

*Atbilstoši starp Nacionālo veselības dienestu un valsts sabiedrību ar ierobežotu atbildību „Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”” noslēgtajam līgumam par rehabilitācijas klīniski metodiskās vadības nodrošināšanu
4.pielikuma 3.2., 3.2.4.punktam*

**MEDICĪNISKĀS REHABILITĀCIJAS ATTĪSTĪBAS PLĀNS
2024.-2028. GADAM**

Saturs

Tekstā lietoto saīsinājumu skaidrojums	3
Tekstā lietoto terminu skaidrojums	4
1. Pārskats par Latvijas normatīviem dokumentiem un pasaules plānošanas dokumentiem	11
1.1. Medicīniskā rehabilitācija	11
1.2. Medicīniskās rehabilitācijas sasaiste ar sociālo rehabilitāciju	12
1.3. Medicīniskā rehabilitācija normatīvo dokumentu kontekstā	14
1.4. Medicīniskā rehabilitācija veselības aprūpes plānošanas dokumentos Latvijā	16
1.5. Medicīniskā rehabilitācija veselības aprūpes plānošanas dokumentos Eiropā un pasaulē	18
2. Esošās situācijas apraksts	22
2.1. Rehabilitācijas pakalpojumu līmeņošana un attīstība	22
2.2. Rehabilitācijas pakalpojumu kvalitāte	27
2.3. Rehabilitācijas pieejamība, cilvēkresursi	28
2.4. Digitāla rehabilitācija	37
3. Rīcības plāns un sasniedzamais rezultāts	42
Izmantotie literatūras avoti	55
PIELIKUMI	57

Tekstā lietoto saīsinājumu skaidrojums

SFK	Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija
IKT	Informācijas un komunikāciju tehnoloģijas
EVK	Elektroniskā veselības karte
ICHI	Starptautisko medicīniskās iejaukšanās veidu klasifikāciju (<i>International Classification of Health Interventions, ICHI</i>)
ICSO-R 2.0	Starptautiskā medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu organizēšanas klasifikācijas sistēma (International Classification of Service Organization in Rehabilitation)
UI	Lietotāja saskarne (<i>User Interface, UI</i>)
UX	Lietotāju pieredze (<i>User Experience</i>) jeb UX
TR	Telerehabilitācija
NVD	Nacionālais veselības dienests
ES	Eiropas savienība
PVO	Pasaules Veselības organizācija
LM	Labklājības ministrija
VM	Veselības ministrija
IT	Informācijas tehnoloģijas
IS	Informācijas sistēmas
RSU	Rīgas Stradiņa universitāte
LU	Latvijas universitāte
DU	Daugavpils universitāte
VM	Veselības ministrija
LĀPPOS	Latvijas Ārstniecības Personu Profesionālo Organizāciju Savienība

Tekstā lietoto terminu skaidrojums

Akūtā rehabilitācija ir vidēji intensīvs (2–3 h/dienā) multiprofesionāls un multidisciplinārs stacionārs pakalpojums, kas tiek nodrošināts rehabilitācijas vienībā akūtā slimnīcā, kas ir kā tiešs turpinājums ārstēšanai akūtajā (t. sk. ķirurģijas) nodaļā. Atbildīgais ārsts ir FRM ārsts. Stacionāra rehabilitācijas vienība darbojas universitātes un reģionālajās slimnīcās¹. Akūtās rehabilitācijas pakalpojumi ir pakalpojumi, kurus sniedz vienlaikus ar akūtas slimības vai slimības paasinājuma ārstēšanu līdz trim mēnešiem no slimības sākuma vai slimības paasinājuma ārstēšanas uzsākšanas brīža.

Aprūpe mājās ir pakalpojumi mājās pamatvajadzību apmierināšanai personām, kuras objektīvu apstākļu dēļ nevar sevi aprūpēt. Sociālā aprūpe mājās šķirama no veselības aprūpes mājās, kas ir māsu vai ārsta palīgu (feldšeru) sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi pacientam viņa dzīvesvietā. Veselības aprūpes mājās nolūks ir to turpināt secīgi, tiklīdz pacientam vairs nav nepieciešama veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana stacionārā.

Dienas stacionārs ir ārstniecības iestāde, kurā pacientam, kam nav nepieciešama ārstniecības personu aprūpe un uzraudzība visu diennakti, sniedz diagnostisko un ārstniecisko palīdzību. Dienas stacionārā diagnosticē slimības un veselības traucējumus, ārstē un aprūpē pacientus.

