzīgi kā parastos apstākļos ir jāievēro medicīnas ētikas un kultūras normas. Tas nozīmē, ka, organizējot vīrusa ierobežošanas pasākumus, ir jārespektē indivīdu, minoritāšu, kopienu un sabiedrības kultūra, jāievēro cilvēka dzimuma un dzīves cikla vajadzības, jānodrošina konfidencialitāte, vienlaikus uzlabojot attiecīgās personas veselību⁵⁷.

Neatņemama tiesību uz veselību komponente ir kvalitāte. Līdzīgi kā parastos apstākļos, arī pandēmijas apstākļos ir jānodrošina veselības aprūpes iestāžu, preču un pakalpojumu zinātniska un medicīniska piemērotība un augsta kvalitāte. Kvalitātes nodrošināšanai ir nepieciešama ārstniecības personu profesionalitāte, mediķiem ir jāpārzina un jālieto tās zinātniskās atziņas par vīrusa ierobežošanu un saslimušo ārstēšanu, kas konkrētajos apstākļos ir pieejamas. Pētījumā veiktā zinātnisko avotu un saskaņā ar tiem izdoto rīcības dokumentu analīze liecina, ka Covid-19 pandēmijas laikā pētniecība notiek dinamiski un plaši. Pētniecības rezultātā iegūtās zinātniskās atziņas par vīrusa dabu, izplatīšanos, riskiem un to ierobežošanu tiek apkopotas un publicētas autoritatīvos zinātņu avotos salīdzinoši ātri. Pateicoties globalizētai un ātrai informācijas aprītei, zinātniskie dati ir pieejami Latvijā nekavējoties. Lai arī zinātnisko datu pieejamība ir efektīva, pētījumam savākto datu analīze liecina, ka zinātnisko atziņu pārbaude, noskaidrojot kādi fakti par vīrusu un tā izplatību ir pierādīti un kādi nav, nav pārbaudāma. Proti, tiesību aktu projektos, politikas plānošanas un piemērošanas dokumentos, valsts iestāžu izplatītos materiālos un iedzīvotājiem sniegtajos ieteikumos, atsaucies uz zinātņu avotiem ir atrodamas reti.

Tā piemēram, 2020. gada jūnijā 239 dažādās pasaules valstīs strādājoši zinātnieki nosūtīja atklātu vēstuli Pasaules Veselības organizācijai, prasot atzīt zinātnes datus par vīrusa izplatību aerosola veidā.⁵⁸ Visa 2020. gada laikā strauji palielinājās to zinātnisko atziņu apjoms, kas raksturoja vīrusa aerosola dabu un nepieciešamos ierobežošanas līdzekļus, īpaši telpās. Šo zinātnes atziņu ieviešana Latvijā nenotika. Sabiedrībai tika sniegta maldinoša informācija par vīrusa izplatīšanos pilienos, lai gan zinātniski pētījumi, kas šādu veidu pierādītu, nebija. Līdzīgi nebija pierādīts pamatojums 2m distancei kā drošam vīrusa ierobežošanas līdzeklim telpā. Savukārt pētījumi, kuros pierādīja, ka inficējas cilvēki, kas ir arī atradušies tālāk no inficēzās personas, netika izmantoti. Netika izmantoti arī tie zinātņu avoti, kas raksturoja sejas masku lietošanas, ventilācijas, cilvēku pulcēšanās ārā un telpās

⁵⁷ Turpat.

⁵⁸ Hundreds of scientists say coronavirus is airborne, ask WHO to revise recommendations: NYT <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-airborne-idUSKBN246007>

efektivitāti vīrusa ierobežošanai, lai gan šo līdzekļu zinātniski pamatotu lietošanu norādīja zinātnisku apkopotās atziņas.⁵⁹

Ikvienam valsts iedzīvotājam Ārstniecības likumā⁶⁰ un Veselības aprūpes finansēšanas likuma⁶¹ noteiktajā kārtībā ir tiesības saņemt un baudīt veselības tiesību normās ietvertos veselības aizsardzības pasākumus, saņemt kvalitatīvu palīdzību slimības gadījumā un veselības stāvoklim atbilstošu aprūpes pakalpojumus. Arī pandēmijas laikā pacientam ārstniecības ietvaros ir tiesības uz laipnu attieksmi, kvalitatīvu un kvalificētu ārstniecību neatkarīgi no viņa slimības rakstura un smaguma⁶².

Tostarp ārkārtas situācijās apstākļos pacientiem ir tiesības saņemt aprūpes pakalpojumus neatkarīgi no tā, vai pacients ir ticis diagnosticēts ar Covid-19 vai jebkuras citu slimību. Pandēmijas apstākļos savlaicīgu un kvalitatīvu veselības aprūpi ir tiesības saņemt ne vien Covid-19 slimniekiem, bet ikvienam pacientam. Diskriminācijas aizliegums aizsargā visus pacientus no diskriminācijas un aizliedz veselības aprūpes ārstniecības personām atteikties no veselības pakalpojumu sniegšanas, pamatojoties uz pacienta veselības stāvokli, tostarp aizliedz diskriminēt pacientus reliģijās vai etniskās pārliecības, dzimuma u.c. apstākļu dēļ.

Tiesības uz kvalitatīvu veselības aizsardzību un aprūpi paredz, ka valstij ir jānodrošina zinātniski apstiprinātu medikamentu un slimnīcu iekārtu lietošana. Kvalitāte nozīmē arī to, ka ārstniecības iestādēs ir jābūt drošai videi, pandēmijas apstākļos īpaša vērība jāvelta vīrusa izplatības ierobežošanai ārstniecības procesā vienlaikus, sargājot pacientu un ārstniecības personas.

⁵⁹ Sk. piemēram: Jones et al. Two metres or one: what is the evidence for physical distancing in covid-19? BMJ 2020;370:m3223

⁶⁰ Ārstniecības likums. Latvijas Vēstnesis, 167/168, 01.07.1997. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/44108-arstniecibas-likums>

⁶¹ Veselības aprūpes finansēšanas likums. Latvijas Vēstnesis, 259, 31.12.2017. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/296188-veselibas-aprupes-finansesanas-likums>

⁶² Pacientu tiesību likums. Latvijas Vēstnesis, 205, 30.12.2009. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/203008> [skatīts 30.09.2020.]

7.3. Pamattiesību ierobežošana pandēmijas apstākļos

Gan sabiedrība, gan individuālās personas ārkārtas situācijas laikā saglabā tiesības uz veselības aizsardzību un veselības aprūpi. Ārkārtas situācija, īpaši tad, ja tā ir noteikta vīrusa izraisītas pandēmijas dēļ, prasa valstij rīkoties un nodibināt tādu tiesisko kārtību, kas ir piemērota gan sabiedrības veselības aizsardzībai, gan indivīdu veselības aizsardzībai pandēmijas apstākļos. Demokrātiskas un tiesiskas valsts pamatprincipi nosaka, ka arī ārkārtējas situācijas laikā valsts varai, valsts pārvaldei un privātpersonām ir saistošas tiesību normas. Ārkārtējas situācijas pārvaldība tiek veikta gan uz vispārīgo tiesību normu pamata, gan saskaņā ar ārkārtējas situācijas pārvaldīšanai izdotu tiesību normu pamata. Kā vispārīgi, tā ārkārtējā situācijā, patvaļa vai tiesību normām pretēja rīcība ir aizliegta.

Pandēmija, salīdzinot ar citām iespējamām ārkārtējām situācijām, īpaši tām, kas varētu rasties dabas katastrofas dēļ, ir salīdzinoši lēni notiekošs process. Tāpēc ir iespējams rīkoties pārdomātāk un precīzāk, gan izdodot speciālas tiesību normas, gan tās piemērojot praksē.

Analizējot tiesību piemērošanas procesu ārkārtas stāvokļa laikā, nu jau bijusī Satversmes tiesas priekšsēdētāja I.Ziemele publikācijā žurnālā “Jurista vārds” norāda: “Satversme ietver prasību valstij turpināt labāko iespēju robežās pildīt savas funkcijas un risināt ārkārtējās situācijas radītos izaicinājumus. Satversme sniedz visas tam nepieciešamās norādes. Izaicinājums šajos krīzes apstākļos ir valsts varas atzaru spējā uzņemties Satversmes ietvertu atbildību pilnībā un bez lieka normatīvisma īstenot savus pienākumus”⁶³. Tātad gan valsts iestādēm, gan ārstniecības iestādēm ārkārtēja stāvokļa situācijā pacientu tiesību aizsardzība ir jāturpina labāko iespēju robežās, bet radītie izaicinājumi ir jārisina, izmantojot Satversmē noteikto. Atbildība par rīcību ir jāuzņemas pilnībā, bet nav nepieciešams lieks normatīvisms, lai īstenotu pienākumus, kas nepieciešami pacientu aizsardzībai (Olsena, 2020).

Tiesnese I.Ziemele arī atgādina: “starptautiskie cilvēktiesību standarti nosaka, ka ārkārtas situācijā var ierobežot cilvēktiesības, bet šādam ierobežojumam ir jāatbilst absolūtas nepieciešamības testam. Tāpat jāpatur prātā, ka ir tādas cilvēktiesības, no kurām nav iespējamas nekādas atkāpes nekādos apstākļos”⁶⁴. Tādas pamattiesības kā tiesības uz cilvēka cieņu, taisnīgu tiesu, necilvēcīgas izturēšanās un diskriminācijas aizliegums nav ierobežojamas.

⁶³ Ziemele I. Satversme jāpiemēro atbilstoši apstākļiem, nav nepieciešams normativizēt katru situāciju. Jurista vārds, NR. 18 (1128), 5.05.2020 Pieejams: <https://juristavards.lv/doc/276522-satversme-japiemero-atbilstosi-apstakliem-nav-nepieciešams-normativizet-katru-situaciju/> [skatīts 20.08.2020.]

⁶⁴ Turpat.

Satversmes tiesa, spriedumā 2020. gada 11. decembra spriedumā lietā Nr. 2020-26-010⁶⁵ ir atzinusi: “ Ārkārtējās situācijas likums nosaka kārtību, kādā izsludina un atceļ īpašu tiesisko režīmu – ārkārtējo situāciju vai izņēmuma stāvokli –, kā arī paredz valsts pārvaldes un pašvaldību institūciju, fizisko un juridisko personu tiesības, to ierobežojumus, īpašos pienākumus un tiesiskuma nodrošināšanu šo tiesisko režīmu spēkā esības laikā. Šā likuma 4. panta pirmajā daļā ārkārtējā situācija ir definēta kā īpašs tiesiskais režīms, kura laikā Ministru kabinetam ir tiesības ierobežot valsts pārvaldes un pašvaldību institūciju, fizisko un juridisko personu tiesības un brīvības, kā arī uzlikt tām papildu pienākumus. Likumā „Par ārkārtējās situācijas izsludināšanu” ir paredzēts, kādus ierobežojumus ārkārtējās situācijas laikā Ministru kabinets var noteikt. Izsludinot ārkārtējo situāciju, Ministru kabinetam ir tiesības, citstarp, pilnīgi vai daļēji apturēt starptautiskajos līgumos noteikto saistību izpildi.”

Kā jau iepriekš norādīts, ievērojot Ārkārtējās situācijas likumā, Epidemioloģiskās drošības un citos likumos noteikto kompetenci, Ministru kabinets 2020. gada 12. martā izdeva rīkojumu Nr. 103, kurā dažādi pamattiesību ierobežojumi tika noteikti. Tā kā demokrātiski leģitimētā izpildvara (valdība) spēj ātrāk reaģēt un pieņemt nepieciešamos lēmumus, lai mazinātu vai likvidētu apdraudējumu un aizsargātu valsti, cilvēkus un demokrātisku valsts iekārtu, tad šāds tiesību režīms uz laiku paredz izpildvaras pilnvaru palielināšanu tādā apjomā, lai tā varētu efektīvi veikt pretpasākumus⁶⁶.

Satversmes tiesa arī secinājusi: “šāds Ārkārtējās situācijas likumā izpildvarai dotais pilnvarojums pieņemt ārkārtējās situācijas pārvaldei nepieciešamās tiesību normas ir pamatots galvenokārt uz tās iespējām rīkoties ātri un pieņemt administratīvus aktus ar prognozes raksturu, kā arī uz izpildvaras saikni ar jomas speciālistiem, kuri spēj novērtēt ar ārkārtējo situāciju saistītos riskus no attiecīgā zinātniskā – konkrētajā gadījumā epidemioloģiskā un infektoloģiskā – skatpunkta. Ministru kabinets kā skaitliski mazāks un idejiskajā ziņā vairāk vienots valsts varas institūts situācijā, kuras steidzamība neļauj gaidīt, kamēr Saeima attiecīgos lēmumus pieņems likumdošanas procesa ietvaros, tiek pilnvarots spert atsevišķus soļus, kas normālos apstākļos ir Saeimas kompetencē. Šāda kārtība atbilst varas dalīšanas principam.” (sk. Satversmes tiesas 2020. gada 11. decembra spriedumu lietā Nr. 2020-26-010, 14. punktu).

Satversmes tiesa ir norādījusi arī uz izpildvarai noteiktajiem ierobežojumiem ārkārtējās situācijas laikā - “pieņemto lēmumu mērķim un pamatam ir jābūt saistītam ar valstī izsludināto ārkārtējo situāciju, piemēram, sabiedrības veselības apdraudējumu, šādas situācijas novēršanu

⁶⁵ Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2020. gada 11. decembra spriedums lietā Nr. 2020-26-010.

⁶⁶ Levits E. Satversme ārkārtas apstākļos. Jurista vārds, NR. 18 (1128), 5.05.2020. Pieejams: <https://juristavards.lv/doc/276520-satversme-arkartas-apstaklos/> [skatīts 15.08.2020.]

un valsts atgriešanos „normālā stāvoklī”, pamattiesību ierobežojumiem ir jāatbilst likumdevēja noteiktajiem rāmjiem, un tie ir pakļauti likumdevēja kontrolei. Ja kādas tiesības likumdevējs iepriekš nav paredzējis kā ierobežojamas ārkārtējās situācijas apstākļos, tad Ministru kabinets pēc savas iniciatīvas tās nevar aizskart.” (Satversmes tiesas 2020. gada 11. decembra spriedums lietā Nr. 2020-26-010, 14. punkts).

Gan Satversmes 116. pants, gan Biomedicīnas konvencijas 26. pants paredz, ka noteiktas pacientu tiesības, piemēram, tiesības uz pašnoteikšanos, privāto un ģimenes dzīvi, tiesības saņemt veselības aizsardzībai un slimību ārstēšanai nepieciešamos pakalpojumus drīkst ierobežot sabiedrības veselībai absolūti nepieciešamo pasākumu īstenošanai, bet to nedrīkst darīt patvaļīgi.

Ārstniecības iestāžu tiesības sniegt ārstniecības pakalpojumus un tā veikt komercdarbību ir viens no Satversmes 105. pantā noteikto tiesību uz īpašumu realizācijas veidiem. Satversmes 105. pantā arī noteikts: “Īpašumu nedrīkst izmantot pretēji sabiedrības interesēm. Īpašuma tiesības var ierobežot vienīgi saskaņā ar likumu”. Kā norādījusi Satversmes tiesa 2020. gada 11. decembra spriedumā lietā Nr. 2020-26-0106: “Satversmes 105. panta pirmais teikums aizsargā personas likumīgi iegūto īpašumu, tomēr otrais un trešais teikums atļauj valstij ar likumu ierobežot īpašuma tiesības sabiedrības interesēs (sk. Satversmes tiesas 2015. gada 8. aprīļa sprieduma lietā Nr. 2014-34-01 12.3. punktu).” Šajā pat spriedumā, kurā tiesa ir vērtējusi Saeimas izdotas likuma normas, kas aizliedz azartspēļu organizēšanu, atbilstību Satversmei, Satversmes tiesa ir norādījusi, ka ir jāpārbauda, vai īpašuma tiesību ierobežojums ir noteikts ar likumu, kas ir pieņemts, ievērojot normatīvos aktos paredzēto kārtību.

Satversmes 116. pantā noteiktajos gadījumos un kārtībā drīkst ierobežot arī ārstniecības personu pamattiesības, kas noteiktas Satversmes 106. pantā: “Ikvienam ir tiesības brīvi izvēlēties nodarbošanos un darbavietu atbilstoši savām spējām un kvalifikācijai.”

Nosakot pamattiesību ierobežojums, ir jāvērtē 1) vai pamattiesību ierobežojums ir noteikts ar likumu; 2) vai ierobežojumam ir leģitīms mērķis; 3) vai ierobežojums ir samērīgs ar leģitīmo mērķi (sk. piem. Satversmes tiesas 2020. gada 12. februāra spriedumu lietā Nr. 2019-05-01, 18. punktu).

Pamattiesību ierobežojumi ir jānosaka ar pienācīgā kārtā izdotām likuma normām. Vērtējot vai ierobežojums ir noteikts ar likumu, jāvērtē: 1) vai likums ir pieņemts, ievērojot normatīvos aktos paredzēto kārtību; 2) vai likums ir izsludināts un publiski pieejams atbilstoši normatīvo aktu prasībām; 3) vai likums ir pietiekami skaidri formulēts, lai persona varētu

izprast no tā izrietošo tiesību un pienākumu saturu un paredzēt tā piemērošanas sekas (sk. piem. Satversmes tiesas 2015. gada 2. jūlija sprieduma lietā Nr. 2015-01-01 14. punktu).

Vispāršaistošas likuma normas ir tiesīga izdot Saeima, bet Ministru kabinets tajos gadījumos, ja tam šādu deleģējumu Saeima ir devusi ar likuma normu. Ierobežojumiem jābūt pamatotiem ar sabiedrības veselības vai kādu citu svarīgu tiesību aizsardzības nepieciešamību. Tiesību ierobežotājam, Saeimai vai Ministru kabinetam, ir jāparedz noteiktā mērķa sasniegšanai piemēroti un samērīgi ierobežošanas līdzekļi.

Epidemioloģiskās drošības dēļ noteiktajiem tiesību ierobežojumiem ir jābūt zinātniskiem un datos pamatotiem, cik vien tas šobrīd ir iespējams⁶⁷ (Olsena, 2020).

Lai ierobežojums būtu tiesiski pieļaujams, tam ir jābūt mērķētam kāda nozīmīga mērķa sasniegšanai. Mērķi parasti norāda tiesību normās, kas paredz tiesību ierobežojumus. Iespējams, ka tiesību normas mērķis nav pašā tiesību normā, bet tas ir norādīts normatīvā akta anotācijā, kas ir obligāts normatīvā akta izdošanas procesa dokuments. Pandēmijas apstākļos ierobežojumu mērķis ir sabiedrības veselības aizsardzība, citu cilvēku veselības aizsardzība.

Trešais kritērijs, kas ir vērtējams, vai ierobežojums ir samērīgs ar leģitīmo mērķi. Proti, vai izvēlētais līdzeklis ir piemērots mērķa sasniegšanai un vai tas ir iespējami mazāk ierobežojošais līdzeklis. Tāpēc nosakot ierobežojumus, vienmēr ir jāapsver iespējamie ierobežošanas līdzekļi, to piemērotība mērķa sasniegšanai un to samērīgums.

⁶⁷ Pastars E. Normatīvo aktu ar likuma spēku izdošana ārkārtējos apstākļos nav atrisināta. Jurista vārds, NR. 18 (1128), 5.05.2020, Pieejams: <https://juristavards.lv/doc/276527-normativo-aktu-ar-likuma-speku-izdosana-arkartejos-apstaklos-nav-atrisinata/> [skatīts 12.09.2020.]

7.4. Ambulatoro un stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu ierobežošana ārkārtējā stāvokļa dēļ

Saskaņā ar Satversmes 111. pantā noteikto, valstij ir pienākums aizsargāt cilvēku veselību un garantēt ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu. Šīs tiesības, tāpat kā pārējās Satversmē noteiktās tiesības ir īstenojamas arī ārkārtējā stāvokļa laikā. Valsts garantētos veselības aprūpes pakalpojumus nosaka vairākas Ministru kabineta noteikumu normas, bet privāti ir pieejams daudz plašāks veselības aizsardzībai nepieciešamo pakalpojumu apjoms.

Ambulatoro un stacionāro pakalpojumu aizliegšana vai ierobežošana ir Satversmes 111. pantā noteikto pamattiesību uz veselības aizsardzību un veselības aprūpi aizskaršana. Kā jau iepriekš minēts, tā ir pieļaujama, bet ierobežojumam ir jābūt absolūti nepieciešamam, zinātniski pamatotam un samērīgam. Ierobežojumus drīkst noteikt, ievērojot Satversmes 116. pantā un Biomedicīnas konvencijas 26. pantā noteikto pamattiesību ierobežošanas kārtību.