Digitālā rehabilitācija ir plašs jēdziens, kas ietver attālinātu rehabilitācijas procesu un citus digitālos risinājumus, kas pielāgoti rehabilitācijas posmiem un pakalpojuma saņēmēja individuālajām vajadzībām. Šajā kontekstā digitālās rehabilitācijas pamatā ir uz personu vērsta pieeja, kur lietošanas plānošana tiek veikta, ņemot vērā pakalpojuma saņēmēja personiskās vēlmes, vajadzības un individuālās apstākļus. (Eriksen, 2023).

Digitālā veselībpratība ir prasmes meklēt, atrast, izprast un novērtēt digitālajos avotos (televīzijā, internetā, mobilajās aplikācijās) atrodamo informāciju veselības jomā un pielietot iegūtās zināšanas veselības uzlabošanai.

Digitālās veselības ekosistēma integrē dažādus datu resursus, lietojumprogrammas, ierīces un tehnoloģijas, nodrošinot to nepārtrauktu sadarbību. Tas sniedz sabiedrībai jaunus risinājumus veselības aprūpes organizēšanā un nodrošināšanā, ar galveno mērķi uzlabot pakalpojuma saņēmēja rezultātus un vispārējo iedzīvotāju veselību. Visbeidzot, tā galvenā misija ir nodrošināt precīzu informāciju atbilstošajām personām laikā, veicinot izmaksu efektivitāti un klīnisko lēmumu pieņemšanu. (Kazmi, 2023).

¹ [118_Rehab_procesa_organizesana_PVA.pdf \(talakizglitiba.lv\)](#)

Digitalizācija ir process, kurā analogie procesi un fiziskie objekti tiek pārveidoti ciparu formātā. Pamatojoties uz globālo veselības stratēģiju, digitalizācijas process ir būtisks veselības aprūpes veicinātājs. (WHO, 2021)

Dinamiskā novērošana ir regulāras veselības stāvokļa pārbaudes pacientiem, kuri slimo ar hroniskām slimībām, ar mērķi novērst un savlaicīgi diagnosticēt slimības komplikācijas vai slimības atkārtosanos.

Funkcionālais speciālists (fizioterapeits, ergoterapeits, tehniskais ortopēds, audiologopēds, uztura speciālists, mākslas terapeits, optometrists) ir ārstniecības persona, kas ieguvusi otrā līmeņa profesionālo augstāko medicīnisko izglītību un darbojas atbilstoši savai kompetencei ārstniecībā. Savā specialitātē funkcionālais speciālists profesionālās kompetences ietvaros (1) pārzina cilvēka funkcionālo ierobežojumu novērtēšanu un rehabilitācijas principus, (2) veic ārstēšanu, izmantojot atbilstošu diagnostiku, novērtēšanu un medicīniskās tehnoloģijas, un dod atzinumus.

Ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumi ir veselības aprūpes pakalpojumi, kurus hronisku funkcionēšanas ierobežojumu gadījumā sniedz ilgāk par sešiem mēnešiem no slimības sākuma vai slimības paasinājuma ārstēšanas uzsākšanas brīža, iekļaujot pacientu medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā.

Lietotāja saskarne (*User Interface, UI*) ir interaktīvu elementu pielietojums digitālajos plašsaziņas līdzekļos (datorā, planšetdatorā vai viedtālrunī), piemēram, nolaižamās izvēlnes, veidlapu lauki, elementi, uz kuriem var noklikšķināt, animācijas, pogu veidošana u.c.

Lietotāju pieredze (*User Experience*) ir pieredze, kas rodas lietotājam mijiedarbojoties, saskaroties ar mājaslāpā, internetveikalā vai aplikācijā esošajiem elementiem.

Medicīniskās tehnoloģijas ir ārstniecībā izmantojamās metodes un medicīniskās ierīces.

Nevienlīdzība veselībā ir netaisnīgas un novēršamas atšķirības iespējami augstāka veselības līmeņa sasniegšanā dažādiem iedzīvotājiem vai viņu grupām. Nevienlīdzība veselībā ir pretrunā sociālā taisnīguma principiem, jo no tās var izvairīties un tā nav nejauša. To nosaka sociālie determinanti jeb faktori, kurus indivīds lielākoties pats nevar ietekmēt, bet kuri rada viņam nelabvēlīgus apstākļus un liedz dzīvot veselīgāk un ilgāk.

Pakalpojuma saņēmēji ir klienti un pacienti kā indivīdu grupas vai kopienas, kas saņem kādu pakalpojumu veselības aprūpē, piemēram rehabilitācijas kontekstā - medicīniskas vai sociālas rehabilitācijas pakalpojumu. (Bela & Rasnača, 2023, p. 640)

Paliatīvā aprūpe ir visaptverošas aprūpes organizēšanas pieeja pacientiem dzīvildzi ierobežojošu slimību gadījumā, novēršot un atvieglojot ciešanas (tai skaitā laikus identificējot,

korekti novērtējot un mazinot sāpes) un citas fiziskās, psihosociālās vai garīgās problēmas. Tās nolūks ir labākās iespējamās dzīves kvalitātes saglabāšana pacientam un viņa ģimenei.

Primārā veselības aprūpe ir veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ambulatorajā ārstniecības iestādē vai personas dzīvesvietā sniedz primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji.

Primārajā veselības aprūpē integrēta rehabilitācija ir primārajā veselības aprūpē integrēti rehabilitācijas pakalpojumi. Šāda veida rehabilitācija tiek nodrošināta primārās veselības aprūpes kontekstā, kurā ietilpst pakalpojumi un speciālisti, kas ir pirmās saziņas punkts ar veselības sistēmu. Parasti notiek primārās veselības aprūpes centros, praksēs, kā arī kopienas iestādes.

Retas slimības (*Rare diseases*) ir tādas slimības, kas skar ne vairāk kā 5 no 10 000 cilvēkiem Eiropas Savienībā.

Sekundārā veselības aprūpe ir veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona un kas orientēts uz neatliekamu, akūtu vai plānveida veselības aprūpi.

Sociālā rehabilitācija ir aktīvs un dinamisks process, kura laikā persona ar funkcionēšanas traucējumiem apgūst zināšanas un prasmes, lai sasniegtu maksimālu sociālu funkcionēšanu un paaugstinātu kapacitāti savas funkcionēšanas uzlabošanai un ierobežojošo barjeru mazināšanai.

Subakūtā rehabilitācija ir augstas intensitātes (vismaz 3–6 h/dienā) multiprofesionāls un multidisciplinārs pakalpojums, ko nodrošina slimnīcas rehabilitācijas vienībā vai rehabilitācijas centrā.

Tehnisko palīgīdzekļu pakalpojums ir pasākumu kopums, kas nodrošina personas funkcionēšanas novērtēšanu, tehnisko palīgīdzekļu izgatavošanu, pielāgošanu, lietošanas apmācību, remontu, aprites nodrošināšanu, kā arī piegādi personas dzīvesvietā.

Telerehabilitācija ir rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas veids, izmantojot attālinātas tehnoloģijas, kas ietver plašu pakalpojumu spektru, tostarp novērtēšanu, uzraudzību, konsultācijas un izglītību. Tas ļauj pacientiem saņemt rehabilitācijas pakalpojumus no jebkuras vietas un jebkurā laikā, samazinot nepieciešamību pēc fiziskas klātbūtnes medicīnas iestādēs. TR uzlabo pieejamību un efektivitāti, optimizējot resursu izmantošanu un veicinot pacientu motivāciju un iesaistīšanos rehabilitācijas procesā. (Alexander M., 2022)

Televeselība ir informācijas un telekomunikāciju tehnoloģiju izmantošana medicīniskās informācijas apmaiņai un nodrošinātu veselības aprūpi attālināti. Šai pieejai jāļauj pacientiem saņemt medicīnisko aprūpi un konsultācijas, izmantojot attālinātas komunikācijas

tehnoloģijas, piemēram, videozvanus vai tiešsaistes platformas. Televeselības plašāks jēdziens, kas ietver telemedicīnu un attālināto uzraudzību.

Terciārā veselības aprūpē integrēta rehabilitācija ir augsti specializēti un konsultatīvi rehabilitācijas pakalpojumi, kurus specializētās ārstniecības iestādēs nodrošina vienas vai vairāku medicīnas nozaru speciālisti.

Terciārā veselības aprūpe ir augsti specializētu veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē sniedz viena vai vairākas kādā slimību profilā specializējušās ārstniecības personas ar papildu kvalifikāciju.