Kā jau iepriekš norādīts, Epidemioloģiskās drošības likuma 3. panta otrajā daļā un likuma "Par ārkārtējo situāciju un izņēmuma stāvokli" normās ir dots pilnvarojums Ministru kabinetam noteikt epidemioloģiskās drošības pasākumus, kas nepieciešami infekcijas slimību izplatības ierobežošanai. Tātad Ministru kabinetam ir tiesības aizliegt vai ierobežot ambulatoros un stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus, ja šādi ierobežojumi ir būtiski epidemioloģiskai drošībai, proti, tie ir zinātniski pamatoti, nav iespējami mazāk ierobežojoši līdzekļi (piemēram, pakalpojumu sniegšana veidā, kur infekciju izplatības iespēja riski tiek pietiekami kontrolēti) un ar ierobežojumiem radītais risks cilvēku veselībai ir mazāks kā risks, kas rastos, nesaņemot nepieciešamos pakalpojumus.

Jāuzsver, ka veselības aprūpes pakalpojumu nesaņemšana vai nesaņemšana laikus parasti rada risku personas veselībai. Tā piemēram, nesen publicētā pētījumā, kurā tika apkopoti dati par to kā novēlota ārstēšana ietekmē septiņu vēža veidu (urīnpūslis, krūts, resnās zarnas, taisnās zarnas, plaušu, dzemdes kakla un galvas un kakla vēzis) un trīs ārstēšanas veidu (operācija, sistēmiskā ārstēšana un staru terapija) rezultātus, secināts, ka četru nedēļu ārstēšanas kavēšanās ir saistīta ar paaugstinātu mirstību. Vēl lielāka mirstība ir novērota, ja kavēšanās tiek pieļauta ilgāk (Hanna et al. 2020). Tāpēc ikvienā gadījumā, ierobežojot veselības aprūpes pakalpojumu, ir jāizvērtē to nepieejamības ietekme uz personu veselības aizsardzības tiesībām.

Analizējot Ministru kabineta izvēlēto risinājumu veselības aprūpes pakalpojumu ierobežošanai 2020. gada martā, jānorāda sekojošais:

1) Ministru kabinets 2020. gada 24. martā izdeva rīkojumu, kā rīkojuma Nr. 103 grozījumus, iekļaujot tajā 2¹. punktu, kas paredzēja tiesības veselības ministram: a) ierobežot veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu; b) ierobežot ārstniecības personas tiesības sniegt veselības aprūpes pakalpojumus vairākās ārstniecības iestādēs. Rīkojumā bija noteikts, ka ierobežojumus var noteikt atbilstoši epidemioloģiskās situācijas attīstībai, izvērtējot riskus un vienojoties ar ārstniecības jomas pārstāvjiem.

2) Ministru kabinets kā likumā pilnvarota institūcija nekādus ierobežojumus veselības aprūpes pakalpojumiem, pacientu, ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu tiesībām nenoteica.

Secināms, ka ar minēto rīkojumu, Ministru kabinets deleģēja pamattiesību ierobežošanas tiesības veselības ministram (pārdeleģēšana).

Latvijas tiesību sistēmā ministriem, arī veselības, nav dotas tiesības ne ierobežot pacientu pamattiesības, ne noteikt ārstniecības iestādēm un ārstniecības personām aizliegumu sniegt pacientiem nepieciešamos pakalpojumus. Satversmes tiesas praksē ir viennozīmīgi nostiprināts, ka Satversmes 116. pantā noteiktais pamattiesību ierobežošanas mehānisms pieļauj pamattiesību ierobežošanu tikai ar pienācīgā kārtā izdotām likuma normām. Vērtējot, vai veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas un saņemšanas ierobežojums tika noteikts ar likumu, kas bija pieņemts, ievērojot normatīvos aktos paredzēto kārtību, jāsecina, ka šis nosacījums tika pārkāpts.

Pirmkārt, pamattiesību ierobežošana, pārdeleģējot Ministru kabineta funkciju veselības ministram, tiesību aktos nav paredzēta. Kā norāda zvērināts advokāts E.Pastars viedoklī žurnālam “Jurista vārds”, iespējamība mainīt tiesību normas un paredzēt, ka ministrs drīkst izdot saistošus noteikumus, pirms vairākiem gadiem ir apspriesta, bet tiesību aktos nav nostiprināta⁶⁸. Tāpēc secināms, ka Ministru kabineta rīcībai nav konstitucionāla pamata.

Otrkārt, veselības ministram nav tiesību izdot likuma normas un tāpēc arī nav tiesību ierobežot pamattiesības.

⁶⁸ Pastars E. Normatīvo aktu ar likuma spēku izdošana ārkārtējos apstākļos nav atrisināta. Jurista vārds, NR. 18 (1128), 5.05.2020, Pieejams: <https://juristavards.lv/doc/276527-normativo-aktu-ar-likuma-speku-izdosana-arkartejos-apstaklos-nav-atrisinata/> [skatīts 12.09.2020.]

7.5. Ārstniecības iestāžu loma pamattiesību ierobežošanā

Pētījuma dati, konkrēti Latvijas ārstniecības iestāžu sniegtā informācija pacientiem par dažādiem ierobežojumiem pandēmijas laikā un pandēmijas dēļ, liecina, ka ārstniecības iestādes ieviesa dažādus pacientu tiesību ierobežojumus, izdodot iekšējas tiesību normas. Piemēram, tāds bija ierobežojums pacientiem saņemt un lietot privātas mantas, tajā skaitā telefonus intensīvās terapijas palātās, ierobežojums sievietes atbalsta personai piedalīties dzemdībās un citi pasākumi.

Jānorāda, ka ārstniecības iestādēm ir pienākums ievērot tiesību aktos noteiktos pienākumus, tajā skaitā, pacientu tiesību jomā. Tās nav tiesīgas izdot tādas iekšējo tiesību normas, kas nosaka vai var novest pie Satversmē vai likumos noteikto pacientu tiesību ierobežošanas un aizskaršanas, piemēram, cilvēka cieņas, pašnoteikšanās tiesību vai tiesību uz veselības aizsardzību jomā. Slimnīcām, tāpat kā ikvienai ārstniecības iestādei, ir pienākums pildīt visus tos pienākumus, kurus paredz pacientu tiesības reglamentējošās normas. Ierobežojumus slimnīcas drīkst piemērot tikai tad, ja tādi ir noteikti ar ārējām tiesību normām un tikai veidā, kas tiesību normā ir paredzēts (Olsena, 2020)

Tāpēc secināms, ka daļa no ārstniecības iestāžu noteiktajiem ierobežojumiem nebija tiesiski pamatoti, bet bija patvaļīgi. Tie ierobežoja personu tiesības saņemt kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus, ierobežoja pieejamību un pieņemamību.

7.6. Eiropas Savienības (ES) tiesību piemērošana ES pārrobežu pacientu Covid-19 diagnostikas un ārstēšanas nodrošināšanā

Pētījuma norises laikā pētnieki Latvijā satika gan citu Eiropas valstu pilsoņus Latvijā, gan Latvijas pilsoņus, kas ir citu ES valstu rezidenti, kā Latvijā un tā ārpus tās. Intervijās ar šiem cilvēkiem par viņus iespējām saņemt testēšanu un ārstēšanu Covid-19 un hroniskas saslimšanas gadījumā iegūtie dati lika pētniekiem pievērsties arī ES tiesību aktu izpētei pārrobežu gadījumos. Šī pētījuma daļas mērķis bija pētīt ES pārrobežu pacientu tiesību regulējumu un tā piemērošanu Covid-19 pandēmijas apstākļos.

Eiropas Savienības primāro tiesību ietvars. Pārrobežu pacientu tiesības nosaka Līguma par Eiropas Savienības darbību 45. panta normas, kas paredz:

1. Savienībā nodrošina darba ņēmēju pārvietošanās brīvību.

2. Pārvietošanās brīvība nozīmē to, ka likvidē jebkādu dalībvalstu darba ņēmēju diskrimināciju pilsonības dēļ attiecībā uz nodarbinātību, darba samaksu un citiem darba un nodarbinātības nosacījumiem.

3. Tā nozīmē turpmāk norādītās tiesības, ko var ierobežot, vienīgi pamatojoties uz sabiedriskās kārtības, valsts drošības vai sabiedrības veselības apsvērumiem:

- a) tiesības pieņemt faktiskos darba piedāvājumus;
- b) tiesības šajā nolūkā brīvi pārvietoties dalībvalstu teritorijā;
- c) tiesības darba nolūkos uzturēties kādā dalībvalstī saskaņā ar normatīviem un administratīviem aktiem, kas reglamentē šīs valsts pilsoņu nodarbinātību;
- d) tiesības palikt kādā dalībvalstī pēc tam, kad darba attiecības šajā valstī beigušās, atbilstīgi nosacījumiem, kas ietverti regulās, kuras izstrādās Komisija.

Līguma 45. panta pirmās daļā norma precīzi norāda, ka citu ES valstu pilsoņiem piemīt brīvības tiesības kā darba ņēmējam pārvietoties ES teritorijā, ka ES pilsonim nedrīkst piemērot kādus diskriminējošus ierobežojumus pilsonības dēļ. Savukārt panta trešās daļa norma nosaka, ka izņēmumi personu pārvietošanās brīvībai ES ir pieļaujami, ja tādi nepieciešami sabiedrības veselības aizsardzības nolūkos.

Veselības aizsardzības ietvars Eiropas Savienībā ir noteikts Līguma par Eiropas Savienības darbību, 168. pantā sekojoši:

1. Nosakot un īstenojot visu Savienības politiku un darbības, ir jānodrošina augsts cilvēku veselības aizsardzības līmenis.

Savienības rīcība papildina dalībvalstu politiku un ir vērsta uz to, lai uzlabotu sabiedrības veselību, veiktu slimību profilaksi un novērstu draudus fiziskajai un garīgajai veselībai. Šāda rīcība ir arī cīņa pret slimībām, kas visvairāk apdraud veselību, veicinot pētījumus par to cēloņiem, izplatīšanos un profilaksi, kā arī informēšanu un izglītošanu veselības jautājumos, un nopietnu pārrobežu veselības apdraudējumu pārraudzība, laicīga brīdināšana par tiem un šo draudu apkarošana.

2. Savienība veicina dalībvalstu sadarbību šajā pantā minētajās jomās, vajadzības gadījumā atbalstot to rīcību. Tā jo īpaši veicina dalībvalstu sadarbību [..]

ES tiesību normās un tiesību doktrīnā ir skaidri nostiprināts, ka veselības aprūpe ir katras dalībvalsts autonoma kompetence, bet Savienības tiesības un rīcība to papildina ar mērķi uzlabot sabiedrības veselību, veikt slimību profilaksi un novērstu draudus veselībai. Covid-19 nenoliedzami rada draudus cilvēku veselībai, tāpēc ES var veikt darbības, kas ir tās tiešā kompetencē, kā arī papildināt dalībvalstu veselības aprūpes politiku Covid-19 jomā.

Piemērojamas ir arī Eiropas Savienības Pamattiesību hartas normas:

15. pants

2. Katrs Savienības pilsonis var brīvi meklēt darbu, strādāt, izmantot tiesības veikt uzņēmējdarbību un sniegt dažādus pakalpojumus jebkurā dalībvalstī.

20. pants

Visas personas ir vienlīdzīgas likuma priekšā.

21. pants

2. Ievērojot Līgumu piemērošanas jomu un neskarot tajos paredzētos īpašos noteikumus, ir aizliegta jebkāda diskriminācija pilsonības dēļ

35. pants

Ikvienai personai ir tiesības uz profilaktisko veselības aprūpi un ārstniecību saskaņā ar nosacījumiem, kuri paredzēti valstu tiesību aktos un praksē. Nosakot un īstenojot visu Savienības politiku un darbības, ir jānodrošina augsts cilvēku veselības aizsardzības līmenis.

Sīkāk ES pārrobežu aprūpi reglamentē Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva 2011/24/ES (2011. gada 9. marts) par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē un Regula Nr. 883/2004, kā arī Regula Nr. 1408/71 (1971. gada 14. jūnijs) par sociālā nodrošinājuma sistēmu piemērošanu darbiniekiem, pašnodarbinātām personām un viņu ģimenēm, kas pārvietojas Kopienā.

Direktīvas 2011/24/ES 1. pants nosaka, ka *šajā direktīvā paredzēto noteikumu mērķis ir uzlabot piekļuvi drošai un kvalitatīvai pārrobežu veselības aprūpei un veicināt dalībvalstu sadarbību veselības aprūpes jomā, pilnībā ievērojot valstu kompetenci veselības aprūpes organizēšanā un sniegšanā*. Savukārt tās 2. pants paredz: *“Šī direktīva attiecas uz pacientiem sniegtu veselības aprūpi neatkarīgi no veida, kā tā ir organizēta, sniegta vai finansēta”*. Minētās normas ļauj secināt, ka Direktīva paredz nodrošināt labāku piekļuvi un kvalitatīvu aprūpi Covid-19 un citiem ārstniecības pakalpojumiem, gadījumos, ja ES pilsonis atrodas citā ES dalībvalstī.

Savukārt Direktīvas 4. pants 1. daļa paredz:

1. Ņemot vērā universāluma, piekļuves kvalitatīvai veselības aprūpei, taisnīguma un solidaritātes principus, pārrobežu veselības aprūpi sniedz saskaņā ar:

- a) ārstniecības dalībvalsts tiesību aktiem;*
- b) ārstniecības dalībvalsts noteiktajiem kvalitātes un drošības standartiem un pamatnostādņēm; un*
- c) Savienības tiesību aktiem drošības standartu jomā.*

Šī norma nosaka, ka ES pārrobežu pacientiem ir tiesības saņemt tādu veselības aprūpes pakalpojumu, kas ir noteikts ārstniecības valsts tiesību aktos, atbilst šajā valstī noteiktajiem standartiem, bet ievēro ES tiesību aktus drošības jomā.

Direktīvas 4. panta otrās daļas norma nosaka:

2. *Ārstniecības dalībvalsts nodrošina, ka:*

a) *pacienti no 6. pantā minētā valsts kontaktpunkta pēc pieprasījuma saņem [...] atbilstīgu informāciju par standartiem un pamatnostādņēm, tostarp noteikumus par veselības aprūpes sniedzēju pārraudzību un izvērtēšanu [...];*

b) *veselības aprūpes sniedzēji nodrošina katram pacientam būtisku informāciju, tostarp par ārstēšanas iespējām, lai palīdzētu veikt informētu izvēli par ārstniecības dalībvalstī sniegtās veselības aprūpes pieejamību, kvalitāti un drošību [...].*

Bet Direktīvas 6. pants, kas reglamentē nacionālo kontaktpunktu darbību, paredz pacienta tiesības saņemt informāciju par tiesībām saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, atrodoties citā ES dalībvalstī. Sestā panta 3.daļa paredz: *“Lai pacienti varētu izmantot savas tiesības attiecībā uz pārrobežu veselības aprūpi, ārstniecības dalībvalsts kontaktpunkti sniedz viņiem informāciju par veselības aprūpes sniedzējiem, tostarp pēc pieprasījuma sniedz informāciju par konkrēta sniedzēja tiesībām sniegt pakalpojumus vai viņa darbības ierobežojumiem [...].”*

Minētās Direktīvas normas paredz, ka pārrobežu pacientiem no nacionālā kontaktpunkta un no ārstniecības iestādēm ir jāsaņem informācija par viņu tiesību īstenošanas, tajā skaitā attiecībā uz Covid-19 ārstēšanu, iespējām. Savukārt katrai Dalībvalstij ir jānodrošina, ka tās nacionālais kontaktpunkts sniedz informāciju pacientiem, kas nepieciešama, lai viņi, atrodoties citā dalībvalstī vai plānojot uz to doties, varētu vienkārši saņemt informāciju par ārstēšanas, arī Covid-19 gadījumā, iespējām. Pārbaudot informāciju, kuru sniedz Latvijas Nacionālais veselības dienests pārrobežu pacientiem, ir jāsecina, ka attiecībā uz Covid-19 testēšanu un ārstēšanu, informācijas faktiski nav. Ir tikai informācija, kas vispārīgi raksturo pārrobežu pacientu tiesības un Latvijas veselības aprūpes sistēmu.

Atsevišķi ir jāapskata nosacījumi, kas ietverti Direktīva 2004/38/EK par Savienības pilsoņu un viņu ģimenes locekļu tiesībām brīvi pārvietoties un uzturēties dalībvalstu teritorijā, 29. pantā par nosacījumiem brīvas pārvietošanās kustības ierobežošanai gadījumos, ja nepieciešams aizsargāt sabiedrības veselību. 29. panta pirmā daļa paredz:

1. *Vienīgās slimības, ar ko attaisno pārvietošanās brīvības ierobežojumus, ir potenciāli epidēmiskas slimības, kā definēts Pasaules Veselības organizācijas attiecīgajos dokumentos,*

un citas infekcijas slimības vai lipīgas parazitārās slimības, ja saistībā ar tām ir noteikti aizsardzības pasākumi, kas attiecas uz uzņēmējas dalībvalsts valstspiederīgajiem.

Tā kā Covid-19 pandēmiju ir izsludinājusi Pasaules Veselības organizācija, ir pamatojums pārvietošanās brīvības ierobežojumiem, ja saistībā ar šo infekcijas slimību ir vajadzīgi kādi aizsardzības pasākumi uzņēmējas dalībvalsts, šajā gadījumā Latvijas, valstspiederīgajiem un ES pilsoņiem, kas īsteno pārvietošanās brīvības tiesības.

Tomēr jānorāda, ka ierobežojumiem Direktīvas 29. panta trešajā daļā ir noteikts saturs. Tā ir sekojoša:

3. Ja ir būtiskas pazīmes, kas liecina, ka tas ir vajadzīgs, dalībvalstis trīs mēnešu laikā no ieceļošanas dienas drīkst pieprasīt personām, kas ir tiesīgas izmantot uzturēšanās tiesības, iziet ārsta apskati bez maksas, lai apstiprinātu, ka tās neslimo ar 1. punktā minētajām slimībām. Šādas ārsta apskates nedrīkst pieprasīt regulāri.

Tātad ES tiesību normas paredz, ka gadījumos, ja kāda ES dalībvalsts ierobežo pārvietošanās brīvību pandēmijas dēļ, tā ir tiesīga pieprasīt ieceļojošajiem ES pilsoņiem, kuri ir tiesīgi izmantot uzturēšanās tiesības, veikt ārsta apskati un Covid-19 testēšanu. Tas ļauj pārliecināties vai ieceļojošais ES pilsonis neslimo ar slimību, kuras dēļ ir noteikti ieceļošanas ierobežojumi un tādējādi nerada kādu risku sabiedrības veselībai. Normā arī norādīts, ka ārsta apskatei un testēšanai ir jābūt bez maksas. Jāatzīmē, ka Latvijā nosacījums, ka ieceļojošajiem ES pilsoņiem, tostarp Latvijas pilsoņiem, kuri ieceļo no citām ES valstīm Covid-19 testus veic bez maksas, nav paredzēts. Tāpēc pastāv risks šo personu tiesību aizskaršanai, pieprasot maksu par izmeklējumiem, kuriem saskaņā ar Direktīvā noteikto, ir jābūt bezmaksas.

Iepriekš analizētās tiesību normas ļauj secināt, ka ES tiesību normas paredz ES pārrobežu pacientu tiesības saņemt Covid-19 testēšanu un ārstēšanu citā ES dalībvalstī saskaņā ar tādiem pašiem noteikumiem, kā tos saņem konkrētās ES valsts rezidenti. Norēķinus par šiem pakalpojumiem ES valstis veic Direktīvā 2011/24/ES un Regulā (EK) Nr. 883/2004. Īslaicīgajiem ES pilsoņiem, uzturoties citā dalībvalstī, būtu jāsaņem Covid-19 testēšana un ārstēšana saskaņā ar Eiropas veselības apdrošināšanas kartē paredzēto kārtību.

ES tiesību normas nosaka, ka ES dalībvalstij ir tiesības ierobežot personu brīvu kustību ES valstu ietvaros sabiedrības veselības aizsardzības nolūkā epidēmijas un pandēmijas apstākļos. ES dalībvalstīm nav tiesību to aizliegt. ES dalībvalsts, kurā ieceļo citas ES pilsonis, drīkst pieprasīt personām iziet bezmaksas ārsta apskati (arī testēšanu) bez maksas, lai apstiprinātu, ka tās neslimo ar Covid-19.