Veselības aprūpes kvalitāte ir pakāpe, kādā veselības aprūpes pakalpojumi ir droši, efektīvi un pacientvērsti. Kvalitāte veselības aprūpē nozīmē, ka tā sniegta: (1) efektīvi – vēlamo rezultātu sasniegšana, korekti sniedzot pierādījumos balstītus veselības aprūpes pakalpojumus visiem tiem, kuri no tiem varētu gūt labumu, taču ne tiem, kuriem tas nav iespējams; (2) droši – samazinot veselības aprūpes kaitējumu, cik vien iespējams; (3) pacientvērsti: organizējot veselības aprūpi tā, lai, cienot pacienta individuālās izvēles, vajadzības un vērtības, tām pakārtotu profesionālos lēmumus.

Veselībratība ir cilvēka spējas iegūt, apstrādāt un saprast informāciju par veselību un veselības aprūpes pakalpojumiem, tajā skaitā ārstniecību, lai pieņemtu atbilstošus un savai veselībai nozīmīgus lēmumus.

Vispārējā veselības aprūpe (*Universal health coverage (UHC)*) ir visiem cilvēkiem bez finansiālām grūtībām ir pieejams pilns kvalitatīvu veselības pakalpojumu klāsts, kad un kur tie ir nepieciešami. Tas aptver visu būtisko veselības pakalpojumu nepārtrauktību, sākot no veselības veicināšanas līdz profilaksei, ārstēšanai, rehabilitācijai un paliatīvajai aprūpei visā dzīves garumā.²

² [Universal health coverage \(UHC\) \(who.int\)](https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage)

Ievads

Ārstniecības likumā medicīniskā rehabilitācija tiek definēta kā — medicīnas nozare, kas nodarbojas ar cilvēka fiziskā, psiholoģiskā, sociālā, aroda un izglītības potenciāla attīstīšanu vai atgūšanu atbilstoši viņa fizioloģiskajiem vai anatomiskajiem ierobežojumiem, vai — stabilu veselības traucējumu gadījumā — ar pacienta dzīves pielāgošanu videi un sabiedrībai. Rehabilitācijas galvenais uzdevums ir uzlabot/atjaunot personas funkcionēšanu līdz tādām līmenim, kas ļauj tai atgriezties ierastajā vidē un pildīt savu lomu sabiedrībā, ilgtermiņā radot pēc iespējas mazāku slogu gan veselības, gan sociālās aprūpes sistēmām. Tādējādi, medicīniskā rehabilitācija ir neatņemama veselības aprūpes sastāvdaļa, vienlaikus sniedzot pienesumu tautsaimniecībā, mazinot veselības stāvokļu radītos nelabvēlīgos efektus (t.sk. mazinot rehospitalizāciju biežumu), veicinot atgriešanos algotā darbā un mazinot nepieciešamību pēc papildus sociāliem pakalpojumiem, kas saistīti ar invaliditātes statusa noteikšanu.

Pasaules Veselības organizācija jau 2017. gadā ir skaidri nospraudusi rehabilitācijas stiprināšanu vispārējā veselības aprūpes sistēmā, visos līmeņos kā vienu no galvenajām prioritātēm veselības sistēmas stiprināšanai. Arī Latvijas Nacionālajā attīstības plānā 2021.–2027. gadam vīzijā par Latvijas valsts nākotni 2027. gadā ir teikts, ka laba veselība mūža garumā ir viens no mērķiem arī mērķtiecīgam un individualizētam sociālajam atbalstam. Vīzijā izteiktās kvalitātes ir attiecināmas arī uz rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu, kā ārstniecības procesa pēctecīgu daļu. Attīstības plāna vīzijā ir identificētas un uzskaitīti vairāki aspekti, kas norāda uz to kur jātiecas rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējiem.

Gan Latvijas Nacionālajā attīstības plānā, gan Sabiedrības veselības pamatnostādnēs ir norādīti vairāki konkrēti veselības aprūpes sistēmas trūkumu un to novēršanas aspekti. Uzskaitīti ir tādi jautājumi kā veselības aprūpes pieejamība, kvalitāte, nepieciešamība izstrādāt klīniskos ceļus, stacionāro un ambulatoro pakalpojumu pieejamība, pakalpojumu pēctecība, individualizētu rehabilitācijas pakalpojumu veidošana, datu digitalizācija, veselības aprūpes infrastruktūras uzlabošana un daudzi citi aspekti.

Valsts kontroles ziņojumā 2018. gadā par rehabilitāciju ir secināts ka Latvijā netiek īstenota mērķtiecīga un efektīva politika, kas ir vērsta uz cilvēka veselības saglabāšanu un uzlabošanu, kā arī darbspēju atjaunošanu. Ziņojumā uzsvērti vairāki rehabilitācijas attīstības virzieni – rehabilitācijas izvirzīšana kā viena no prioritātēm Veselības ministrijā, speciālo rehabilitācijas programmu efektivitātes izvērtēšanas nepieciešamība, kā arī vispārēja rehabilitācijas procesu kvalitātes izvērtēšana. Kopumā, lai uzlabotu rehabilitāciju Latvijā, ir nepieciešams ieguldīt rehabilitācijas darbaspēkā, uzlabot pakalpojumu kvalitāti, uzlabot piekļuvi pakalpojumiem un veicināt veselīgu dzīvesveidu valstī.

Lai noteiktu rehabilitācijas pakalpojumu ilgtermiņa attīstības redzējumu Latvijā, nepieciešams attīstības un plānošanas dokuments, kas nosaka rehabilitācijas pakalpojumu attīstības perspektīvu – iezīmē integrētu skatījumu valsts rehabilitācijas līdzsvarotai un

ilgtspējīgai attīstībai. Izprotot šo nepieciešamību Nacionālais Veselības dienests rosina sagatavot rehabilitācijas pakalpojumu attīstības plānu 2024. - 2028.gadam.

2023. gadā Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"" (turpmāk NRC Vaivari) un Nacionālais veselības dienests noslēdza līgumu par "Rehabilitācijas pakalpojumu attīstības plāna 2024. - 2028.gadam" izveidi, kura izstrādē plānots iesaistīt gan NRC Vaivari speciālistus, gan speciālistus no vadošajām ārstniecības iestādēm (universitātes klīnikām, iestādēm, kas sniedz stacionārus un ambulatorus rehabilitācijas pakalpojumus, reģionālām slimnīcām), kā arī piesaistot nozares ekspertus no profesionālajām asociācijām.

Dokumenta izveides darba grupa (alfabētiskā secībā):

1. Aivars Vētra, Latvijas Rehabilitācijas Profesionālo Organizāciju Asociācija
2. Anda Nulle, P.Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca
3. Andrejs Šnipkis, Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"
4. Anita Vētra, Rīgas Stradiņa universitāte
5. Dace Stirāne, Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"
6. Dina Grīnberga, Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"
7. Ēriks Švēde, Latvijas Protezēšanas un ortozēšanas asociācija
8. Guna Bērziņa, Rīgas Stradiņa universitāte
9. Gunta Kristapsone, Bērnu klīniskā universitātes slimnīca
10. Ieva Jurjāne, Liepājas reģionālā slimnīca
11. Illa Mihejeva, Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca
12. Ilva Aršauska, Latvijas Māsu asociācija
13. Inese Svikliņa, Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"
14. Ingrīda Tambora, Latvijas Ārstu Rehabilitologu Asociācija
15. Ķitija Irbe, Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca
16. Kristīna Brūvere, Veselības Ministrija
17. Kristīne Matuka, Vidzemes slimnīca
18. Līga Savicka, Latvijas Audiologopēdu asociācija
19. Linda Celmiņa-Ķeze, Nacionālais Veselības dienests
20. Līva Tiesnese, Latvijas Fizioterapeitu asociācija
21. Lolita Cibule, SIA "Rīgas veselības centrs"
22. Tatjana Ananjeva, Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"
23. Zaiga Kalnbērza-Ribule, Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"
24. Zane Liepiņa, Latvijas Ergoterapeitu asociācija
25. Zoja Osipova, Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"

Pēc darba grupā iesaistīto ekspertu viedokļa, piecas prioritārās tēmas, kas būtu iekļaujamas "Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu attīstības plāna 2024. - 2028. gadam projekta sagatavošana" ir:

1. Rehabilitācijas pakalpojumu līmeņošana un attīstība (stacionārs, ambulatori, mājas rehabilitācija, primārā aprūpē u. c.)
2. Rehabilitācijas pakalpojumu kvalitāte. Kvalitātes indikatori.
3. Rehabilitācijas pieejamības attīstība
4. Rehabilitācijas cilvēkresursu attīstība
5. Rehabilitācijas digitalizācijas attīstība (telerehabilitācija, tās tiesiskais regulējums, speciālistu kompetences, pacientu atbildība, platformas, datu bāzes, reģistri u.c.)