Izpētītie dokumenti liecina, ka un Latvija ir ieviesušas tādus ierobežojumus, kas nenodrošina ES pārrobežu pacientu tiesības, kā arī tādus, kas neievēro brīvas pārvietošanās tiesības ES ietvaros pandēmijas apstākļos.

7.2.7. Tiesību aizsardzības līdzekļi ārkārtējās situācijas dēļ noteikto tiesību aizsardzībai

Sens latīņu princips - *ubi ius ibi remedium* - vēstī, ka tur, kur ir tiesības, jābūt arī tiesību aizsardzības līdzeklim, lai šīs tiesības aizsargātu. Valsts pienākums nodrošināt efektīvus aizsardzības līdzekļus ir ticis atzīts, visupirms, starptautiskā līmenī, pieņemot vairākus pamattiesību dokumentus, kas uzliek valstīm par pienākumu nodrošināt pamattiesības, kas nav iespējams bez efektīva tiesību aizsardzības līdzekļa. Šāda prasība izriet kā no Vispārējās Cilvēktiesību deklarācijas⁶⁹, Starptautiskā pakta par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām⁷⁰, Starptautiskās konvencijas par jebkuras rasu diskriminācijas izpaušanu⁷¹, Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas⁷², kā arī Eiropas Savienības Pamattiesību hartas⁷³. Latvijā pienākums nodrošināt efektīvus tiesību aizsardzības līdzekļus tiesību aizskāruma gadījumā citstarp izriet no Latvijas Republikas Satversmes 92.panta trešā teikuma, kas noteic, ka “Nepamatota tiesību aizskāruma gadījumā ikvienam ir tiesības uz atbilstīgu atlīdzinājumu”. Vārdi “atbilstīgs atlīdzinājums” pieprasa efektīvu personas tiesību aizsardzību šo tiesību aizskāruma gadījumā. Tas ietver arī tiesību pārkāpuma dēļ radušos zaudējumus un nemantiskā kaitējuma atlīdzināšanu (Satversmes tiesas 2012. gada 6. jūnija sprieduma lietā Nr. 2011-21-01 6. punkts)⁷⁴

Tiesību aizsardzības līdzekļu būtība atspoguļojas jau šī jēdziena nosaukumā – aizsargāt tiesības, tādējādi nodrošinot tiesību esību. Tiesības uz tiesību aizsardzības līdzekli ir personas subjektīvās tiesības. Ja reiz personai piemīt subjektīvas tiesības, tad tiesību aizsardzības līdzeklim ir jābūt nodrošinātam arī gadījumos, kad valsts aizskar šīs tiesības neatkarīgi no tā, vai tās tiek aizskartas, izpildot izpildvarai, likumdošanas varai vai tiesu varai raksturīgas funkcijas, tostarp ārkārtas situācijas laikā. Tiesību aizsardzības līdzekļiem ir būtiska un pat

⁶⁹ Vispārējās Cilvēktiesību deklarācijas 8. pants. Pieejama: <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

⁷⁰ Starptautiskā pakta par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām 2. panta trešās daļas “a” punkts. Latvijas Vēstnesis, Nr. 61 (2826), 23.04.2003

⁷¹ Starptautiskās konvencijas par jebkuras rasu diskriminācijas izpaušanu 6. pants. Pieejama: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cerd.aspx>

⁷² Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 13. pants. Latvijas Vēstnesis, Nr. 143/144 (858/859), 13.06.1997

⁷³ Eiropas Savienības pamattiesību hartas 47. panta pirmo daļu. Pieejama: <https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/LV/TXT/?uri=CELEX%3A12012P%2FTXT>

⁷⁴ LR Satversmes tiesas 2012. gada 6. jūnija sprieduma lietā Nr. 2011-21-01 6. punktu

izšķirīga nozīme efektīvas tiesību aizsardzības sistēmas nodrošināšanā. Ja nav nodrošināti tiesību aizsardzības līdzekļi, tiesību aizsardzības sistēmu nav iespējams atzīt par efektīvu. Tajā pašā laikā maldīgi uzskatīt, ka tikai ar tiesību aizsardzības līdzekļiem ir iespējams nodrošināt efektīvu tiesību aizsardzības sistēmu. Efektīva tiesību aizsardzības sistēma nav iedomājama arī bez objektīvo tiesību aizsardzības (Priekulis, 2020).

Kā jau iepriekš norādīts, ārkārtas situācijas laikā tika pieņemta virkne normatīvo tiesību aktu – kā ārēji normatīvie tiesību akti, tā arī iekšējie normatīvie tiesību akti. Līdz ar Ministru kabineta rīkojumu Nr.103, tika noteikti tiesību ierobežojumi un pienākumi, tostarp, ierobežojot noteiktas ārstniecības iestāžu un personu tiesības, kam bija pienākums pārtraukt veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu konkrētā laika posmā. Veselības ministrs rīkojumu Nr. 59 noteica būtiskus veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas un sniegšanas ierobežojumus ārkārtējās situācijas laikā, pārtraucot veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.

Ievērojot apstākli, ka veselības ministram faktiskajos apstākļos nebija tiesību izdot likuma normas, ierobežojot pacientu tiesības, kā arī noteikt ārstniecības iestādēm un ārstniecības personām aizliegumu sniegt pacientiem nepieciešamos pakalpojumus, kā jau iepriekš norādīts, šāda pamattiesību ierobežošanas tiesību pārdeleģēšana Veselības ministram ir atzīstama par neatbilstošu Satversmē noteiktajai kārtībai pamattiesībuierobežošanai un tādēļ apstrīdamu.

Liedzot veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, tika nepamatoti ierobežotas noteiktu personu Satversmē nostiprinātās tiesības uz īpašumu. Satversmes 105. panta pirmais teikums aizsargā personas likumīgi iegūto īpašumu, tomēr otrais un trešais teikums atļauj valstij ar likumu ierobežot īpašuma tiesības sabiedrības interesēs (sk. Satversmes tiesas 2015. gada 8.aprīļa spriedumu lietā Nr.2014-34-01 12.3. punktu). Tostarp, Satversmes tiesa ir atzinusi, ka tiesību uz īpašumu tvērumā ietilpst personas tiesības veikt komercdarbību (sk. Satversmes tiesas 2020. gada 12. februāra spriedums lietā Nr.2019-05-01 17.1.punktu). Tādējādi tiesības veikt noteikta veida komercdarbību ietilpst Satversmes 105. panta tvērumā. Līdz ar to jebkura iejaukšanās komercdarbībā, var tikt uzskatīta par tiesību uz īpašumu ierobežojumu, tādā gadījumā ierobežojumam būtu jāizpaužas kā konkrētai negatīvai ietekmei, kas radusies apstrīdētās normas piemērošanas rezultātā (Satversmes tiesas 2020. gada 11. decembra spriedums lietā Nr. 2020-26-0106)⁷⁵. Līdz ar to ārstniecības iestādēm un personām, kam veselības pakalpojumu sniegšana šajā ārkārtas situācijā bija jāpārtrauc, faktiskajos apstākļos būtu bijušas tiesības vērsties tiesā un prasīt savu tiesību aizsardzību.

⁷⁵ LR Satversmes tiesas 2020.gada 11.decembra spriedums lietā Nr.2020-26-0106

Veselības ministra rīkojuma juridiskā daba neietilpst Satversmes tiesas kompetencē, ņemot vērā, ka ministra rīkojums ir atzīstams par iekšēju normatīvo aktu - tiesību aktu, kuru publisko tiesību subjekts izdevis ar mērķi noteikt savas vai sev padotas institūcijas iekšējās darbības kārtību vai izskaidrot kāda ārējā normatīvā akta piemērošanas kārtību savā darbības jomā. Satversmes tiesas likuma 1.panta pirmā daļa⁷⁶ noteic, ka Satversmes tiesa šajā likumā noteiktās kompetences ietvaros izskata lietas par likumu un citu normatīvo aktu atbilstību Satversmei, kā arī citas ar šo likumu tās kompetencē nodotās lietas. Tā kā veselības ministra rīkojums nav ārējs normatīvs akts, Satversmes tiesas kompetencē nav tā normu atbilstības Satversmei vērtēšana.

Par personu tiesību aizsardzību ārkārtējās situācijas apstākļos ir lēmusi arī Augstākā tiesa. Kā norādīts Augstākās tiesas Administratīvo lietu departamenta lēmumā⁷⁷, Ministru kabineta rīkojums Nr.103 pēc savas juridiskās dabas ietver gan politiskus aicinājumus, gan valsts pārvaldes iekšējus lēmumus, gan vispārīgos administratīvos aktus. Tādēļ, balstoties uz Augstākās tiesas Senāta lēmumā izvirzīto secinājumu, persona ir tiesīga apstrīdēt un pārsūdzēt rīkojumu tikai daļā, kas satur vispārīgo administratīvo aktu. Turklāt arī vispārīgo administratīvo aktu persona var apstrīdēt un pārsūdzēt tikai tad, ja persona atrodas to personu lokā, uz kuru attiecas ar vispārīgo administratīvo aktu uzliktais pienākums vai ierobežojums.

Gadījumos, kad ir jāneregulē liels individuālu gadījumu skaits, kad adresāti akta izdošanas laikā ir grūti identificējami vai pat vispār nav nosakāmi, tiek izdots vispārīgais administratīvais akts. Vispārīgs administratīvais akts ir tāds lēmums, kuru likumā paredzētajos gadījumos iestāde izdod attiecībā uz individuāli nenoteiktu personu loku, kas atrodas konkrētos un identificējamos apstākļos. Tulkojot iepriekš minētā lēmuma atziņas sistēmiski ar veselības ministra rīkojumā Nr. 59 ietvertajiem ierobežojumiem, ir secināms, ka ārstniecības iestādes un personas, kam bija pienākums pārtraukt pakalpojumu sniegšanu konkrētajā periodā, būtu atzīstamas par šī normatīvā tiesību akta adresātiem Administratīvā procesa likuma⁷⁸ izpratnē, kas ir pakļauti no administratīvā akta izrietošiem tiesību priekšrakstiem. Šāda vispārēja administratīvā akta personu loks aptver arī pacientus, kuru tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, pamatojoties uz izdoto vispārīgo administratīvo aktu, šajā laika posmā tika ierobežotas. Tāpēc, uzskatāms, ka pacienti būtu atzīstami par trešajām personām Administratīvā procesa likuma izpratnē un arī varētu prasīt savu tiesību aizsardzību.

⁷⁶ Satversmes tiesas likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 103, 14.06.1996.

⁷⁷ Augstākās tiesas 2020. gada 7. jūnija lēmums lietā Nr. SKA-1215/2020.

⁷⁸ Administratīvā procesa likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2001. 14.novembris, nr.164(2551).

Ja personu tiesības ir tikušas ierobežotas, pārkāpjot Satversmē noteikto pamattiesību ierobežošanas kārtību, kā arī ievērojot apstākli, ka Satversmes tiesas kompetencē ietilpst izskatīt lietas par likumu un citu normatīvo aktu atbilstību Satversmei, aizskartās personas ir tiesīgas vērsties tiesā. Pamattiesību ierobežošanas sūdzība, kas cēlusies pārdeleģējot Ministru kabineta funkciju veselības ministram, ir Satversmes tiesas kompetencē.

Ar Veselības ministra rīkojumu, kas ir iekšējais normatīvais akts, bet no privātpersonas skatupunkta tas ir vispārējs administratīvs akts, noteiktie pamattiesību ierobežojumi ir pārsūdzami administratīvajā tiesā. Papildus iepriekš minētajam, būtu jāizceļ, ka tiesības iebilst pret rīkojumā ietvertu vispārīgu administratīvo aktu, vērsties ar prasījumu tiesā, pieteicējam ir jāspēj pietiekami pamatot, ne vien norādot uzliktā pienākuma pārmērīgumu vai neatbilstību, bet to konkretizējot. Attiecīgi personai ir jānorāda gan konkrēts ar rīkojumu uzlikts pienākums, gan tas, kā izpaudās šā pienākuma nesamērīgums, kā tas nesamērīgi ierobežoja konkrētās personas (pieteicēja) tiesības. Minētā prasījuma izvirzīšanai nepietiek ar nekonkrētu un vispārīgu argumentu norādīšanu⁷⁹.

Apstākļos, ja tiesvedība administratīvā tiesā tiktu ierosināta, tiesai, ievērojot Administratīvā procesa likuma 104. panta otrajā daļā noteikto, būtu jāskata jautājums par tiesību normas atbilstību Satversmei vai starptautisko tiesību normai (aktam). Tas ļautu lemt pieteikuma iespējamību Satversmes tiesai. Administratīvā tiesa varētu izteikt lūgumu izvērtēt Ministru kabineta deleģējuma veselības ministram atbilstību Satversmē noteiktajai pamattiesību ierobežošanas kārtībai.

Secinājumi

Ir pamats uzskatīt, ka valsts pienākumu nodrošināt tiesību uz veselības aizsardzību un veselības aprūpi īstenošanu, garantējot veselības aprūpes pakalpojumu pieklūstamību, pieejamību, pieņemamību un kvalitāti varēja īstenot ar mazākiem ierobežojumiem. Covid-19 pandēmijas dinamika, salīdzinot ar citu iespējamu dabas katastrofu situācijām, bija salīdzinoši lēna. Zemais saslimušo skaits 2020. gada vasaras periodā deva laiku, lai organizētu likumdošanas pasākumus, kas nepieciešami kvalitatīva tiesiskā regulējuma izstrādei.

Veselības aprūpes organizēšanai ārkārtas situācijas apstākļos tika izdoti gan ārējie tiesību akti, gan iekšējie tiesību akti, tajā skaitā vispārīgie administratīvie akti. Pētījuma ietvaros izpētītie avoti liecina, ka tiesību aktu izdošanā un piemērošanā Satversmē noteiktais

⁷⁹ Augstākās tiesas 2020. gada 7. jūnija lēmums lietā Nr. SKA-1215/2020.

likumdošanas process netika ievērots nepieciešamā apmērā. Veselības ministrijai kā tiesību normu projektu izstrādātājai un Ministru kabinetam kā tiesību normu izdevējam bija jāievēro, ka pamattiesību ierobežojumiem ir jābūt mērķtiecīgiem, labi pamatotiem un samērīgiem. Savukārt ministriju padotības iestādēm bija jānodrošina esošo un jauno tiesību normu piemērošana saskaņā ar normas mērķi un jēgu, tā, lai pēc iespējas efektīvāk sasniegtu nepieciešamo rezultātu, vienlaikus garantējot privātpersonas tiesību aizsardzību.

Tiesību ierobežojumus, arī pacientu pamattiesību jomā, noteica arī ārstniecības iestādes, izdodot iekšējus rīkojumus. Ir pamats norādīt, ka ārstniecības iestādēm nav tiesību ierobežot ārējos tiesību aktos noteiktās pacientu tiesības. Ārstniecības iestādēm ir pienākums nodrošināt tiesību aktos noteikto tiesību īstenošanu pēc iespējas pilnvērtīgāk un plašāk.

Pētījumā veikta tiesību aktu analīze parāda, ka ārkārtējā stāvokļa organizēšanai veselības aprūpes jomā izdoto tiesību aktu, kas norādīti šajā ziņojumā, un to izdošanai nepieciešamo dokumentu kvalitāte bija zema. Pētījumā iegūtie dati liecina, ka tiesiskais regulējums attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu un pacientu tiesību ierobežošanu, netika izdots Satversmē noteiktajā kārtībā. Ministru kabinets veica būtisku un apjomīgu pamattiesību ierobežošanas tiesību pārdeleģēšanu veselības ministram pretēji Satversmē noteiktajai kārtībai pamattiesību ierobežošanai. Savukārt veselības ministrs noteica pacientu, ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu pamattiesību ierobežojumus, izdodot iekšējus normatīvus aktus.

Lielākajai daļai tiesību ierobežošanas aktu nav atrodams pamatojums, kas norāda zinātnes vai citus pārbaudāmus avotus, kas tiesību ierobežošanai pandēmijas apstākļos, ir obligāta prasība. Zinātnes dati par jaunā vīrusa dabu un tā izplatību sākotnēji, 2020. gada martā, bija maz. Visa 2020. gada laikā strauji pieauga SARS-CoV-2 vīrusa izplatībai veltīto pētījumu un sekojošu publikāciju skaits. Tāpēc personu tiesību noteikšanai, īpaši plānojot un ieviešot vīrusa ierobežošanas pasākumus, bija iespējams jaunākos zinātniskos datus apkopot un tos izmantot. Izpētītajos tiesību aktos un to anotācijās ir vien norādīts, ka tiesību ierobežošana nepieciešama pandēmijas un epidemioloģiskās situācijas dēļ. Datu, kas norādīto epidemioloģiskās situācijas raksturojumu un zinātnisku pamatojumu izvēlētajam ierobežojošajam līdzeklim, visbiežāk trūkst.

Nav pierādījumu tam, ka, nosakot ierobežojumus, ir ticis vērtēts sasniedzamais mērķis un ierobežojumu piemērotība mērķa sasniegšanai. Nav atrodams, ka būtu veikta pārbaude attiecībā uz iespējami mazākiem ierobežojumiem, kas nodrošinātu mērķa sasniegšanu. Likumdošanas procesā ir jāpārbauda, kādi līdzekļi noteiktā mērķa sasniegšanai ir iespējami un kādi līdzekļi ir zinātniski pamatoti. Starp tiem jāizvēlas mazāk ierobežojošie un vienlaikus

efektīvie līdzekļi. Jāpārbauda, un, ja vien ir iespējams, jānosaka alternatīvi un pieejami risinājumi ierobežoto tiesību īstenošanai.

Mainoties faktiskajiem apstākļiem, piemēram, samazinoties vai palielinoties vīrusa izplatībai, ir atkārtoti jāvērtē mērķis un izvēlētā ierobežojošā līdzekļa piemērotība mērķa sasniegšanai. Vienlaikus jāapsver iespējamība ieviest citus pasākumus, kas ļauj mazināt tos riskus, kurus pamattiesību ierobežošana rada.

Lai tiesību normas būtu kvalitatīvas un tiesiski korektas, tiesību izdošanas procesā ir jānodrošina juridiska ekspertīze. Proti, kvalificētiem juristiem ir jāpārbauda, vai un kā tos priekšlikumus, kurus epidemioloģiskās drošības un Covid-19 izplatības ierobežošanai izsaka epidemiologi un citu medicīnas nozaru speciālisti, ir jāizsaka tiesību normās.

Gan ārstniecības iestādēm, gan ārstniecības personām, gan pacientiem bija iespēja izmatot tiesību aizsardzības līdzekļus aizskarto tiesību aizsardzībai. Tie varēja vērsties administratīvajā tiesā un pārsūdzēt veselības ministra rīkojumā noteiktos ierobežojumus. Nav zināms, vai kāda persona šādas tiesības ir izmantojusi. Ierobežotāka bija iespēja vērsties Satversmes tiesā, jo Satversmes tiesas kompetencē ir tikai Ministru kabineta izdotu ārējo normatīvo aktu vērtēšanas tiesības, bet veselības ministra rīkojums nav normatīvs akts. ES tiesību normas nosaka ES pārrobežu pacientu tiesības saņemt Covid-19 diagnostiku un ārstēšanu atrodoties citā ES dalībvalstī gan īslaicīgi, gan pastāvīgi, tādā pat kārtībā, kā to saņem konkrētās valsts pilsoņi un rezidenti. Lai šīs tiesības būtu iespējams īstenot, nacionālajam kontaktpunktam un ārstniecības iestādēm ir jānodrošina pārrobežu pacientiem pieejamā informācija par to tiesību īstenošanas iespējām. Norēķinus par citas ES valsts pacienta Covid-19 testēšanu un ārstēšanu ES dalībvalstis veic kārtībā, kuru nosaka ES tiesību akti.

ES dalībvalstij, gadījumos, ja tā nosaka brīvas pārvietošanās ierobežojumus pandēmijas dēļ, ir pienākums bez maksas veikt ieceļojošos ES pilsoņu testēšanu, lai tā pārliecinātos, ka netiek radīti draudi sabiedrības veselībai.