PROJEKTS

1. Pārskats par Latvijas normatīviem dokumentiem un pasaules plānošanas dokumentiem

1.1. Medicīniskā rehabilitācija

Atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas definīcijai rehabilitācija ir būtiska vispārējās veselības aprūpes³ sastāvdaļa, kā arī daļa no veselības veicināšanas, slimības profilakses, ārstēšanas un paliatīvās aprūpes. Rehabilitācijas mērķis ir atjaunot vai uzlabot indivīda funkcionēšanu un samazināt invalidizējošos faktorus pēc traumas, slimībām vai citiem veselības traucējumiem. Paredzams, ka nepieciešamība pēc rehabilitācijas pieaugs, ņemot vērā iedzīvotāju veselības stāvokļa un demogrāfisko raksturojumu maiņu. Tomēr jau šobrīd vajadzības pēc rehabilitācijas lielā mērā netiek apmierinātas⁴. Rehabilitācija palīdz novērst vai samazināt komplikācijas, kas saistītas ar funkcionēšanas ierobežojumiem, veselības stāvokļiem vai traumām, un tādējādi samazina nepieciešamību pēc ilgstošām vai dārgām medicīniskām manipulācijām vai hospitalizācijas. Pilnvērtīgi un mērķtiecīgi pielietota rehabilitācija var samazināt izdevumus veselības aprūpei un sociālajai aprūpei valsts līmenī, palīdzēt atgriezt cilvēkus darba tirgū.

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis⁵ ir nodrošināt personām ar noteiktiem funkcionēšanas ierobežojumiem šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu.

Ārstniecības likums⁶ nosaka, ka medicīniskā rehabilitācija ir daļa no ārstniecības tāpat kā profesionāla un individuāla slimību profilakse, diagnostika un ārstēšana, un pacientu aprūpe.

1. tabula. Medicīniskās rehabilitācijas kopsavilkums⁷ atbilstoši Donabedian modelim (Donabedian A.1988).

Aspekts	Apraksts
Struktūra	Rehabilitācijas pakalpojumus nodrošināšana monoprofesionāli un multidisciplināri, speciālisti strādā kopīgi un vienoti, iesaista pacientu un viņa piederīgos, un spēj atrisināt dažādas funkcionēšanas problēmas.
Process	Rehabilitācijas process ir iteratīvs, aktīvs, izglītojošs un balstīts uz problēmu risināšanu, ietver novērtēšanu, mērķu izvirzīšanu, iekļaušanos un atkārtotu novērtēšanu.

³ [Universal health coverage \(UHC\) \(who.int\)](http://www.who.int/healthcoverage/universal/)

⁴ [Rehabilitation \(who.int\)](http://www.who.int/rehabilitation/)

⁵ <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/mediciniska-rehabilitacija>

⁶ <https://likumi.lv/ta/id/44108-arstniecibas-likums>

Rezultāts	Rehabilitācijas procesa mērķis ir veicināt maksimālu pacienta funkcionēšanu sociālajā vidē, mazināt sāpes un distresu pacientam un viņa piederīgajiem.
------------------	--

Valsts kontrole⁸ 2018. gadā veiktā izvērtējumā atspoguļoja rehabilitāciju caur Donabediana veselības aprūpes pieejas tvērumu (1. tabula), kas plaši tiek izmantots veselības aprūpes sistēmas novērtēšanā pasaulē. Kopumā medicīniskā rehabilitācija, kaut ir daļa no veselības aprūpes, ietver arī būtisku sociālo komponentu daļu, piemēram, atgriešanos ikdienas dzīvē, darbā, kā arī pacientu – aprūpētāju, piederīgo un citu iesaistīto personu funkcionēšanu. Līdz ar to medicīniskā rehabilitācija ir cieši saistīta arī ar sociālo rehabilitāciju, kuras mērķi ietver gan fizisko, gan sociālo funkcionēšanu ikdienas dzīvē.

1.2. Medicīniskās rehabilitācijas sasaiste ar sociālo rehabilitāciju

Atbilstoši spēkā esošajai likumdošanai, Latvijā ar rehabilitāciju saistītās jomas ir nodotas dažādu resoru atbildībā un to pārvalde tie uzticēta:

- Veselības ministrijai - medicīniskā rehabilitācija;
- Labklājības ministrijai - sociālā rehabilitācija.

2.tabula. Medicīniskās un sociālās rehabilitācijas kopsavilkums

Pakalpojumu veids	Mērķis	Mērķa grupa	Pakalpojumu sniedzēji	Sniegšanās vieta
Medicīniskā rehabilitācija ⁹	Nodrošināt funkcionālo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu	Bērni un pieaugušie akūtā, subakūtā un hroniskā ārstēšanās periodā, dinamiskajā novērošanā, ar rehabilitācijas potenciālu, ar motivāciju	Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti, Funkcionālie speciālisti, Māsas, Ārstniecības atbalsta personas	Stacionārās ārstniecības iestādes, Dienas stacionārs, Ambulatorās iestādes
Sociālā rehabilitācija ¹⁰	Sociālās funkcionēšanas spēju atjaunošana vai uzlabošana,	Personas ar funkcionēšanas traucējumiem, Černobiļas AES avārijas seku	Sociālais darbinieks, Sociālais rehabilitētājs,	Sociālās integrācijas valsts aģentūra, Dienas aprūpes centrs,

⁸ [Eksperta Nodevums VK 260418.pdf \(lrvk.gov.lv\)](#)

⁹ [Medicīniskā rehabilitācija | Nacionālais veselības dienests \(vmnvd.gov.lv\)](#)

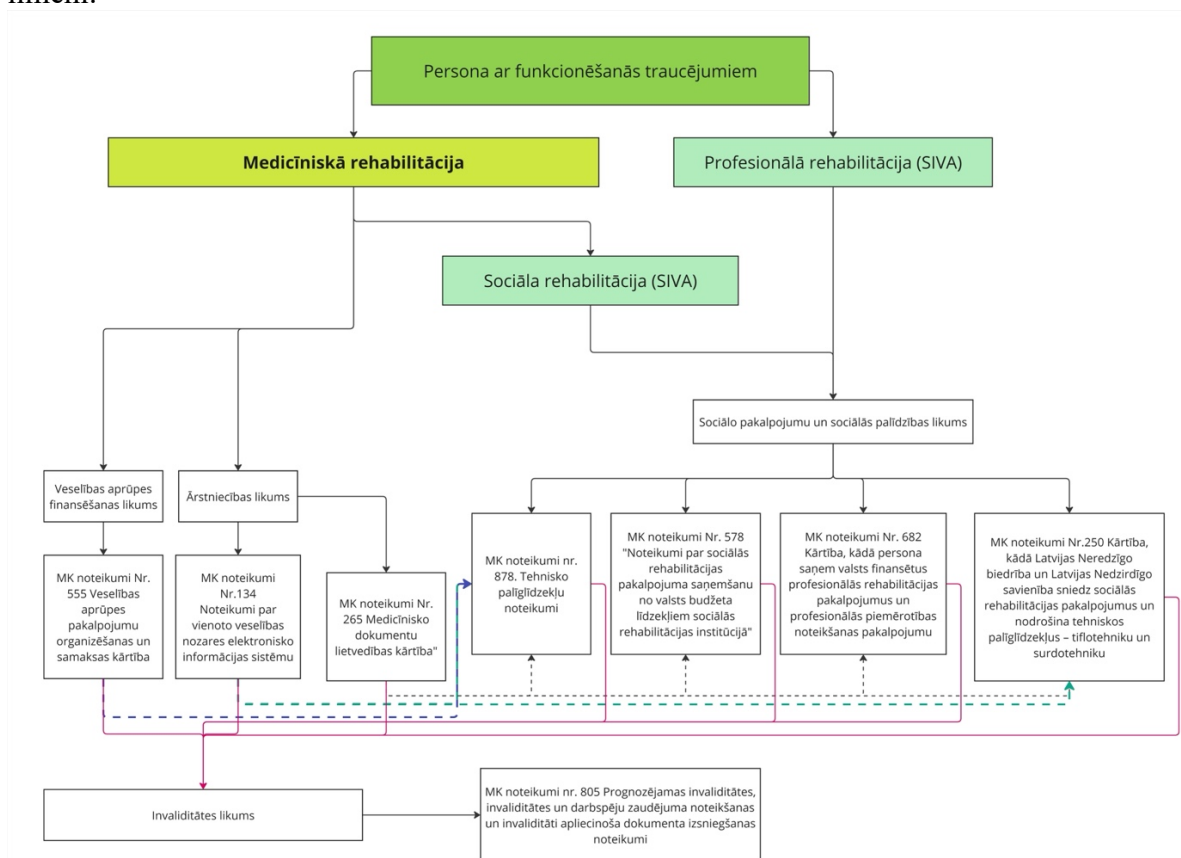
¹⁰ [Sociālā rehabilitācija | Labklājības ministrija \(lm.gov.lv\)](#)