Rekomendācijas

Plānojot pandēmijas risku mazināšanai nepieciešamus ierobežojumus, laikus jāidentificē pamattiesību aizsardzības prasības un to aizskāruma riski. Katram plānotajam pamattiesību ierobežošanas līdzeklim ir jānosaka tā mērķis, jānosaka un jāievēro Satversmes normām atbilstoša kārtība ierobežošanas līdzekļa nodibināšanā. Jānodrošina, ka likumdošanas process un pamattiesību ierobežojumi tiek balstīti uz tādiem epidemiologu un citu medicīnas nozaru speciālistu savāktiem datiem, kas atspoguļo aktuālo epidemioloģisko situāciju un jaunākajās starptautiski atzītos avotos publicētās zinātnes atziņas. Lai šo izdarītu, tiesību normu sagatavošanas procesā ir jānodrošina multidisciplināra pieeja, iesaistot dažādu, attiecīgā jautājuma pilnvērtīgai izvērtēšanai nepieciešamo, nozaru speciālistus. Speciālistiem būtu jādod uzdevums rakstveidā apkopot vadošās zinātniskās atziņas par izskatāmo jautājumu un izteikt priekšlikumus tā risināšanai. Jānodrošina, ka tie speciālisti, kuri nav valsts vai pašvaldības iestāžu darbinieki, saņem atbilstošu atalgojumu par eksperta darbu.

Lai sagatavotajiem priekšlikumiem nodrošinātu juridisko kvalitāti, ir nepieciešams veikt projektu juridisko ekspertīzi, līdzīgi kā likumprojektu juridisko ekspertīzi veic Saeimas Juridiskais birojs.

Ir jāizstrādā vadlīnijas likumdošanas procesa organizēšanai ārkārtējas situācijas apstākļos, kur tiktu norādīts, kādas likumdošanas procesa stadijas ir obligātas, kuras var būt alternatīvas, vai, kad un kā ir iesaistāma sabiedrība utt.

Vienlaikus ar likumdošanas procesa norisi ir jāgatavo informatīvi materiāli tiesību piemērotājiem un sabiedrībai, kas skaidri un nepārprotami sniedz informāciju par tiesību normās noteikto prasību un ierobežojumu izpildes nepieciešamību un kārtību. Īpaši pārdomāti ir jāgatavo informācija tām sabiedrības un personu grupām, kuru tiesības tiek ierobežotas. Ierobežojot ārstniecības pakalpojumus, ir jāinformē pacienti par iespējām risināt savas veselības vajadzības citos veidos, piem., kur un kā saņemt pakalpojumus attālināti, kā rīkoties, ja rodas akūtas veselības problēmas utt.

Jānodrošina, ka personām ir pieejamā un saprotamā veidā tiek norādīta ierobežojumu apstrīdēšanas kārtība. Ir ieteicams tiesību aktu anotācijā norādīt, kas un kādā veidā kontrolēs ar tiesību aktu noteikto ierobežojumu tiesiskumu un pamatotību.

Jāizstrādā tiesiskais regulējums telemedicīnas pakalpojumu sniegšanai, ietverot minimālās prasības pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanai, pacientu drošības aizsardzībai un risku mazināšanai, nosakot šo pakalpojumu dokumentēšanas kārtību un pacientu datu aizsardzības prasības.

Jāizdara grozījumi likumā “Par prakses ārstiem”, īpaši 6. pantā, lai atceltu ierobežojumu sniegt telemedicīnas pakalpojumus ārstu praksēs.

Nacionālajam veselības dienestam un ārstniecības iestādēm ir jānodrošina informācija ES pārrobežu pacientiem par Covid-19 testēšanas un ārstēšanas iespējām, kā arī par iespēju saņemt hronisku slimību ārstēšanai nepieciešamo palīdzību un medikamentus, uzturoties Latvijā pandēmijas risku mazināšanai noteikto ierobežojumu dēļ.

Atsauces

Al-Busaidi, Z. Q. (2008). Qualitative research and its uses in health care. *Sultan Qaboos University medical journal*, 8(1), 11–19.

Aron, J., Muellbauer, J., Giattino, C., Ritchie, H. (2020). A pandemic primer on excess mortality statistics and their comparability across countries. Our World in Data, University of Oxford, 29 June 29. <https://ourworldindata.org/Covid-excess-mortality>

Banerjee, A., Pasea, L., Harris, S., Gonzalez-Izquierdo, A., Torralbo, A., Shallcross, L., Noursadeghi, M., Pillay, D., Sebire, N., Holmes, C., Pagel, C., Wong, W. K., Langenberg, C., Williams, B., Denaxas, S., & Hemingway, H. (2020). Estimating excess 1-year mortality associated with the COVID-19 pandemic according to underlying conditions and age: a population-based cohort study. *Lancet (London, England)*, 395(10238), 1715–1725. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30854-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30854-0)

Behmane, D., Dudele, A., Villerusa, A., Misins, J., Kļaviņa, K., Mozgis, D., Scarpetti, G. (2019) Latvia: Health system review. *Health Systems in Transition*. 21(4):51. [HiT-21-4-2019-eng.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/hit/2019/eng/pdf)

Bradley, E. H., Curry, L. A., & Devers, K. J. (2007). Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. *Health Services Research*. 42(4):1758-72.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Chafe, R. (2017). The value of qualitative description in health services and policy research. *Healthcare Policy*, 12(3), 12–18.

Chang, A. Y., Cullen, M. R., Harrington, R. A., & Barry, M. (2020). The impact of novel coronavirus COVID-19 on noncommunicable disease patients and health systems: a review. *Journal of internal medicine*, 10.1111/joim.13184. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/joim.13184>

Clarkson, J., Ramsay, C., Aceves, M., Brazzelli, M., Colloc, T., Dave, M. et al. (2020). Recommendations for the re-opening of dental services: a rapid review of international sources. COVID-19 Dental Services Evidence Review (CoDER) Working Group. https://aura.abdn.ac.uk/bitstream/handle/2164/14282/covid19_dental_reopening_rapid_review_07052020.pdf?sequence=1

Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2000). Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural rights: General Comment No. 14. 22nd session, Geneva.

Eftekhari Ardebili, M., Naserbakht, M., Bernstein, C., Alazmani-Noodeh, F., Hakimi, H., & Ranjbar, H. (2020). Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *American Journal of Infection Control*, S0196-6553(20)30896-8. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.10.001>

Emanuel, E. J., Wendler, D., & Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 283(20), 2701–2711.

Estrich, C. G., Mikkelsen, M., Morrissey, R., Geisinger, M. L., Ioannidou, E., Vujcic, M., & Araujo, M. W. B. (2020). Estimating COVID-19 prevalence and infection control practices among US dentists. *Journal of the American Dental Association*, 151(11), 815–824.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020a). COVID-19 infection prevention and control for primary care including general practitioner practices, dental clinics and pharmacy settings. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-primary-care-dental-pharmacies.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020b). *Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings – Fourth update*. Stockholm, ECDC. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19_4th_update.pdf

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020c). *Conducting in-action and after-action reviews of the public health response to COVID-19*. Stockholm, ECDC. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/In-Action-and-After-Action-Reviews-of-the-public-health-response-to-COVID-19.pdf>

European Commission. (2018). Institutional Paper 079. May 2018. Brussels. doi:10.2765/615631; https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip079_en.pdf

European Observatory on Health Systems and Policies. (2020). COVID-19 Health System Response Monitor. covid19healthsystem.org.

Fawaz, M., & Samaha, A. (2020). The psychosocial effects of being quarantined following exposure to COVID-19: A qualitative study of Lebanese health care workers. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(6), 560-565.

Firke, S. (2020). *Janitor: Simple tools for examining and cleaning dirty data*. R Package Version 1.2.0. <https://CRAN.R-project.org/package=janitor>

Finanšu ministrija. (2020). Par budžeta elastību. https://www.fm.gov.lv/files/valstsbudzets/Budzeta%20elastiba_Schemas_krasains_no2019g.pdf

Fu, L., Wang, B., Yuan, T., Chen, X., Ao, Y., Fitzpatrick, T., Li, P., Zhou, Y., Lin, Y. F., Duan, Q., Luo, G., Fan, S., Lu, Y., Feng, A., Zhan, Y., Liang, B., Cai, W., Zhang, L., Du, X., Li, L., ... Zou, H. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of infection*, 80(6), 656–665. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.041>

Galehdar, N., Kamran, A., Toulabi, T. et al. (2020). Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 20, 489. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02898-1>

Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417–1432.

Hanna, T. P., King, W. D., Thibodeau, S., et al. (2020). Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 371:m4087. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4087>

Innes, N. P., Frencken, J. E., & Schwendicke, F. (2016). Don't Know, Can't Do, Won't Change: Barriers to Moving Knowledge to Action in Managing the Carious Lesion. *Journal of dental research*, 95(5), 485–486. <https://doi.org/10.1177/0022034516638512>

Kim, H. J., Fay, M. P., Yu, B., Barrett, M. J., & Feuer, E. J. (2004). Comparability of segmented line regression models. *Biometrics*, 60(4), 1005–1014. <https://doi.org/10.1111/j.0006-341X.2004.00256.x>

- Kim, D., & Koo, H. (2020). Spatial Design of Polymicrobial Oral Biofilm in Its Native Disease State. *Journal of Dental Research*, 99(6), 597–603.
- Kritzer, H. M. (2010). The Nearly Forgotten Early Empirical Legal Research. In: Cane, P., & Kritzer H. M. *The Oxford Handbook of Empirical Legal Research*: Oxford, Oxford University Press, 883.
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J., Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *The Lancet Global Health*. 8(6):e790-e798. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30204-7.
- Lüdecke, D. (2020). *Data Visualization for Statistics in Social Science [R package sjPlot version 2.8.6]*. <https://CRAN.R-project.org/package=sjPlot>
- Megyessiova, S., & Lieskovska, V. (2019). Premature Mortality for Chronic Diseases in the EU Member States. *International journal of environmental research and public health*, 16(20), 4021. <https://doi.org/10.3390/ijerph16204021>
- Meng, L., Hua, F., & Bian, Z. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. *Journal of dental research*, 99(5), 481–487. <https://doi.org/10.1177/0022034520914246>
- Mitenbergs, U., Brigis, G., & Quentin, W. (2014). Healthcare financing reform in Latvia: switching from social health insurance to NHS and back? *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 118(2), 147–152.
- Morgan, D., Ino, J., Di Paolantonio, G., Murtin, F. (2020). Excess mortality: measuring the direct and indirect impact of COVID-19. Health Working Papers. OECD.
- National Health Services (NHS) (2020). COVID-19 guidance and standard operating procedure. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/04/C0282-covid-19-urgent-dental-care-sop.pdf>
- OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- OECD (2020a). *Financial Management and reporting in the wake of the COVID-19 crisis*, Newsletter to the SBO Network on Financial Management and Reporting.
- OECD/European Union. (2020b). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
- Olsena, S. (2020). Arī Covid-19 ārkārtējās situācijas laikā pacients ir cilvēks. *Latvijas Ārsts*. 5, 32.-37.
- Palmer, K., Monaco, A., Kivipelto, M., Onder, G., Maggi, S., Michel, J. P., Prieto, R., Sykara, G., & Donde, S. (2020). The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging clinical and experimental research*, 32(7), 1189–1194. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01601-4>
- Pētersone, M., Ketners, K., & Erings, I. (2019). Health financing policy reform trends: the case of Latvia. *Ad Alta: Journal of Interdisciplinary Research*, 9(2).

Presentation-Ready Data Summary and Analytic Result Tables [R package gtsummary version 1.3.5]. (2020). <https://CRAN.R-project.org/package=gtsummary>

Priekulis, J. (2020). Efektīvs tiesību aizsardzības līdzeklis pret likumu. Rīga: Latvijas Universitāte.

Richardson, S., Hirsch, J. S., Narasimhan, M., Crawford, J. M., McGinn, T., Davidson, K. W., the Northwell COVID-19 Research Consortium, Barnaby, D. P., Becker, L. B., Chelico, J. D., Cohen, S. L., Cookingham, J., Coppa, K., Diefenbach, M. A., Dominello, A. J., Duer-Hefele, J., Falzon, L., Gitlin, J., Hajizadeh, N., Harvin, T. G., ... Zanos, T. P. (2020). Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*, 323(20), 2052–2059. doi: 10.1001/jama.2020.6775.

Saeima (2020a). Likums "Par valsts apdraudējuma un tā seku novēršanas un pārvarēšanas pasākumiem sakarā ar Covid-19 izplatību". <https://likumi.lv/ta/id/313373/redakcijas-datums/2020/03/22>

Saeima (2020b). Covid-19 infekcijas izplatības seku pārvarēšanas likums. <https://likumi.lv/ta/id/315287>

Saeima (2018c). Veselības aprūpes finansēšanas likums. <https://likumi.lv/ta/id/296188/redakcijas-datums/2018/01/01>.

SDCEP (Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme) (2020). Management of Acute Dental Problems during COVID-19 Pandemic. <https://www.sdcep.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/SDCEP-MADP-COVID-19-guide-300320.pdf>

Sopule A, Andrejeva K, Aguila J, Toloza P, Brinkmane A, Senakola E, et al. 64th ORCA Congress. July 5-8, 2017, Oslo, Norway: Abstracts. *Caries Research*. 2017 Jun 1;51(4):334.

Sun, N., Wei, L., Wang, H., Wang, X., Gao, M., Hu, X., & Shi, S. (2021). Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization. *Journal of Affective Disorders*, 278, 15–22.

Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., Wang, C., Wang, Z., You, Y., Liu, S., & Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American Journal of Infection control*, 48(6), 592–598.

Tveit, A. B., Espelid, I., & Skodje, F. (1999). Restorative treatment decisions on approximal caries in Norway. *International Dental Journal*, 49(3), 165–172.

United Nations Secretary-General (2020). Transcript of UN Secretary-General's virtual press encounter to launch the Report on the Socio-Economic Impacts of COVID-19. 31 March 2020. <https://www.un.org/sg/en/content/sg/press-encounter/2020-03-31/transcript-of-un-secretary-general%E2%80%99s-virtual-press-encounter-launch-the-report-the-socio-economic-impacts-of-covid-19>

Vibhute, K. & Aynalem, F. *Legal Research Methods: Teaching Material*, 2009. <https://www.scribd.com/document/127204188/Legal-Research-Methods>

World Health Organization (2018). Noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2018. (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>, accessed 30 November 2020).

World Health Organization (2020a). World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2020.

World Health Organization (2020b). The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; 2020.

World Health Organization (2020c). Addressing human rights as a key to the COVID-19 response. 21 April 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/addressing-human-rights-as-key-to-the-covid-19-response>

World Health Organisation (2020d). Current health expenditure by financing schemes Health expenditure series. Geneva: World Health Organization. Available: Global Health Expenditure Database (who.int)

World Health Organisation (2020e). Domestic private health expenditure (% of current health expenditure) – Latvia. World Health Organization Global Health Expenditure database. Geneva: World Health Organization. Available: Global Health Expenditure Database (who.int)

Wickham, H., Averick, M., Bryan, J., Chang, W., McGowan, L. D., François, R., Grolemond, G., Hayes, A., Henry, L., Hester, J., Kuhn, M., Pedersen, T. L., Miller, E., Bache, S. M., Müller, K., Ooms, J., Robinson, D., Seidel, D. P., Spinu, V., ... Yutani, H. (2019). Welcome to the Tidyverse. *Journal of Open Source Software*, 4(43), 1686.

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194.

Yang, J., Zheng, Y., Gou, X., Pu, K., Chen, Z., Guo, Q., . . . Zhou, Y. (2020). Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*, 94, 91-95. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.017>

Pielikums nr.1. Veiktās izmaiņas veselības pakalpojumu jomā Covid-19 ārkārtējā situācijā laika posmā no 12.03.2020. līdz 09.06.2020.

Veiktās izmaiņas veselības pakalpojumu jomā laika posmā no 12.03.2020. – 09.06.2020.				
Nr	Tiesību akts	Veiktās izmaiņas veselības pakalpojumu jomā	Rīkojumi/ieteikumi, kas izdoti uz tiesību akta pamata	Veiktās izmaiņas veselības pakalpojumu jomā
Likumi				
3.	<p>Likums “Par ārkārtējo situāciju un izņēmuma stāvokli”. Pieejams: https://likumi.lv/ta/id/255713-par-arkartejo-situaciju-un-iznemuma-stavokli Stājies spēkā: 10.04.2013.</p>	<p>03.04.2020. pieņemtie grozījumi, kas stājās spēkā 18.04.2020. noteica, ka Ministru kabinetam ir tiesības, ja nepieciešams, vienu reizi pagarināt izsludināto ārkārtējo situāciju uz laiku, kas nav ilgāks par trim mēnešiem ne tikai vienu reizi. Līdz ar grozījumiem, vārdi “vienu reizi” tikuši izslēgti.</p>	<p>Ministru kabineta 2020. gada 12. marta rīkojums Nr. 103 “Par ārkārtējās situācijas izsludināšanu”.</p> <p>Pieejams: https://likumi.lv/ta/id/313191-par-arkartejas-situacijas-izsludinasanu Pieņemts: 12.03.2020. Stājies spēkā: 12.03.2020. Zaudējis spēku: 10.06.2020.</p> <p>Ministru kabineta 2020. gada 12. marta rīkojuma Nr. 103 “Par ārkārtējās situācijas izsludināšanu” grozījumi, kas pieņemti 13.03.2020., stājušies spēkā 13.03.2020.</p> <p>Ministru kabineta 2020. gada 12. marta rīkojuma Nr. 103</p>	<p>1) atļaut Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestā un stacionārās ārstniecības iestādēs strādājošām ārstniecības personām, kā arī Slimību profilakses un kontroles centrā strādājošiem epidemiologiem noteikt tādu virsstundu darba laiku, kas pārsniedz Darba likumā noteikto maksimālo virsstundu laiku, bet nepārsniedz 60 stundas nedēļā.</p> <p>2) ārstniecības iestādēm, sociālās aprūpes institūcijām un ieslodzījuma vietām ierobežot apmeklējumus iestādē trešajām personām, izņemot ar iestādes vadītāja atļauju pamatfunkciju nodrošināšanai;</p> <p>3) noteikt Veselības ministriju par atbildīgo institūciju darbību koordinācijai ārkārtējās situācijas laikā.</p> <p>Grozījumi noteic, ka personām un kontaktpersonām, kuras atgriezušās no Covid-19 skartās valsts vai teritorijas, jāveic īpaši piesardzības pasākumi, tai skaitā: jāveic pašizolēšanās dzīvesvietā (mājas karantīna) un jābūt pieejamam saziņai un sadarbībai ar ģimenes ārstu un citām ārstniecības personām. Šīs prasības neattiecas uz transporta un pasažieru pārvadājumu pakalpojumu sniedzēju darbiniekiem, kuri atgriežas no darba braucieniem un komandējumiem, ja viņiem nav novērojamas akūtas elpošanas ceļu infekcijas pazīmes un viņi nav atzīti par kontaktpersonām.</p> <p>1. Atļauts kapitālsabiedrībās, kurās Veselības ministrija ir valsts kapitāla daļu turētāja,</p>

			<p>“Par ārkārtējās situācijas izsludināšanu” grozījumi, kas pieņemti 14.03.2020., stājušies spēkā 14.03.2020.</p> <p>Ministru kabineta 2020. gada 12. marta rīkojuma Nr. 103 “Par ārkārtējās situācijas izsludināšanu” grozījumi, kas pieņemti 25.03.2020., stājušies spēkā 25.03.2020.</p>	<p>Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestā un stacionārās ārstniecības iestādēs strādājošām ārstniecības personām, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāžu personām, kuras nav ārstniecības personas, kā arī Veselības ministrijas, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta, Slimību profilakses un kontroles centra, Valsts ieņēmumu dienesta, Aizsardzības ministrijas resora un Ārlietu ministrijas ierēdņiem un darbiniekiem noteikt tādu virsstundu darba laiku, kas pārsniedz Darba likumā noteikto maksimālo virsstundu laiku, bet nepārsniedz 60 stundas nedēļā.</p> <p>1. Atbilstoši epidemioloģiskās situācijas attīstībai valstī veselības ministram ir tiesības:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. izvērtējot epidemioloģiskos riskus un vienojoties ar ārstniecības jomas pārstāvjiem, ierobežot veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu (saglabājot tos veselības aprūpes pakalpojumus, kuri ir dzīvību glābjoši un kuriem nepieciešams nodrošināt terapijas nepārtrauktību), tai skaitā ierobežot ārstniecības personas tiesības sniegt veselības aprūpes pakalpojumus vairākās ārstniecības iestādēs; 2. aizliegt zāļu vairumtirgotājiem jebkādu Latvijas tirgum paredzētu zāļu eksportu uz trešajām valstīm, kā arī to zāļu izvešanu uz Eiropas Ekonomikas zonas valstīm, kuras minētas Zāļu valsts aģentūras tīmekļvietnē publicētajā sarakstā. <p>1. Atļauts individuālās aizsardzības līdzekļus izsniegt ārstniecības</p>
--	--	--	--	--

			<p>Ministru kabineta 2020. gada 12. marta rīkojuma Nr. 103 “Par ārkārtējās situācijas izsludināšanu” grozījumi, kas pieņemti 07.04.2020., stājušies spēkā 07.04.2020.</p> <p>Veselības ministra 2020. gada 25. marta rīkojums Nr. 59 “Par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas ierobežošanu ārkārtējās situācijas laikā”.</p> <p>Pieejams: https://likumi.lv/ta/id/313481-par-veselibas-aprupes-pakalpojumu-sniegšanas-ierobezosanu-arkartejas-situacijas-laika Stājies spēkā: 27.03.2020. Zaudējis spēku: 10.06.2020.</p>	<p>iestādēm, kas nav līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu, pašvaldībām, tai skaitā pašvaldību sociālās aprūpes iestādēm un pašvaldības policijai, kā arī Iekšlietu ministrijas institūcijām. Šādā gadījumā nav jānoskaidro valsts iestāžu un atvasinātu publisku personu vai to iestāžu vajadzības.</p> <p>2. Veselības ministrijai (Veselības inspekcijai) pastiprināt dezinfekcijas līdzekļu (biocīdu) tirgus uzraudzību.</p> <p>Rīkojums pamatredakcijā noteica:</p> <p>1. Pārtraukt veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, izņemot:</p> <p>1.1. neatliekamo medicīnisko un akūto palīdzību, tai skaitā nepieciešamos izmeklējumus un konsultācijas;</p> <p>1.2. ģimenes ārsta sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus;</p> <p>1.3. vakcinācijas pakalpojumus,</p> <p>1.4. veselības aprūpes pakalpojumus mājās;</p> <p>1.5. zobārstniecības pakalpojumus akūtos un neatliekamos gadījumos;</p> <p>1.6. pakalpojumus, lai nodrošinātu terapijas nepārtrauktību</p> <p>1.7. onkoloģiskās, dzīvību glābjošas, kā arī tādas operācijas, kuru atcelšanas rezultātā var iestāties invaliditāte;</p> <p>1.8. pakalpojumus "Zaļā koridora" ietvaros;</p> <p>1.9. veselības aprūpes pakalpojumus saistībā ar šādu slimību grupu ārstēšanu –</p>
--	--	--	---	---

			<p>Veselības ministra 2020. gada 25. marta rīkojuma Nr. 59 "Par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas ierobežošanu ārkārtējās situācijas laikā" 09.04.2020. pieņemtie grozījumi, kas stājas spēkā 10.04.2020.</p>	<p>onkoloģija; HIV/AIDS; tuberkuloze; psihiatrija; lipīgās ādas slimības un seksuāli transmisīvās slimības; traumatoloģija;</p> <p>1.10. grūtnieču aprūpi;</p> <p>1.11. akūtās un subakūtās rehabilitācijas pakalpojumus</p> <p>2. Pacientiem ar hroniskām saslimšanām pēc iespējas pakalpojumus sniegt attālināti;</p> <p>3. Noteiktus veselības aprūpes pakalpojumus iespēju robežās nesniegt pacientiem ar respiratoru elpceļu simptomiem;</p> <p>4. Ārstniecības iestādēm līdz 2020. gada 14. aprīlim neveikt pacientu pierakstu plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai.</p> <p>5. Veselības inspekcijai veikt rīkojumā noteikto prasību ievērošanas uzraudzību.</p> <p>1. Pieņemts, ka Ārstniecības iestādes līdz 2020. gada 22. aprīlim neveic pacientu pierakstu plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai.</p> <p>Termiņš pagarināts par 8 dienām.</p> <p>2. Papildināts, ka veselības aprūpes pakalpojumi tiek sniegti arī sekojošos gadījumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valsts akciju sabiedrības "Latvijas Jūras administrācija" Jūrnieku reģistra atzīta jūrnieku ārsta veiktas veselības pārbaudes, izmantojot minētās ārstniecības personas rīcībā esošas medicīniskās ierīces un nepieciešamības gadījumā attālinātās
--	--	--	--	---

			<p>Veselības ministra 2020. gada 25. marta rīkojuma Nr. 59 "Par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas ierobežošanu ārkārtējās situācijas laikā" 17.04.2020. pieņemtie grozījumi, kas stājas spēkā 18.04.2020.</p>	<p>konsultācijas ar citiem speciālistiem.</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicīniskās pārbaudes alkohola, narkotisko, psihotropo vai toksisko vielu ietekmes noteikšanai un ķīmiski-toksikoloģiskie izmeklējumus ārstnieciskā procesa nodrošināšanai". • neatliekamas ambulatori veicamas tiesu psihiatriskās un tiesu psiholoģiskās ekspertīzes pieaugušām personām". <p>Rīkojums papildināts, nosakot, ka no 2020. gada 20. aprīļa tiks sniegti šādi plānveida veselības aprūpes pakalpojumi:</p> <p>1. sekundārajā veselības aprūpē:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valsts organizētā krūts vēža skrīninga izmeklējumus (mamogrāfiju); • ar ģimenes ārsta vai ārsta speciālista nosūtījumu ehokardiogrāfijas, ultrasonogrāfijas, rentgenoloģijas, datortomogrāfijas, doplerogrāfijas, kodolmagnētiskās rezonanses, elektrokardiogrāfijas (tai skaitā Holtera monitorēšanas), veloergometrijas un elektroencefalogrāfijas izmeklējumu veikšanu; • pirmreizējas endokrinologa, kardiologa, reimatologa, pneimonologa, oftalmologa un neirologa konsultācijas;
--	--	--	---	--

			<p>Veselības ministra 2020. gada 25. marta rīkojuma Nr. 59 "Par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas ierobežošanu ārkārtējās situācijas laikā" 12.05.2020. pieņemtie grozījumi, kas stājas spēkā 13.05.2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • diabētiskās pēdas aprūpi; • zobārstniecībā: • uzsāktu zobu slimību ārstēšanas procesa un iesāktu protezēšanas darbu pabeigšanu; • ortodontisko ārstēšanu."; <ol style="list-style-type: none"> 3. noteiktos veselības aprūpes pakalpojumus ārstniecības iestādes sniedz laikā no plkst. 9:00 līdz 16:00, nodrošinot atsevišķu pacientu plūsmu, ierobežojot pacientu skaitu, kas vienlaicīgi uzturas ārstniecības iestādes telpās, un nosakot precīzu ierašanās laiku veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai. 4. Atsākot pierakstu veikšanu plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, ārstniecības iestādes iespēju robežās sākotnēji nodrošina veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu personām, kam tie tika atcelti pēc ārkārtējās situācijas izsludināšanas. 5. Ārstniecības iestādes, sniedzot veselības pakalpojumus, nodrošina IAL izmantošanu kā pacientiem, tā arī ārstniecības personām un darbiniekiem, dezinfekcijas pasākumu veikšanu pēc katra pacienta un, atbilstoši ārstniecības iestādes higiēniskā un pretepidēmiskā režīma plānam, telpu vēdināšanu, durvju rokturu un virsmu dezinfekciju.
--	--	--	---	--

			<p>Veselības ministra 2020. gada 25. marta rīkojuma Nr. 59 "Par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas ierobežošanu ārkārtējās situācijas laikā" 21.05.2020. pieņemtie grozījumi, kas stājas spēkā 22.05.2020.</p> <p><u>Veselības ministra 2020.gada 2.aprīļa rīkojums Nr. 68</u> "Par zāļu eksporta un izvešanas ierobežošanu". Pieejams: https://likumi.lv/ta/id/313668-par-zalu-eksporta-un-izvesanas-ierobezosanu Stājies spēkā: 03.04.2020. Zaudējis spēku: 05.06.2020.</p>	<p>1. Sākot ar 13.05.2020. atsākt šādus plānveida veselības pakalpojumus:</p> <p>1.1.sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē:</p> <ul style="list-style-type: none"> • speciālistu sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus; • izmeklējumus - endoskopiju, scintigrāfiju, neirogrāfiju, mamogrāfiju, miogrāfiju, osteodensitometriju; • ambulatoro rehabilitāciju, izņemot dienas stacionāra pakalpojumus; <p>1.2. dienas stacionārā:</p> <ul style="list-style-type: none"> • koronarogrāfiju, kororonāro angioplastiju, invazīvās radioloģijas pakalpojumu; • acu operācijas, kas bez ķirurģiskas iejaukšanās draud ar aklumu; • invazīvu ārstēšanu pacientiem ar sirds ritma traucējumiem; • sejas žokļu ķirurģijā; <p>1.3.sekundārajā stacionārajā veselības aprūpē:</p> <ul style="list-style-type: none"> • izgulējumu, tai skaitā komplikētu ar osteomielītu un ilgstoši nedzīstošu, hronisku ādas, mīksto audu čūlu mikroķirurģiska ārstēšanu; • acu operācijas, kas bez ķirurģiskas iejaukšanās draud ar aklumu, ja
--	--	--	--	---

				<p>nepieciešama stacionāra ārstēšana;</p> <ul style="list-style-type: none"> • invazīvu ārstēšanu pacientiem ar sirds ritma traucējumiem; • kohleāro implantāciju; • orgānu transplantāciju; • locītavu endoprotezēšanu; • zobārstniecības pakalpojumus. • no 2020. gada 20. maija dienas stacionāra pakalpojumus, kuros nevajag izmantot vispārējo anestēziju (endotraheālo anestēziju vai laringeālo masku). <p>2. noteiktus veselības aprūpes pakalpojumus ārstniecības iestādes sniedz, nodrošinot atsevišķu pacientu plūsmu, ierobežojot pacientu skaitu, kas vienlaicīgi uzturas ārstniecības iestādes telpās, un nosakot precīzu ierašanās laiku veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai.</p> <p>3. Nodrošinot noteiktus veselības aprūpes pakalpojumus, ārstniecības iestādes nodrošina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • informācijas par pacientu iegūšanu un norādīšanu medicīniskajā dokumentācijā (simptomi, ģimenes locekļu iespējami simptomi, vai bijis kontaktā ar personu, kam ir simptomi, vai bijis ārzemēs pēdējo 14 dienu laikā) <p>4. plānveida operāciju vai invazīvo manipulāciju gadījumā: pacientam, kam tiek sniegts plānveida</p>
--	--	--	--	--

				<p>veselības aprūpes pakalpojums, ir veikts Covid-19 infekcijas tests ne vēlāk kā 48 stundas pirms pakalpojuma saņemšanas un testa rezultāts ir negatīvs.</p> <p>6. pēcooperācijas palātās pacienti viens no otra atrodas vismaz 2 metru attālumā.</p> <p>7. Stacionārās ārstniecības iestādes nodrošina iespēju nepieciešamības gadījumā organizēt atsevišķu Covid-19 un akūto pacientu plūsmu.</p> <p>1. No 2020. gada 29. maija atjaunot veselības aprūpes pakalpojumus sekundārajā veselības aprūpē:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dienas stacionārā sniegtos plānveida veselības aprūpes pakalpojumus; • izmeklējumus. • no 2020. gada 3. jūnija plānveida stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus. • noteiktos veselības aprūpes pakalpojumus ārstniecības iestādes sniedz, nodrošinot atsevišķu pacientu plūsmu, ierobežojot pacientu skaitu, kas vienlaicīgi uzturas ārstniecības iestādes telpās, un nosakot precīzu ierašanās laiku veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai <p>2. ja pacientam tiek sniegts plānveida veselības aprūpes pakalpojums, lēmumu par nepieciešamību veikt testu</p>
--	--	--	--	--

				<p>uz Covid-19 infekciju pieņem ārstējošais ārsts.</p> <p>Aizliegts farmaceitiskās darbības uzņēmumiem, kas nodarbojas ar zāļu vairumtirdzniecību, veikt Zāļu valsts aģentūras tīmekļa vietnē publicētajā sarakstā minēto zāļu, kas paredzētas Latvijas tirgum, eksportu uz trešajām valstīm, kā arī to izvešanu uz Eiropas Ekonomikas zonas valstīm.</p>
--	--	--	--	--

Rīkojumi

7.	<p>Ministru kabineta rīkojums Nr. 136 “Par finanšu līdzekļu piešķiršanu no valsts budžeta programmas “Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem””.</p> <p>Pieejams: https://likumi.lv/ta/id/313515-par-finansu-lidzeklu-pieskirsanu-no-valsts-budzeta-programmas-lidzekli-neparedzetiem-gadijumiem</p> <p>Pieņemts: 27.03.2020. Stājies spēkā: 27.03.2020.</p>	<p>Veselības ministrijai piešķirts finansējums kas nepārsniedz 8 000 000 <i>euro</i>, lai nodrošinātu no 2020. gada 1. marta līdz 2020. gada 31. maijam piemaksas atbildīgo institūciju ārstniecības personām un citiem nodarbinātajiem par darbu paaugstināta riska un slodzes apstākļos saistībā ar Covid-19 uzliesmojuma un tā seku novēršanu.</p>	<p>Veselības ministra 2020.gada 31. marta rīkojums Nr.67 “Par piemaksu piešķiršanu atbildīgo institūciju ārstniecības personām un pārējiem nodarbinātajiem ārkārtējās situācijas laikā”.</p> <p>Pieejams: https://likumi.lv/ta/id/313589-par-piemaksu-pieskirsanu-atbildigo-instituciju-arstniecibas-personam-un-parejiem-nodarbinatajiem-arkartejas-situacijas</p> <p>Stājies spēkā: 01.04.2020. Pieņemts: 31.03.2020.</p>	<p>Noteiktas piemaksas ārstniecības personām un citiem nodarbinātajiem, kuri ir iesaistīti Covid-19 jautājumu risināšanā un seku novēršanā 50%, 30% un 20% apmērā noteiktos gadījumos.</p>
----	--	--	--	---

Daļēji strukturētās intervijas jautājumu protokols veselības aprūpes jomu speciālistiem	
A. PACIENTU ORGANIZĀCIJU VADĪTĀJI	
Jautājumu tēmas	Jautājumi
0. Ievada jautājumi	Kādi ir Jūsu organizācijas darbības galvenie virzieni? (Cik biedru ir organizācijā?)
1. Pacientu organizācijas darbība	1.1. Kā mainījās organizācijas darbība COVID-19 epidēmijas laikā [ārkārtējās situācijas laikā]? 1.2. Kādas bija galvenās grūtības pacientu organizācijas ikdienas darbības nodrošināšanā?
2. Komunikācija ar pacientiem un pacientu atbalsts	2.1. Kā tika nodrošināta komunikācija ar pacientiem un biedriem COVID-19 epidēmijas laikā? Kādas bija būtiskākās izmaiņas? 2.2. Kā organizācijā tika nodrošināti atbalsta pasākumi pacientiem COVID-19 epidēmijas laikā? Kādas bija būtiskākās izmaiņas?
3. Pacientu pieredze	3.1. Kāds ir Jūsu vērtējums par to, vai pacienti apzinājās savu risku saslimt ar COVID-19? Kā viņi paši šo risku vērtēja? 3.2. Kādas pacientu reakcijas uz COVID-19 epidēmiju Jūs novērojāt? 3.3. Kādas bija pacientu biežāk minētās problēmas COVID-19 epidēmijas laikā?
4. Pakalpojumu saņemšana un ārstēšana	4.1. Kā COVID-19 epidēmija ietekmēja pacientu iespēju saņemt veselības aprūpes pakalpojumus? 4.2. Vai Jums ir zināmi kādi inovatīvi vai radoši risinājumi pakalpojumu saņemšanai? Ja jā, kādi tie bija? 4.3. Vai COVID-19 epidēmijas laikā mainījās pieejamība medikamentiem un medicīnas ierīcēm? Ja jā, kā pieejamības problēma tika risināta?
5. Ārējais atbalsts organizācijai	5.1. Kāds ārējais atbalsts organizācijai palīdzēja sekmīgi darboties COVID-19 epidēmijas laikā? 5.2. Kāda nozīme COVID-19 epidēmijas izraisītās krīzes apstākļos bija atbalstam no valsts un pašvaldību puses ?
6. Nobeiguma jautājumi	6.1. Kādas ir galvenās atziņas par COVID-19 epidēmijas laikā gūto pieredzi? 6.2. Vai ir kādas COVID-19 epidēmijas laikā ieviestas darbības izmaiņas organizācijas vadībā, kas tiks saglabātas turpmāk?
<i>Publikācija/as, kas izmantotas protokola izveidē:</i>	Michaud K, Wipfler K, Shaw Y, et al. Experiences of Patients With Rheumatic Diseases in the United States During Early Days of the COVID-19 Pandemic. <i>ACR Open Rheumatol.</i> 2020;2(6):335-343. doi:10.1002/acr.2.11148 Schinköthe T, Gabri MR, Mitterer M, et al. A Web- and App-Based Connected Care Solution for COVID-19 In- and Outpatient Care: Qualitative Study and Application Development. <i>JMIR Public Health Surveill.</i> 2020;6(2):e19033. Published 2020 Jun 1. doi:10.2196/19033 Antony A, Connelly K, De Silva T, et al. Perspectives of patients with rheumatic diseases in the early phase of COVID-19 [published online ahead of print, 2020 Jun 11]. <i>Arthritis Care Res (Hoboken).</i> 2020;10.1002/acr.24347. doi:10.1002/acr.24347 Van de Bovenkamp HM, Trappenburg MJ. Government Influence on Patient Organizations. <i>Health Care Anal.</i> 2011;19:329–351 doi:10.1007/s10728-010-0155-7

Daļēji strukturētās intervijas jautājumu protokols veselības aprūpes jomu speciālistiem

B. ĢIMENES ĀRSTI	
Jautājumu tēmas / jomas	Jautājumi
0. Ievada jautājums/i	Kas Jums pirmais ienāca prātā, uzzinot, ka valstī tiek izsludināta ārkārtējā situācija COVID-19 epidēmijas dēļ?
1. Ģimenes ārsta prakses pārvaldības pielāgošana COVID-19 situācijā	<p>1.1. [Pastāstiet, lūdzu, par] izmaiņām, kādas Jūs ieviesāt savā prakses darba organizācijā COVID-19 izraisītās ārkārtējās situācijas dēļ? <i>(ja 1.1. atbilde ir bagātīga, tad 1.2. var neuzdot vai prasīt tikai par konkrētiem aspektiem)</i></p> <p>1.2. Kā mainījās Jūsu ierastais darba ritms un pienākumu veikšana šādos aspektos (ārkārtējās situācijas dēļ): → kā situācija ietekmēja Jūsu <u>saziņu ar kolēģiem</u>; → <u>ar pacientiem</u>; → kādus <u>attālinātās saziņas līdzekļus</u> Jūs izmantojāt saziņai ar kolēģiem; → ar pacientiem; → kā Jūsu praksē notika <u>pacientu plūsmas organizēšana</u>; → vai Jums nācās speciāli <u>pielāgot prakses telpas</u>, lai nodrošinātu savu un pacientu drošību; ko darījāt? → vai bija pieejami IAL un kāda ir Jūsu pieredze ar to lietošanu darbā (arī pacientiem); → vai mainījās Jūsu <u>darba noslodze/apjoms</u> (subjektīvais vērtējums); → vai palielinājās <u>administratīvais slogs</u> (“papīra darbi”)? → kā Jūs vērtējat <u>e-veselības darbību</u> ārkārtējās situācijas kontekstā (arī par slimības lapu, izziņu izsniegšanu, receptēm, nosūtījumiem).</p> <p>1.3. Kādu palīdzību/atbalstu prakses darba organizācijas jautājumos Jūs saņēmt no Veselības ministrijas, NVD, SPKC un citām valsts institūcijām?</p> <p>1.4. Kādu palīdzību/atbalstu prakses darba organizācijas jautājumos Jūs saņēmt no profesionālām asociācijām?</p> <p>1.5. Kā Jūs vērtētu saņemto palīdzību/atbalstu? Ko, Jūsprāt, vajadzētu uzlabot?</p>
2. Pacientu aprūpe ģimenes ārsta praksē COVID-19 situācijā	<p>2.1. [Aprakstiet, lūdzu] kādas bija pacientu iespējas saņemt Jūsu kā ģimenes ārsta konsultācijas/pakalpojumus/aprūpi šādās situācijās: → COVID-19 infekcijas (vai aizdomu par to) gadījumos; → ar COVID-19 nesaistītu akūtu veselības stāvokļu gadījumos; → hronisku slimību gadījumos; → zīdaiņi, grūtnieces.</p> <p>2.2. Kā Jūs pieņēmt/izdarījāt lēmumu, kuru pacientu konsultēt klātienē, kuru – attālināti?</p> <p>2.3. Kā, Jūsprāt, pacientu attālinātā konsultēšana ietekmēja pakalpojuma kvalitāti un ārstēšanas rezultātu? <i>Papildjautājumi:</i> → Kādus attālinātās saziņas līdzekļus (rīkus, platformas) Jūs izmantojāt attālinātai pacientu konsultēšanai (telefons, e-pasts, whatsapp, zoom u.c.)? → Vai attālinātās konsultācijas prasīja ilgāku laiku? → Vai bija kādas problēmas (piemēram, pacientam ir grūti izteikties, ārstam nav iespējams fiziski izmeklēt pacientu, apgrūtināta padomu sniegšana u.tml.)? → Vai šāda veida konsultācijas var radīt jēl kādu apdraudējumu pacientu drošībai?</p> <p>2.4. Ar kādām veselības aprūpes pieejamības problēmām ir saskārušies Jūsu pacienti (COVID-19 izraisītās ārkārtējās situācijas dēļ): → akūtos gadījumos;</p>

	→ <i>hronisku slimību gadījumos (lūgt minēt piemērus, aprakstīt situācijas).</i>
3. Informācijas pieejamība par COVID-19, t.sk., vadlīnijas; papildus izglītības nepieciešamība	<p>3.1. No kādiem informācijas avotiem Jūs ieguvāt visu aktuālo informāciju par COVID-19 (<i>par klīniku, izplatību, prevencijas iespējām</i>)? Vai bija problēmas ar informācijas iegūšanu un tās izprašanu?</p> <p>3.2. Kādu informāciju (<i>norādījumus, rīkojumus, vadlīnijas</i>) Jūs saņemat no Latvijas atbildīgajām institūcijām par ģimenes ārsta rīcību un prakses darbu COVID-19 situācijā?</p> <p>3.3. Kā Jūs vērtējat saņemto informāciju? Vai tā bija noderīga? Cik ērti/viegli to bija realizēt praksē? Kādi būtu Jūsu ieteikumi vadlīniju labākai izstrādei?</p> <p>3.4. Vai un kā Jūs informējat savus pacientus par COVID-19? Kas būtu nepieciešams, lai vieglāk/ērtāk/efektīvāk varētu informēt pacientus?</p> <p>3.5. Vai Jūs izjūtat nepieciešamību pēc papildus mācībām (<i>izglītības</i>) par ģimenes ārsta darbību COVID-19 situācijā?</p>
4. Ģimenes ārsta attieksme un emocionālais fons	<p>4.1. Kādas emocijas (<i>sajūtas</i>) Jums rada fakts, ka COVID-19 ir relatīvi jauna un maz zināma saslimšana?</p> <p>4.2. Vai Jūs izjūtat satraukumu (<i>nemieru, trauksmi</i>) par: →<i>iespēju inficēties pašai/am, pildot darba pienākumus;</i> →<i>iespēju tālāk inficēt savus ģimenes locekļus.</i></p> <p>4.3. Vai Jūsu ģimene izjuta uztraukumu dēļ Jūsu darba un riska inficēties ar COVID-19 gan Jums, gan viņiem?</p> <p>4.4. Kā Jūs pasargājat sevi no inficēšanās iespējas gan darbā, gan ārpus tā? Kā Jūs pasargājat savu ģimeni/tuvākos cilvēkus, ar kuriem ir ciešāks kontakts?</p> <p>4.4. Kādas vēl emocijas (<i>arī – pārdomas, sajūtas</i>) Jums radīja/rada pašreizējā situācija ar COVID-19: →<i>darbā (ģimenes ārsta praksē) kā ārstam;</i> →<i>sabiedrībā kopumā kā sabiedrības pilsonim.</i></p>
5. Atbildība par sabiedrības veselību	<p>5.1. [Kāds ir Jūsu viedoklis par to] ko ģimenes ārstam ir iespējams veikt (<i>savas kompetences ietvaros</i>), lai stiprinātu sabiedrības veselību COVID-19 epidēmijas gadījumā?</p>
6. Nobeiguma jautājums/i	<p>6.1. Vai COVID-19 situācija ir ieviesusi kaut ko labu/pozitīvu Jūsu praksē?</p> <p>6.2. Kas Jums kā ģimenes ārstam būtu nepieciešams, lai vieglāk/ērtāk/efektīvāk varētu darboties un aprūpēt pacientus šādā ārkārtējā situācijā (<i>jebkādas idejas</i>)?</p> <p>6.3. Kādi būtu Jūsu ieteikumi citiem ģimenes ārstiem Latvijā, strādājot COVID-19 epidēmijas apstākļos (<i>jebkādi, pilnīgi brīvi</i>)?</p>
<i>Publikācija/as, kas izmantotas protokola izveidē:</i>	<p>1. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, et al... Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. <i>BMJ Open</i> 2020;10:e039674. doi: 10.1136/bmjopen-2020-039674</p> <p>2. Kunin M, Engelhard D, Piterman L, Thomas S. Response of general practitioners to infectious disease public health crises: an integrative systematic review of the literature. <i>Disaster Med Public Health Prep.</i> 2013;7(5):522-533. doi:10.1017/dmp.2013.82</p> <p>3. Bocquet, Jenny; Winzenberg, Tania; Shaw, Kelly A. Epicentre of influenza: The primary care experience in Melbourne, Victoria. <i>Australian Family Physician</i>; Melbourne Vol. 39, Iss. 5,(May 2010): 313-6.</p> <p>4. Wong SY, Kung K, Wong MC, et al. Primary care physicians' response to pandemic influenza in Hong Kong: a mixed quantitative and qualitative study. <i>Int J Infect Dis.</i> 2012;16(9):e687-e691. doi:10.1016/j.ijid.2012.03.015</p> <p>5. Kain NA, Jardine CG. "Keep it short and sweet": Improving risk communication to family physicians during public health crises. <i>Can Fam Physician.</i> 2020;66(3):e99-e106.</p>

Daļēji strukturētās intervijas jautājumu protokols veselības aprūpes jomu speciālistiem	
C. STACIONĀRO IESTĀŽU VADĪTĀJI	
Jautājumu tēmas / jomas	Jautājumi
0. Ievada jautājums/i	Kādas bija Jūsu vadītās iestādes prioritātes COVID-19 epidēmijas izraisītās ārkārtējās situācijas laikā?
1. Iestādes pamatdarbības nodrošināšana	<p>1.1. Kā tika organizēta iestādes iekšējā krīzes vadība? Kāda bija slimnīcas padomes nozīme un iesaistīšanās iekšējās krīzes vadībā?</p> <p>1.2. Kā tika nodrošināta plānveida palīdzība slimnīcā (COVID-19 ārkārtējās situācijas laikā)?</p> <p>→ <i>diagnostiskie pakalpojumi;</i></p> <p>→ <i>skrīninga programmas;</i></p> <p>→ <i>ārstēšanas pakalpojumi;</i></p> <p>→ <i>rehabilitācijas pakalpojumi.</i></p> <p>1.3. Kuras pacientu grupas bija noteiktas par prioritārām? <i>Vai šis lēmums tika dokumentēts/fiksēts ar kādu dokumentu?</i></p> <p>1.4. Kā slimnīcā tika organizēta pacientu plūsma (akūtie pacienti, plānveida, ar COVID-19 simptomātiku u.tml.)?</p> <p>1.5. Kādas komunikācijas formas tika izmantotas saziņā ar pacientiem? <i>Vai tika organizētas attālinātās speciālistu konsultācijas ar pacientiem? Vai tas tika dokumentēts iekšēji?</i></p> <p>1.6. Vai tika veikti īpaši pasākumi pacientu un personāla drošībai COVID-19 ārkārtējā situācijā? Kādi tie bija?</p>
2. Personāla vadība	<p>2.1. Kā tika plānota personāla darba organizācija COVID-19 ārkārtējā situācijā? Kādi bija algoritmi personāla plānošanā (<i>piemēram, personāla maiņa, aizstāšana pašizolācijas gadījumā, darba laiks, dīkstāve, slodzes samazināšana, DNL, atvaļinājumi, atbrīvošana no darba u.tml.</i>)?</p> <p>2.2. Kā noritēja iekšējā komunikācija ar darbiniekiem?</p> <p>2.3. Vai personālam bija iespējams saņemt psihosociālo atbalstu? <i>Kādu/kā tas tika organizēts un piedāvāts?</i></p> <p>2.4. Kā darbiniekiem tika nodrošināti individuāli aizsardzības līdzekļi? <i>Vai bija izskaidrots, kā, kam un kad IAL ir jālieto? Vai kaut kādā veidā tika pārraudzīta to lietošana?</i></p>
3. Citu resursu nodrošināšana	<p>3.1. Kā tika organizēta nepieciešamo resursu iegāde (piemēram, medikamenti, IAL pacientiem, reaģenti u.c.)?</p> <p>3.2. Kādi materiāli resursi tika nodrošināti centralizēti no NVD?</p> <p>3.3. Kā tika nodrošināti ārpalpojumi (piemēram, ēdināšana, telpu uzkopšana, iekārtu apkope u.tml.)?</p> <p>3.4. Kāda bija COVID-19 ārkārtējās situācijas pasākumu ietekme uz iestādes finanšu resursiem?</p> <p>3.5. Kas mainījās sniegto pakalpojumu apmērā gan ar NVD, gan ar apdrošināšanas kompānijām?</p>
4. Infrastruktūra	<p>4.1. Vai slimnīcas telpas bija piemērotas pacientu fiziskai distancēšanai?</p> <p>4.2. Vai bija nepieciešamība veikt slimnīcas gultu pārprofilēšanu? Kā šis process notika?</p> <p>4.3. Cik lielā mērā iestādes IKT (informācijas un komunikāciju tehnoloģijas) bija piemērotas situācijai, lai nodrošinātu visa veida nepieciešamo komunikāciju?</p>

5. Komunikācija ar VM, profesionālām asociācijām	<p>5.1. Kā tika veikta informācijas aprīte ar VM un VM padotības iestādēm?</p> <p>5.2. Kā Jūs vērtējat informācijas aprītes efektivitāti (informācijas saturs, saprotamība, atbilstība, savlaicīgums u.tml.)?</p> <p>5.3. Kādas profesionālās asociācijas tika iesaistītas informācijas aprītē?</p>
6. Nobeiguma jautājums/i	<p>6.1. Kā jūs vērtējat iestādes pieredzi, kas iegūta COVID-19 ārkārtējā situācijā? Kādas bija pozitīvās atziņas? Vai tās varētu tikt saglabātas nākotnē?</p> <p><i>[pēc vajadzības] Ko vēl Jūs vēlētos piebilst par Jūsu vadītās iestādes darbu Covid-19 izraisītās ārkārtējās situācijas laikā?</i></p>
<i>Publikācijas, kas izmantotas protokola izveidē:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bell JA, Hyland S, DePellegrin T, Upshur RE, Bernstein M, Martin DK. SARS and hospital priority setting: a qualitative case study and evaluation. BMC Health Serv Res. 2004;4(1):36. Published 2004 Dec 19. doi:10.1186/1472-6963-4-36 2. E Belfroid, R Eilers, D Roskamp, C Swaan, A Timen, Qualitative Research: Institutional Preparedness During Threats of Infectious Disease Outbreaks, European Journal of Public Health, Volume 28, Issue suppl_4, November 2018, cky213.703, https://doi.org/10.1093/eurpub/cky213.703 3. Al Knawy BA, Al-Kadri HMF, Elbarbary M, et al Perceptions of postoutbreak management by management and healthcare workers of a Middle East respiratory syndrome outbreak in a tertiary care hospital: a qualitative study BMJ Open 2019;9:e017476. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017476 4. COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases https://www.who.int/news-room/detail/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases

Daļēji strukturētās intervijas jautājumu protokols veselības aprūpes jomu speciālistiem	
D. SPECIĀLISTI (kardiologi, internisti, endokrinologi, onkologi, pneimonologi)	
Jautājumu tēmas / jomas	Jautājumi
0. Ievada jautājums/i	Kas Jums pirmais ienāca prātā, uzzinot, ka valstī tiek izsludināta ārkārtējā situācija COVID-19 epidēmijas dēļ?
1. Speciālista darba organizācija	<p>1.1. [Pastāstiet, lūdzu, par] izmaiņām, kādas Jums nācās ieviest savā darba organizācijā COVID-19 izraisītās ārkārtējās situācijas dēļ? (ja 1.1. atbilde ir bagātīga, tad 1.2. var neuzdot vai prasīt tikai par konkrētiem aspektiem)</p> <p>1.2. Kā mainījās Jūsu ierastais darba ritms un pienākumu veikšana šādos aspektos (ārkārtējās situācijas dēļ): → kā situācija ietekmēja Jūsu <u>saziņu ar kolēģiem</u>; → <u>ar pacientiem</u>; → kādus <u>attālinātās saziņas līdzekļus</u> Jūs izmantojāt saziņai ar kolēģiem; → <u>ar pacientiem</u>; → kā Jūsu praksē notika <u>pacientu plūsmas organizēšana</u>; → vai Jums nācās <u>speciāli pielāgot prakses telpas</u>, lai nodrošinātu savu un pacientu drošību; ko darījāt? → vai bija pieejami <u>IAL</u> un kāda ir Jūsu pieredze ar to lietošanu darbā (arī pacientiem); → vai mainījās Jūsu <u>darba noslodze/apjoms</u> (subjektīvais vērtējums); → vai palielinājās <u>administratīvais slogs</u> (“papīra darbi”)? → kā Jūs vērtējat <u>e-veselības darbību</u> ārkārtējās situācijas kontekstā (arī par slimības lapu, izziņu izsniegšanu, receptēm, nosūtījumiem).</p> <p>1.3. Kādu palīdzību/atbalstu prakses darba organizācijas jautājumos Jūs saņēmt no iestādes (kurā strādājat) vadības?</p> <p>1.4. Kādu palīdzību/atbalstu prakses darba organizācijas jautājumos Jūs saņēmt no profesionālām asociācijām?</p> <p>1.5. Kā Jūs vērtētu saņemto palīdzību/atbalstu? Ko, Jūsprāt, vajadzētu uzlabot?</p> <p>1.6. Vai mainījās Jūsu darba rezultātā gūtie finanšu ienākumi (COVID-19 ārkārtējā situācijā)?</p>
2. Pacientu aprūpe	<p>2.1. [Aprakstiet, lūdzu] kādas bija pacientu iespējas saņemt Jūsu kā ārsta-speciālista konsultācijas/pakalpojumus/aprūpi šādās situācijās: → <u>pacientiem ar ģimenes ārsta nosūtījumu</u>; → <u>akūtiem pacientiem</u>; → <u>hroniskiem pacientiem</u>.</p> <p>2.2. Kā Jūs pieņēmt lēmumu, kuru pacientu konsultēt klātienē, kuru – attālināti?</p> <p>2.3. Kā, Jūsprāt, pacientu attālinātā konsultēšana ietekmēja pakalpojuma kvalitāti un ārstēšanas rezultātu? Papildjautājumi: → <u>Kādus attālinātās saziņas līdzekļus (rīkus) Jūs izmantojāt attālinātai pacientu konsultēšanai (telefons, e-pasts, whatsapp, zoom u.c.)?</u> → <u>Vai attālinātās konsultācijas prasīja ilgāku laiku?</u> → <u>Vai bija kādas problēmas (piemēram, pacientam ir grūti izteikties, ārstam nav iespējams fiziski izmeklēt pacientu, apgrūtināta padomu sniegšana u.tml.)?</u> → <u>Vai šāda veida konsultācijas var radīt jēl kādu apdraudējumu pacientu drošībai?</u></p>

	<p>2.4. Kā Jūs vērtētu, vai COVID-19 radītā ārkārtējā situācija ir ietekmējusi pacientu ārstēšanas gaitu un rezultātu?</p> <p>2.5. [Kāda ir Jūsu pieredze par to,] kā šīs ārkārtējā situācija ir ietekmējusi Jūsu pacientu kopējo veselības stāvokli; arī – dzīvesveidu!</p>
3. Informācijas pieejamība	<p>3.1. No kādiem informācijas avotiem Jūs ieguvāt visu aktuālo informāciju par COVID-19 (<i>par klīniku, izplatību, prevencijas iespējām</i>)? Vai bija problēmas ar informācijas iegūšanu un tās izprašanu?</p> <p>3.2. Kādu informāciju (<i>norādījumus, rīkojumus, vadlīnijas</i>) Jūs saņēmtāt no iestādes vadības par Jūsu darbu un rīcību COVID-19 situācijā?</p> <p>3.3. Kā Jūs vērtējat saņemto informāciju? Vai tā bija noderīga? Cik ērti/grūti to bija realizēt praksē? Kādi būtu Jūsu ieteikumi vadlīniju labākai izstrādei?</p> <p>3.4. Vai un kā Jūs informējat savus pacientus par COVID-19? Kas būtu nepieciešams, lai vieglāk/ērtāk/efektīvāk varētu informēt pacientus?</p> <p>3.5. Vai Jūs izjūtat nepieciešamību pēc papildus mācībām (<i>izglītības</i>) par ārsta-speciālista darbību COVID-19 situācijā?</p>
4. Atbildība par sabiedrības veselību	<p>4.1. [Kāds ir Jūsu viedoklis par to] ko ārstam ir iespējams veikt (savas kompetences ietvaros), lai stiprinātu sabiedrības veselību COVID-19 epidēmijas gadījumā?</p>
6. Nobeiguma jautājums/i	<p>6.1. Vai COVID-19 situācija ir ieviesusi kaut ko labu/pozitīvu Jūsu darbā/praksē?</p> <p>6.2. Kādi būtu Jūsu ieteikumi līdzīgām situācijām nākotnē?</p>
<i>Publikācijas, kas izmantotas protokola izveidē:</i>	<p>Qian Liu, Dan Luo, Joan E Haase, Qiaohong Guo, Xiao Qin Wang, Shuo Liu, Lin Xia, Zhongchun Liu, Jiong Yang, Bing Xiang Yang. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. <i>Lancet Glob Health</i> 2020; 8: e790–98 Published Online April 29, 2020 https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7</p> <p>Zhang M, Zhou M, Tang F, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. <i>J Hosp Infect.</i> 2020;105(2):183-187. doi:10.1016/j.jhin.2020.04.012</p>

Daļēji strukturētās intervijas jautājumu protokols veselības aprūpes jomu speciālistiem	
E. KLIENTU APRŪPES SERVISA DARBINIEKI	
Jautājumu tēmas / jomas	Jautājumi
0. Ievada jautājums/i	Kādi ir Jūsu ikdienas darba uzdevumi? Kā noris Jūsu ikdienas darbs?
1. Darba organizācija	1.1. Kā mainījās Jūsu veicamie darba pienākumi COVID-19 ārkārtējā situācijā? 1.2. Vai saņēmt skaidrus norādījumus par jaunajiem rīcības algoritmiem, kā komunicēt ar klientiem COVID-19 ārkārtējā situācijā? 1.3. Kā (cik regulāri) notika informācijas atjaunošana par veicamajiem pienākumiem? 1.4. Vai COVID-19 ārkārtējā situācijā Jūs strādājāt attālināti? 1.5. Vai un kā mainījās Jūsu darba slodze/apjoms un darba laiks? 1.6. Vai Jūs tikāt nodrošināti ar individuāliem aizsardzības līdzekļiem? Vai Jūs jutāties droši darbā, veicot savus darba pienākumus?
2. Nododamā informācija klientiem	2.1. Vai klientiem nododamā informācija bija skaidra un viennozīmīga? Vai saņēmt rakstisku sniedzamās informācijas aprakstu? (Vai sniedzamās informācijas saturs tika dokumentēts?) → <i>lūdzu, aprakstiet situācijas, sniedziet piemērus</i> 2.2. Vai bija situācijas, kad klientam vienreiz sniegto informāciju nācās mainīt? → <i>lūdzu, aprakstiet situācijas, sniedziet piemērus</i>
3. Klientu reakcija	3.1. Kādas bija klientu reakcijas (attiecībā uz ziņas saturu), saņemot jauno informāciju par izmaiņām veselības aprūpes pakalpojumos? 3.2. Kādas bija atšķirības klientu reakcijās pirms ārkārtējās situācijas un ārkārtējās situācijas laikā (<i>lūgums salīdzināt</i>)?
4. Darba motivācija un stimuli	4.1. Vai un kā mainījās Jūsu atalgojums? 4.2. Vai un kā mainījās Jūsu darba attiecības (piemēram, dīkstāve, DNL, atvaļinājums, atbrīvošana no darba u.c.)? 4.3. Vai saņēmt psiholoģisku atbalstu COVID-19 ārkārtējās situācijas laikā (darba dēļ)?
6. Nobeiguma jautājums/i	Kādi būtu Jūsu ieteikumi līdzīgām situācijām nākotnē?
<i>Publikācijas, kas izmantotas protokola izveidē:</i>	Queiroz, M.M., Ivanov, D., Dolgui, A. et al. Impacts of epidemic outbreaks on supply chains: mapping a research agenda amid the COVID-19 pandemic through a structured literature review. Ann Oper Res (2020). https://doi.org/10.1007/s10479-020-03685-7

Daļēji strukturētās intervijas jautājumu protokols veselības aprūpes jomu speciālistiem

F. KATASTROFU MEDICĪNA (1)

1.daļa: Katastrofu medicīnas sistēmas un atbildīgo dienestu gatavības plānu un algoritmu novērtēšana Covid-19 izraisītās ārkārtējās situācijas laikā.

Jautājumu tēmas / jomas	Jautājumi
<p>1. Novērtējums pirms ārkārtējās situācijas (laika posms: 01.01.2020-13.03.2020)</p>	<p>1.1. Kādi plāni un algoritmi nosaka institūcijas darbību ārkārtējās situācijas laikā? Vai nosauktie dokumenti iepriekš ir pielietoti līdzīga rakstura ārkārtējā situācijā (arī simulācija/mācības) un kad pēdējo reizi tie tika aktualizēti? Un ar kādu regularitāti tie tiek pārskatīti?</p> <p>1.2. Vai šajos dokumentos ārkārtējās situācijas laikā bija aprakstīta arī rīcība jaunu infekcijas slimības epidēmiju gadījumā? Ja jā, tad vai tas bija piemērots COVID-19 pandēmijas gadījumam?</p> <p>1.3. Vai plānos bija aprakstīta neatliekamās palīdzības pārorganizēšana, nodrošinot veselības aprūpes nepārtrauktību infekcijas slimību epidēmijas gadījumā?</p>
<p>2. Novērtējums ārkārtējās situācijas laikā (laika posms: 13.03.2020-09.06.2020)</p>	<p>2.1. Vai bija kādi plāni/ algoritmi, kuri neatbilda situācijai un kāpēc?</p> <p>2.2. Kādi informācijas avoti tika izmantoti ārkārtējās situācijas laikā? Vai izstrādāti rīcības plāni un algoritmi bija piemēroti un tika izmantota tajos aprakstītā kārtība?</p> <p>2.3. Kāda bija Jūsu rīcība gadījumos, ja plānā situācija nebija aprakstīta, vai aprakstītā kārtība nebija piemērojama, Jūsaprāt? Ja reaģēšanas pasākumi atšķīrās no plānā noteiktā, vai un kā tie tika izziņoti un salāgoti ar iesaistītajām pusēm?</p> <p>2.4. Jūsaprāt, kuru no dokumentiem vislabāk pārzina visas reaģēšanā iesaistītās puses? (institūcijas iekšējie līmeņi, sākot no vadītāja līdz mūsu palīgam)?</p> <p>2.5. Kas būtu jāpilnveido ārkārtējās situācijas rīcības plānos, lai tie nākotnē nodrošinātu efektīvu rīcību pandēmijas gadījumā?</p>
<p>3. Pieredze pēc ārkārtējās situācijas:</p>	<p>3.1. Kas bija Jūsu iestādes stiprās puses un veiksmes faktori, vērtējot iestādes gatavību reaģēt ārkārtējās situācijas laikā?</p> <p>3.2. Kuri no gatavības un reaģēšanas posmiem ārkārtējās situācijas laikā bija visvājākie un neatbilstoši?</p> <p>3.3 Ko varētu darīt, lai nākotnē uzlabotu gatavību ārkārtas situācijām?</p>
<p><i>Publikācijas, kas izmantotas protokola izveidē:</i></p>	<p>European Centre for Disease Prevention and Control. Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings. Technical report. 4th Update. 03.07.2020. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19_4th_update.pdf</p> <p>European Centre for Disease Prevention and Control. Conducting in-action and after-action reviews of the public health response to COVID-19. ECDC Technical report. June 2020. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/In-Action-and-After-Action-Reviews-of-the-public-health-response-to-COVID-19.pdf</p>

Daļēji strukturētās intervijas jautājumu protokols veselības aprūpes jomu speciālistiem

F. KATASTROFU MEDICĪNA (2)

2.daļa: Katastrofu medicīnas sistēmas resursu⁸⁰ nodrošinājums un pieejamība ārkārtējās situācijai.

Jautājumu tēmas / jomas	Jautājumi
<p>1. Novērtējums pirms ārkārtējās situācijas (laika posms: 01.01.2020-13.03.2020)</p>	<p>1.1. Vai jūsu iestādē ikdienas apstākļos tiek veikta nepieciešamo resursu (IAL, medikamenti, rezerves materiāltehniskais nodrošinājums) uzskaitē, plānošana, analīze un nepieciešamo uzkrājumu veidošana?</p> <p>1.2. Vai resursu krājumu veidošanas politika ir noteikta iestādes iekšējos normatīvos dokumentos? Kad šis dokuments pēdējo reizi tika aktualizēts?</p> <p>1.3. Kāds bija iestādes nodrošinājums ar nepieciešamiem resursiem pirms COVID-19 ārkārtējās situācijas (IAL, medikamenti, gultu skaits)?</p> <p>1.4. Vai jūsu rīcībā pirms COVID-19 bija informācija kā valsts līmenī plāno resursu piesaisti un izdali? Vai jums bija informācija par pieejamo resursu klāstu un apjomu, ko iespējams saņemt ārkārtējās situācijas laikā (šis domāts, vai ikdienas režīmā info pieejama) no resursiem, kas glabājas ārpus jūsu institūcijas?</p> <p>1.5. Vai jūsu iestādē ir noteikta kārtība gultu pārprofilēšanai, lai palielinātu ārstniecības iestādes kapacitāti uzņemt noteikta profila pacientus?</p>
<p>2. Novērtējums ārkārtējās situācijas laikā (laika posms: 13.03.2020-09.06.2020)</p>	<p>2.1. Kā COVID-19 epidēmijas laikā jūs pārraudzījāt esošos resursus, kāds bija vajadzību ziņošanas mehānisms?</p> <p>2.2. Vai Jūs veicāt individuālus resursu (IAL, dezinfekcijas līdzekļi) iepirkumus? Vai piedalījās centralizētajos resursu iepirkumos?</p> <p>2.3. Kā pandēmijas laikā tika nodrošināti nepieciešamie resursi (piemēram, papildus intensīvās terapijas gultu un aprīkojuma izvēršana, individuālo aizsardzības līdzekļu,) pieejamība un taktika efektīvākai resursu izmantošanai?</p> <p>2.4. Vai un kāds ārējais atbalsts tika piesaistīts nepieciešamo resursu piesaistīšanai?</p>
<p>3. Pieredze pēc ārkārtējās situācijas:</p>	<p>3.1. Kādas, Jūsaprāt, bija galvenās problēmas, kas saistītas ar resursu pieejamību? Kuri elementi (plānošana, iegāde, loģistika) resursu pieejamībai strādāja labāk, kuri sliktāk?</p> <p>3.2. Balstoties uz Jūsu pieredzi, kā uzlabot resursu pieejamību? Ko varētu darīt, lai nākotnē uzlabotu gatavību ārkārtas situācijām?</p>
<p>Publikācijas, kas izmantotas protokola izveidē:</p>	<p>European Centre for Disease Prevention and Control. Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings. Technical report. 4th Update. 03.07.2020. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19_4th_update.pdf</p> <p>European Centre for Disease Prevention and Control. Conducting in-action and after-action reviews of the public health response to COVID-19. ECDC Technical report. June 2020. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/In-Action-and-After-Action-Reviews-of-the-public-health-response-to-COVID-19.pdf</p>

⁸⁰ Pētījuma ietvaros analizēti sekojošas resursu grupas: 1) individuālie aizsardzības līdzekļi (maskas, respiratori, aizsargbrilles, vizori, aizsargtērpi); 2) pacientu izolācijas telpas; 3) slimnīcu gultu kapacitāte (izolācijas, intensīvās terapijas, parastās); 4) dezinfekcijas un dekontaminācijas resursi (dezinfekcijas līdzekļi, darbinieku dušas telpas, automašīnu mazgātaves). Šī pētījuma ietvaros netiek analizēts cilvēkresursu nodrošinājums.

Daļēji strukturētās intervijas jautājumu protokols veselības aprūpes jomu speciālistiem




G. ZOBĀRSTNIECĪBA




Jautājumu tēmas / jomas	Jautājumi
0. Ievada jautājums/i	0. Kādas bija Jūsu vadītās iestādes* / Jūsu kā asociācijas prezidenta/tes** prioritātes COVID-19 epidēmijas izraisītās ārkārtējās situācijas laikā?
1. Pakalpojuma nodrošināšana	<p>1.1. Kā Jūs vērtējat zobārstniecības pakalpojumu bīstamību attiecībā uz risku inficēties ar COVID-19? Vai domājat, ka zobārstniecības kabineti ir bīstamāki koronavīrusa izplatības ziņā nekā citas sabiedriskas vietas?</p> <p>1.2. Kā tika organizēta iestādes* / nozares** krīzes vadība?</p> <p>1.3. Vai tika veikti īpaši pasākumi pacientu un personāla drošībai COVID-19 ārkārtējā situācijā? Kādi tie bija?</p> <p>1.4.* Kādā apmērā tika nodrošināti zobārstniecības pakalpojumi? Kā to klāsts mainījās COVID-19 ārkārtējās situācijas laikā (no 13. marta līdz 10. jūnijam)?</p> <p>1.5.* Kā zobārstniecības kabinetos tika organizēta pacientu plūsma (akūtie pacienti, plānveida, pacienti, kas atbraukuši no ārzemēm, ar COVID-19 simptomātiku u.tml.)?</p> <p>1.6.* Kādas komunikācijas formas tika izmantotas saziņā ar pacientiem? Vai tika organizētas attālinātās zobārstu konsultācijas ar pacientiem? Vai tas tika dokumentēts?</p> <p>1.6.a [ja tika nodrošinātas attālinātās konsultācijas] Kā, Jūsaprāt, pacientu attālinātā konsultēšana ietekmēja pakalpojuma kvalitāti un ārstēšanas rezultātu?</p> <p>Papildjautājumi:</p> <p>→ Kādus attālinātās saziņas līdzekļus (rīkus) Jūs izmantojāt attālinātai pacientu konsultēšanai (telefons, e-pasts, whatsapp, zoom u.c.)?</p> <p>→ Vai attālinātās konsultācijas prasīja ilgāku laiku?</p> <p>→ Vai bija kādas problēmas (piemēram, pacientam ir grūti izteikties, ārstam nav iespējams fiziski izmeklēt pacientu, apgrūtināta padomu sniegšana u.tml.)?</p> <p>→ Vai šāda veida konsultācijas var radīt jēl kādu apdraudējumu pacientu drošībai?</p> <p>1.7.** Pēc Jūsu rīcībā esošās informācijas, kuras prakses strādāja un kāda līmeņa pakalpojumus sniedza no 13. marta līdz 12. maijam, un no 13. maija līdz 10. jūnijam?</p>
2. Personāla vadība	<p>2.1. Kā tika plānota personāla darba organizācija COVID-19 ārkārtējā situācijā? Kādi bija algoritmi personāla plānošanā (piemēram, personāla maiņa, aizstāšana pašizolācijas gadījumā, darba laiks, dīkstāve, slodzes samazināšana, DNL, atvaļinājumi, atbrīvošana no darba u.tml.)?</p> <p>2.2. Kā zobārstniecības kabinetu personālam tika nodrošināti individuālie aizsardzības līdzekļi? Vai bija izskaidrots, kā, kam un kad IAL ir jālieto? Vai kaut kādā veidā tika pārraudzīta to lietošana?</p> <p>2.3.* Kā noritēja iekšējā komunikācija ar darbiniekiem?</p> <p>2.4.* Vai personālam bija iespējams saņemt psihosociālo atbalstu? Kādu/kā tas tika organizēts un piedāvāts?</p>



3. Citu resursu nodrošināšana	<p>3.1. Kā tika organizēta nepieciešamo resursu iegāde (piemēram, zobārstniecības materiāli, medikamenti, IAL pacientiem u.c.)?</p> <p>3.2. Kādi materiālie resursi tika nodrošināti centralizēti no NVD vai no LZA?</p> <p>3.3. Kā tika nodrošināti ārpakalpojumi (piemēram, telpu uzkopšana, iekārtu apkope u.tml.)?</p> <p>3.4. Kas mainījās sniegto pakalpojumu apmērā gan ar NVD, gan ar apdrošināšanas kompānijām?</p> <p>3.5.* Kāda bija COVID-19 ārkārtējās situācijas pasākumu ietekme uz iestādes finanšu resursiem?</p>
4. Infrastruktūra	<p>4.1. Vai klīniku telpas bija piemērotas pacientu fiziskai distancēšanai?</p> <p>4.2. Cik lielā mērā iestādes IKT (informācijas un komunikāciju tehnoloģijas) bija piemērotas situācijai, lai nodrošinātu visa veida nepieciešamo komunikāciju?</p> <p>4.3. No Jūsu kā <u>iestādes vadītāja*</u> / <u>asociācijas prezidenta**</u> viedokļa, kas pietrūkst, lai nākotnē nodrošinātu zobārstniecības pakalpojumu nepārtrauktību COVID-19 izplatības palielināšanās gadījumā vai jaunu infekcijas saslimšanu rašanās gadījumā?</p>
5. Komunikācija ar VM, profesionālām asociācijām	<p>5.1. Kā tika veikta informācijas aprīte ar VM un VM padotības iestādēm?</p> <p>5.2. Kā Jūs vērtējat informācijas aprītes efektivitāti (informācijas saturs, saprotamība, atbilstība, savlaicīgums u.tml.)?</p> <p>5.3.* Kā Jūs vērtējat LZA iesaistīšanos informācijas aprītē?</p> <p>5.3.** Kā profesionālās asociācijas tika iesaistītas informācijas aprītē?</p>
6. Nobeiguma jautājumi	<p>6.1. Kā jūs vērtējat pieredzi, kas iegūta COVID-19 ārkārtējā situācijā? Kādas bija pozitīvās atziņas? Vai tās varētu tikt saglabātas nākotnē?</p> <p>6.2. Vai domājat, ka nesenā pieredze ar zobārstniecības klīniku darbības ierobežošanu varētu veicināt mazāk invazīvu kariesa ārstēšanas metožu izmantošanu (konsultācijas, motivāciju, F lakas, silantus u.c.) salīdzinoši ar invazīvām metodēm, kas saistītas ar lielāku infekcijas izplatīšanās risku?</p> <p>6.3. <i>[pēc vajadzības] Ko vēl Jūs vēlētos piebilst par Jūsu vadītās iestādes* / asociācijas** darbu Covid-19 izraisītās ārkārtējās situācijas laikā?</i></p>
<i>Publikācijas, kas izmantotas protokola izveidē:</i>	<p>1. Bell JA, Hyland S, DePellegrin T, Upshur RE, Bernstein M, Martin DK. SARS and hospital priority setting: a qualitative case study and evaluation. BMC Health Serv Res. 2004;4(1):36. Published 2004 Dec 19. doi:10.1186/1472-6963-4-36</p> <p>2. E Belfroid, R Eilers, D Roskamp, C Swaan, A Timen, Qualitative Research: Institutional Preparedness During Threats of Infectious Disease Outbreaks, European Journal of Public Health, Volume 28, Issue suppl_4, November 2018, cky213.703, https://doi.org/10.1093/eurpub/cky213.703</p> <p>3. Al Knawy BA, Al-Kadri HMF, Elbarbary M, et al Perceptions of postoutbreak management by management and healthcare workers of a Middle East respiratory syndrome outbreak in a tertiary care hospital: a qualitative study BMJ Open 2019;9:e017476. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017476</p> <p>4. COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases https://www.who.int/news-room/detail/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases</p> <p>5. Sun J, Xu Y, Qu Q, Luo W. Knowledge of and attitudes toward COVID-19 among parents of child dental patients during the outbreak. Braz Oral Res. 2020 Jun 8; 34:e066.</p>

* Jautājumi iestāžu vadītājiem; ** Jautājumi asociāciju prezidentiem.

Pastāvīgiem zobiem

Bojājuma veids un lokalizācija		AGP	Zemas intensitātes AGP	ANP
EMALJAS	Gludā virsma (brīvi pieejama) 	Netiek rekomendēts	Sveķu infiltrācija (ICON)	Fluorīdu laka reizi 3 mēnešos * Kontrole reizi 3 mēnešos * Maksimāla fluorīdu ekspozīcija zobu tīrīšanas laikā * Uztura modifikācijas * Papildus remineralizējošie aģenti (CPP-ACP) *
	Proksimālā virsma 	Netiek rekomendēts	Proksimāls silants vai sveķu infiltrācija (ICON)	Fluorīdu laka reizi 3 mēnešos * Kontrole reizi 3 mēnešos * Maksimāla fluorīdu ekspozīcija zobu tīrīšanas laikā * Uztura modifikācijas * Papildus remineralizējošie aģenti (CPP-ACP) *
	Okluzālā virsma 	Netiek rekomendēts	Sveķus saturošs silants	SJC silants Fluorīdu laka reizi 3 mēnešos * Kontrole reizi 3 mēnešos * Maksimāla fluorīdu ekspozīcija zobu tīrīšanas laikā * Uztura modifikācijas * Papildus remineralizējošie aģenti (CPP-ACP) *

DENTĪNA	<p>Gludā virsma (brīvi pieejama)</p> 	<p>Kariozo audu izņemšana ar rotējošiem instrumentiem, plombēšana ar SJC vai Kz</p>	<p>Selektīva kariozo audu izņemšana ar rokas instrumentiem, veicot kavitātes atvēršanu ar rotējošiem instrumentiem, lietojot koferdamu</p>	<p>ART tehnika SDF vizuāli neredzamās un grūti aizsniedzamās vietās</p>
	<p>Proksimālā virsma</p> 	<p>Kariozo audu izņemšana ar rotējošiem instrumentiem, plombēšana ar SJC vai Kz</p>	<p>Selektīva kariozo audu izņemšana ar rokas instrumentiem, veicot kavitātes atvēršanu ar rotējošiem instrumentiem, lietojot koferdamu</p>	<p>ART tehnika</p>
	<p>Okluzālā virsma</p> 	<p>Kariozo audu izņemšana ar rotējošiem instrumentiem, plombēšana ar SJC vai Kz</p>	<p>Sveķus saturošs silants (ja mikrokavitāte emalja un dentīnā nav sagaidāma kavitāte ar nekrotiskiem audiem) Selektīva kariozo audu izņemšana ar rokas instrumentiem, veicot kavitātes atvēršanu ar rotējošiem instrumentiem, lietojot koferdamu</p>	<p>ART tehnika</p>
	<p>Multiplas virsmas</p>	<p>Kariozo audu izņemšana ar rotējošiem instrumentiem, plombēšana ar SJC vai Kz Laboratorijā gatavotas</p>	<p>Selektīva kariozo audu izņemšana ar rokas instrumentiem, veicot kavitātes atvēršanu ar rotējošiem</p>	<p>ART tehnika</p>

		restaurācijas (inlejas, onlejas, kroņi)	instrumentiem, lietojot koferdamu	
SAKNES	Saknes virsma 	Kariozo audu izņemšana ar rotējošiem instrumentiem, plombēšana ar SJC vai Kz	Netiek rekomendētas	Fluorīdu laka ART tehnika SDF
ESOŠAS RESTAURĀCIJAS	Defekti pie esošām restaurācijām (malas pārkrašanās, materiāla lūzums, malas vai restaurācijas virsmas nelīdzenumi) 	Restaurācijas pulēšana Restaurācijas izņemšana vai daļēja izņemšana ar rotējošiem instrumentiem, plombēšana ar SJC vai Kz.	Sveķus saturošs silants	Fluorīdu laka

Attēliem ir informatīva nozīme, lai raksturotu bojājuma lokalizāciju. Minētās ārstēšanas metodes zobārsts izvēlas pēc konkrētā klīniskā gadījuma, kas var atšķirties no tabulā norādītā attēla. Ārstēšanas metodes sadalītas pēc aerosolu ģenerēšanas intensitātes, kas ir būtiski Covid-19 epidēmijas apstākļos, tomēr gala lēmums par to, kura metode pacientam ir vispiemērotākā, ir ārsta kompetence. Lēmuma pieņemšanā jāņem vērā bojājuma dziļums, aktivitāte, kavitātes atvērtība, pacienta riska faktori.

AĢP - aerosolus ģenerējošas procedūras

ANP - aerosolus neģenerējošas procedūras

PP - primārā profilakse (zobu tīrīšanas paraduma uzlabošana (vismaz vakarā, ar zobu pastu > 1000 ppm F); uztura korekcijas, izmantojot motivējošās intervijas principus; fluorīdu laka (vismaz 2,26% F jeb 5% NaF) reizi 3 mēnešos; periodiska uzraudzība)




SJC - stikla jonomēra cements


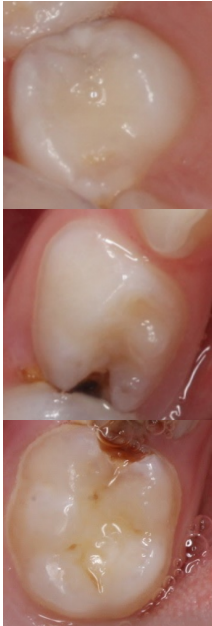


Kz - kompozīts

ART - no angļu valodas *atraumatic restorative treatment* - atraumatiska restoratīva ārstēšana, kas ietver selektīvu kariozo audu izņemšanu ar rokas instrumentiem un plombēšanu ar augstas viskozitātes SJC.

SDF - sudraba diamīna fluorīds

Piena zobiem

Bojājuma veids un lokalizācija		AGP	Zemas intensitātes AGP	ANP
EMALJAS	Gludā virsma (brīvi pieejama) 	Netiek rekomendēts	Netiek rekomendēts	Fluorīdu laka reizi 3 mēnešos * Kontrole reizi 3 mēnešos * Maksimāla fluorīdu ekspozīcija zobu tīrīšanas laikā * Uztura modifikācijas * Papildus remineralizējošie aģenti (CPP-ACP) *
	Proksimālā virsma 	Netiek rekomendēts	Netiek rekomendēts	Fluorīdu laka reizi 3 mēnešos * Kontrole reizi 3 mēnešos * Maksimāla fluorīdu ekspozīcija zobu tīrīšanas laikā * Uztura modifikācijas * Papildus remineralizējošie aģenti (CPP-ACP) *
	Okluzālā virsma 	Netiek rekomendēts	Sveļus saturošs silants	SJC silants Fluorīdu laka reizi 3 mēnešos * Kontrole reizi 3 mēnešos * Maksimāla fluorīdu ekspozīcija zobu tīrīšanas laikā * Uztura modifikācijas * Papildus remineralizējošie aģenti (CPP-ACP) *
DENTĪNA	Gludā virsma (brīvi pieejama)	Kariozo audu izņemšana ar rotējošiem instrumentiem,	Netiek rekomendēts	ART tehnika SDF

		plombēšana ar SJC vai Kz		
Proksimālā virsma		Kariozo audu izņemšana ar rotējošiem instrumentiem, plombēšana ar Kz vai atjaunošana ar standarta metāla vai cirkonija kroni	Netiek rekomendēts	Hall tehnika SDF ART tehnika
Okluzālā virsma		Kariozo audu izņemšana ar rotējošiem instrumentiem, plombēšana ar SJC vai Kz	Netiek rekomendēts	SDF ART tehnika
Multiplas virsmas		Kariozo audu izņemšana ar rotējošiem instrumentiem, atjaunošana ar standarta kroni (metāla vai cirkonija)	Netiek rekomendēts	Hall tehnika SDF ART (tikai, ja kavitātes nav saistītas un mazas)

Attēliem ir informatīva nozīme, lai raksturotu bojājuma lokalizāciju. Minētās ārstēšanas metodes zobārsts izvēlas pēc konkrētā klīniskā gadījuma, kas var atšķirties no tabulā norādītā attēla. Ārstēšanas metodes sadalītas pēc aerosolu ģenerēšanas intensitātes, kas ir būtiski Covid-19 epidēmijas apstākļos, tomēr gala lēmums par to, kura metode pacientam ir vispiemērotākā, ir

ārsta kompetence. Lēmuma pieņemšanā jāņem vērā bojājuma dziļums, aktivitāte, kavitātes atvērtība, pacienta riska faktori.

AĢP - aerosolus ģenerējošas procedūras

ANP - aerosolus neģenerējošas procedūras

SJC - stikla jonomēra cements

Kz - kompozīts

ART - no angļu valodas *atraumatic restorative treatment* - atraumatiska restoratīva ārstēšana, kas ietver selektīvu kariozo audu izņemšanu ar rokas instrumentiem un plombēšanu ar augstas viskozitātes SJC.

SDF - sudraba diamīna fluorīds

* - lietojot visas minētās neinvazīvās tehnikas kopā, to sauc arī par nerestoratīvo kariozo bojājumu kontroli (no angļu valodas *nonrestorative cavity control* - NRCC)

Nerestoratīvā kariozo bojājumu kontrole

Šīs metodes mērķis ir ar neinvazīvām metodēm nodrošināt kariozā bojājuma apturēšanu. Nerestoratīvai kariozo bojājumu kontrolei var izmantot visas neinvazīvās kariozā bojājuma un kariesa kā slimības ārstēšanas un profilakses metodes - uz pacientu vērsta higiēnas un uztura paradumu uzlabošana, izmantojot motivējošās intervēšanas principus; regulāras kontroles (aktīvu kariozo bojājumu gadījumā pacients atbilst augsta kariesa riska grupai, kas nozīmē kontroles nepieciešamību reizi 3 mēnešos) un profesionālās fluorīdu lakas aplikācijas (divas līdz 4 reizes gadā). Ja kariozais bojājums ir ar atvērtu iztīrāmu kavitāti, nerestoratīvā kontrole var būt veiksmīga pat dentīna kariesa gadījumā. Ja eksistē kavitāte vai virsmas nelīdzenumi, svarīgi veikt specifiskas higiēnas instrukcijas, parādot tīrīšanas tehniku, kā panākt, lai bojājuma virsma ir vienmēr brīva no aplikuma; šim mērķim var izmantot aplikuma iekrāsošanu un demonstrāciju ar zobu birsti; apsveriet rekomendāciju lietot elektriskās vai soniskās zobu birstes.

Fluorīdu laka

Ja novērojam kaut vienu aktīvu kariozu bojājumu, fluorīdu lakas aplikācija jāveic reizi 3 mēnešos (pacients atbilst augstam kariesa riskam). Ja netiek novēroti aktīvi bojājumi, bet pacientam tiek konstatēti kariesa riska faktori (zobu tīrīšana ar zobu pastu, kurā fluorīdu saturs ir zemāks par 1000 ppm, neregulāra zobu tīrīšana (retāk kā reizi dienā), redzams aplikums, ikdienā saldināti dzērieni, saldumi vai regulāri cukurus saturoši medikamenti (temperatūru mazinoši, imunitāti stiprinoši, klepus sīrupi u.tml.), mutes elpošana, tiek veikta ortodontiskā ārstēšana ar neizņemamām aparatūram), pacients atbilst vidējam kariesa riskam un nepieciešamas fluorīdu lakas aplikācijas 2 reizes gadā (reizi 6 mēnešos).

Fluorīdu lakai jā satur vismaz 2,26% fluorīdu jonu (22600 ppm), visbiežāk lietotā ir 5% NaF laka. Komerciāli pieejamas lakas ar dažādu sastāvu, tādēļ svarīgi pievērst uzmanību, lai fluorīdu jonu koncentrācija nebūtu zemāka.

Kontrole

Periodiska pacienta uzraudzība (augsta kariesa riska gadījumā reizi 3 mēnešos, vidēja kariesa riska gadījumā reizi 6 mēnešos, zema kariesa riska gadījumā reizi gadā bērniem un reizi 1-3 gados - pieaugušajiem).

Maksimāla fluorīdu ekspozīcija zobu tīrīšanas laikā

Uzlabot higiēnu ir klasiska zobārstu rekomendācija, kuras nozīmi bieži nenovērtē ne tikai pacienti, bet arī zobārstniecības profesionāļi. Lai panāktu pacienta veselības uzlabošanu, ir svarīgi ievērot dažus skaidrus principus, kā zobu tīršanas paradumu padarīt efektīvāku kariesa mazināšanai. Būtiskākais zobu tīršanas mērķis ir nodrošināt fluorīdu jona rezerves ap zobiem esošajā biofilmā, tādēļ nepieciešams panākt maksimālu fluorīdu ekspozīciju zobu tīršanas laikā:

1. Fluorīdu koncentrācijai zobu pastā jābūt maksimālai (vismaz 1000 ppm, bet pēc iespējas tuvāk 1500 ppm, visām vecuma grupām);
2. Nemitrināt zobu birsti ar ūdeni pirms zobu tīršanas, likt zobu pastu uz sausas zobu birstes;
3. Pēc zobu tīršanas tikai izspļaut lieko zobu pastas daudzumu, bet ar ūdeni neskalot;
4. Zobu pastas daudzumam uz birstītes jābūt maksimālam (0-2 gadu vecumā rīsu grauda lielumā, pēc 2 gadu vecuma palielina līdz zirņa lielumam, var palielināt vēl vairāk, ja bērns jau izspļauj zobu pastu; 1-2 cm zobu pastas pēc 6 gadu vecumam);
5. Nodrošināt vismaz 2 minūšu ilgu zobu tīršanu;
6. Nodrošināt zobu tīršanu divas reizes dienā - obligāti vakarā, pirms gulētiešanas un vēl vienu reizi pa dienu - pēc brokastīm vai pēc pusdienām.

No 6 gadu vecuma var pielietot 2 x 2 x 2 principu - 2 reizes dienā, 2 minūtes, 2 cm zobu pastas, bet vienmēr uzsverot fluorīdu lomu zobu pastā. Izmantojiet motivējošās intervēšanas principus, runājot ar pacientu par zobu tīršanas paradumiem. Svarīgi panākt, ka pacients akceptē iespēju mainīt kādu no saviem paradumiem.

Uztura modifikācijas

Izmantojot motivējošās intervēšanas principus, noskaidrojiet esošos uztura paradumus, izvērtējiet iespējas mainīt, mazinot kopējo cukura patēriņu (tā mazinot arī citu ar cukuru saistīto saslimšanu risku). Kopā ar pacientu vai vecākiem (ja pacients ir bērns) izvērtējiet

7. iespēju atteikties no saldinātiem dzērieniem (kariesu neizraisa ūdens, govju piens un mātes piens, bet kariesa risku paaugstina augu piens, piena maisījumi, aromatizētie pieni (šokolādes, zemeņu, vaniļas u.tml. pieni), jogurti ar garšām, tēja vai kafija ar cukuru, sulas, t.sk. Mājās spiestas sulas, sīrupu dzērieni, kompoti, smūtiji u.tml.);
8. iespēju atteikties no cukuru saturošiem uztura bagātinātājiem (imunitāti stiprinoši sīrupi, klepus sīrupi);
9. iespēju mazināt ikdienā patērētos cukuru saturošos pārtikas produktus, izvērtējot risku/ieguvumu attiecību un vienojoties ar pacientu tikai par reāliem mērķiem.

Papildus remineralizējošie aģenti

Kariesa ārstēšanā nav svarīgāka jona par fluorīdu, bet kalcija un fosfāta joni, pie tam biopieejamās formās (piemēram CPP-ACP) var dot papildus efektu. Svarīgi, ka tie jālieto papildus ikdienas tīršanai ar zobu pastu un to neaizstāj. Vēl papildus efektu var dot enzīmi, kas pievienoti zobu pastām un mutē rada vidi, kas labvēlīga ar veselību

saistītām mikroorganismu sugām, izkonkurējot acidofilās baktērijas un ilgtermiņā veicinot veselīga mikrobioma attīstību mutē.

Sveķu saturošie silanti

Kvalitatīvi aplicēti silanti nodrošina gan kariesa profilaksi, gan esošu emaljas un pat agrīnu dentīna bojājumu apturēšanu. Ja okluzālajā virsmā novēro kavitāti vai emaljas krāsas izmaiņas, kas saistāmas ar izmaiņām dentīnā, izvērtējiet vizuālo virsmas izskatu un rtg attēlu. Ja nav sagaidāma kavitāte ar nekrotiska dentīna masām zem emaljas, tad sveķu silantu var likt pat pie redzamām emaljas mikrokavitātēm (ICDAS 3).

Sveķu silantus var likt arī proksimālās virsmās pie emaljas bojājumiem bez kavitātes (rtg attēlā redzams izgaismojums emaljas līmenī vai līdz pat dentīna ārējai trešdaļai; un pēc separācijas vai vizuālas inspekcijas netiek konstatēta kavitāte emaljā).

Aplikācijas tehnikas apskatāmas video:

- Okluzāliem silantiem - <https://www.youtube.com/watch?v=5wPREdhF-Z4>
- Proksimāliem silantiem - <https://www.youtube.com/watch?v=Enqtp7L5CO0&t=313s>

SJC silanti

Ja nav iespējams nodrošināt mitruma kontroli vai zobs nav pilnībā izšķīlies un to daļēji klāj smagana, bet pacientam ir augsts kariesa risks vai jau tiek konstatēts bojājums okluzālajā virsmā, to var apturēt ar stikla jonomēra cementa silantu. Procedūra - maksimāli nosusina virsmu, aplicē SJC silantu, to iespiež okluzālajā virsmā, izmantojot pirkstu, kas apsmērēts ar vazelīnu; maksimāli nodrošina mitruma izplācību silanta cietēšanas laikā, notīra lieko cementu un aplicē fluorīda laku.

Šos silantus var aplicēt arī šaubīgos gadījumos, kad nav skaidrs par kavitātes un nekrotiskā dentīna esamību zem intaktas vai nedaudz bojātas emaljas. Individuāli izvērtē novērošanas intervalu, bet visbiežāk tas varētu būt 3-6 mēneši, kad atkārtoti izvērtē silanta integritāti, rtg novēro bojājuma dziļumu, reģistrē, vai notiek progress. Ja bojājums ir progresējis, tas liecina par zem silanta esošu kavitāti, kuru tad var ārstēt ar plombēšanu. Ja nenovēro progresu, bet silants ir zaudēts, to atjauno vai, ja izolācijas apstākļi ir uzlabojušies, aplicē sveķu silantu.

Piena zobu bojājumu gadījumā SJC silantus var aplicēt arī dentīna kariesa gadījumā, kad kavitāte ir pilnībā slēgta (ICDAS 4) un bērns neļauj to atvērt, lai veiktu ART tehniku.

Vecāki jābrīdina par iespēju silantus zaudēt un nepieciešamību atjaunot, ja pamanīts, ka silants ir izkritis. Atjaunošana prasīs tikai dažas minūtes laika.

Sveķu infiltrācija (ICON)

Sveķu infiltrācijas metode ir komerciāla ICON sistēma; tā ir silanta un invazīvas ārstēšanas hibrīds. Galvenā atšķirība no silanta ir sālsskābes lietošana emaljas kodināšanai. 15% HCL izšķīdina ievērojami vairāk emaljas, t.sk. organisko matricu, radot eroziju (salīdzinoši 37% H₃PO₄ rada līdz 10 mikronu dziļu eroziju, bet 15% HCl - līdz 50 mikroniem), tātad tas paaugstina risku, ja kodinātājs tiek aplicēts vietā, kura pēc tam netiks pārklāta ar sveķiem. Ņemot vērā šo risku, jāizvērtē klīniskās iespējas veikt kvalitatīvu un kontrolētu infiltrāciju proksimālās virsmās.

Šīs metodes galvenā priekšrocība ir estētiskais rezultāts gludo virsmu kariozo un nekariozo bojājumu vizuālā izskata uzlabošanā bez iejaukšanās ar rotējošiem

instrumentiem. Izvērtējot arī metodes izmaksas, biežākā indikācija ir priekšzobu emaljas defekti bez kavitātes. Tomēr svarīgi atcerēties, ka emaljas virsma, kas pārklāta ar sveķiem, var vieglāk akumulēt aplikumu, tādēļ izmantojama tikai pacientiem ar labu higiēnu un mazinātu kariesa risku.

ART tehnika

Kavitātes atvēršana ar asiem rokas instrumentiem, emaljas-dentīna robežā kariozo audu izņemšana līdz cietam dentīnam, pamatnē līdz stingram vai "ādas konsistences", izņemot tikai inficēto dentīnu, bet atstājot demineralizēto dentīnu. Kariozo audu izņemšanas procedūru var atvieglot, izmantojot ķīmiski-mehānisko audu preparācijas tehniku (lietojot tādus ķīmiskos aģentus, kuri šķīdina inficētu dentīnu, bet neskar afektēto jeb demineralizēto dentīnu; šobrīd populārākie ir papaiņu saturošie, piemēram, BRIX3000) - šajā gadījumā izmanto neasu ekskavatoru; ja preparāciju veic bez ķīmiskiem aģentiem, drīkst izmantot asu ekskavatoru, tomēr saglabājot selektīvās kariozo audu izņemšanas principus, izņemot tikai nekrotisko jeb inficēto dentīnu. Pēc tam kavitāti var apstrādāt ar 0,2% hlorheksidīna šķīdumu papildus dezinfekcijai. Kavitāti atjauno ar augsta blīvuma SJC.

Selektīva kariozo audu izņemšana ar rokas instrumentiem, veicot kavitātes atvēršanu ar rotējošiem instrumentiem

Selektīvā kariozo audu izņemšana var tikt veikta ar dažādiem instrumentiem un tā atbilst ART tehnikas principiem, tomēr šajās rekomendācijās ir izdalīta ART tehnika kā metode, kurā vispār neizmanto rotējošos instrumentus, un "selektīvā kariozo audu izņemšana ar rokas instrumentiem, veicot kavitātes atvēršanu ar rotējošiem instrumentiem". Ņemot vērā šo rekomendāciju mērķi mazināt aerosolus ģenerējošo metožu izmantošanu, atšķirības šīm divām pieejām ir skaidri redzamas, jo pēdējā ietver zoba audu preparāciju ar turbīnu, kas varētu palielināt infekciju risku, taču galvenais ieguvums ir "tīra" emaljas-dentīna robeža, emaljas pārkaru neesamība, kas pieļauj kavitātes atjaunošanu ar kompozīta materiāliem. Klasiski pēc ART tehnikas plombēšanai izmanto SJC materiālu, jo sveķus saturošā saite nenodrošina akceptējamu adhēziju, ja to lieto uz demineralizētas emaljas, ko reti var kvalitatīvi noņemt tikai ar rokas instrumentiem. Īpaši pieaugušiem pacientiem un bērniem pastāvīgos zobos ieguvumi var atsvērt riskus. Papildus infekcijas riska mazināšanai, šo kavitātes atvēršanu var veikt, izmantojot izolāciju ar koferdamu, kas būs nepieciešama arī plombēšanai ar kompozītu.

Hall tehnika

Hall tehnika šobrīd ir visefektīvākā metode piena zobu dentīna kariesa ārstēšanā, ja bojājums ir proksimāli vai skar vairāk as virsmas, bet rtg attēlā var redzēt dentīna tiltiņu starp bojājumu un pulpu, kā arī bērnam nav bijuši pulpīta vai periodontīta simptomi. Kariozie audi netiek izņemti, bojājums tiek noslēgts zem standarta metāla kroņa, cementējot ar zemas viskozitātes SJC.

Process ir ātrs un neinvazīvs. Anestēzija visbiežāk nav nepieciešama. Dažreiz nepieciešama iepriekšēja zobu separācija, izmantojot ortodontisko gumijas separatoru. Manipulācijas ilgums apmēram 15 min.

SDF

Efektīvi aptur aktīvu emaljas un dentīna demineralizāciju jau pēc pirmās aplikācijas, kas aizņem tikai 1 minūti uz katru bojājumu. Sudraba diamīna fluorīdam gan ir negatīvs blakusefekts - bojājuma tumšā pārkrāsošanās, tādēļ, ja vēlas lietot šo metodi bērnam, vecākiem jāizskaidro tas, ka zobs kļūs melns un netiks atjaunota forma, kā arī lakas aplikācija jāatkārto reizi 6 mēnešos. Ja lieto pieaugušajiem, tipiskākā indikācija ir saknes kariess, bet var tikt lietots arī grūti aizsniedzamās un estētiski netraucējošās gludajās virsmās, kuras ir labi iztīrāmas, jo metodes veiksmē ir atkarīga arī no pacienta spējas noturēt bojāto virsmu tīru, bez aplikuma.

Kādēļ ir būtiski izmantot neinvazīvas un minimāli invazīvas kariesa ārstēšanas metodes COVID-19 augstas izplatības apstākļos?

10. Mazinās aerosolu ģenerējošo procedūru izmantošana (mazāks zobārstniecības komandas risks inficēties pacienta aprūpes laikā);
11. Mazinās pulpas atvēršanas risks (COVID-19 pozitīviem pacientiem asinīs var būt augsta vīrusa koncentrācija, tādēļ īpaši būtiski ir izvairīties lietot rotējošos instrumentus vai ūdens/gaisa pistoli pie asiņojošas pulpas).