	sociālā statusa atgūšana un iekļaušanās sabiedrībā	likvidēšanas dalībnieki, politiski represētās personas, prettiesiskās darbības upuri u.c.	Sociālais aprūpētājs, Funkcionālie speciālisti, Ārstējošais ārsts	Dzīvesvieta, Specializētās darbnīcas, Krīzes centrs, Sociālās rehabilitācijas institūcija
--	--	---	---	---

2. tabulā ir atspoguļots kopsavilkums par medicīnisko un sociālo rehabilitāciju. Tabulā redzamā informācija atspoguļo divus atšķirīgus, taču savstarpēji saistītus rehabilitācijas veidus - medicīnisko un sociālo rehabilitāciju. Medicīniskā rehabilitācija vērsta uz fizisko aspektu un funkcionālo ierobežojumu mazināšanu, turpretī sociālā rehabilitācija fokusējas uz personu sociālās funkcijas veicināšanu un iekļaušanos sabiedrībā, ietverot arī emocionāla atbalsta sniegšanu un sociālu integrāciju. Gan medicīniskajā, gan sociālajā rehabilitācijā strādā speciālisti un pakalpojumu sniedzēji, kuri var darboties gan medicīnas, gan sociālās aprūpes jomās, tomēr pakalpojumu sniegšanas vietas var atšķirties, aptverot gan ārstniecības iestādes, gan sociālās rehabilitācijas centrus un institūcijas.

1. attēlā ir atspoguļota vispārīga sasaiste normatīvo dokumentu līmenī, apliecinot praktisko medicīniskās un sociālās rehabilitācijas sasaisti.

1. attēls. Medicīniskās un sociālās rehabilitācijas sasaiste likumu un normatīvo dokumentu līmenī.



1.3. Medicīniskā rehabilitācija normatīvo dokumentu kontekstā

Latvijas likumi un MK noteikumi regulē dažādas jomas saistībā ar rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu un saņemšanu. Šie normatīvie akti aptver medicīnisko aprūpi, sociālo pakalpojumu sniegšanu, datu apstrādi, tehnisko palīgīdzekļu piešķiršanu un invaliditātes novēršanas un noteikšanas principus. Katrā no šiem likumiem vai normatīvajiem dokumentiem ir īss apraksts, kas norāda uz tā saturu saistībā ar medicīniskajiem un sociālajiem rehabilitācijas pakalpojumiem vai to elementiem (skatīt 3.tabulu).

3. tabula. Normatīvo dokumentu kopsavilkums, kas tieši vai netieši ietver medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus un to pārvaldību.

Normatīvais akts	Rehabilitācijas konteksts
Ārstniecības likums ¹¹	Regulē slimību un traumu profilaksi, diagnostiku, ārstēšanu un rehabilitāciju, ietverot medicīnisko rehabilitāciju.

¹¹ [Ārstniecības likums \(likumi.lv\)](http://likumi.lv)

Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums ¹²	Nosaka sociālo pakalpojumu un palīdzības sniegšanas principus, ietverot tehnisko palīgīdzekļu piešķiršanu tiem, kam ir ķermeņa funkciju traucējumi vai anatomiskie defekti.
MK noteikumi Nr. 265 Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība ¹³	Reglamentē medicīnisko dokumentu procedūras ārstniecības iestādēs, ietverot obligātās prasības medicīniskajiem ierakstiem par rehabilitācijas saņemšanu.
MK noteikumi Nr. 134 Noteikumi par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu ¹⁴	Nosaka procedūras un datu apstrādes prasības Veselības informācijas sistēmā, kas nodrošina informācijas apmaiņu un pakalpojumu sniegšanu, ietverot arī rehabilitācijas informāciju.
MK noteikumi Nr. 578 Noteikumi par sociālās rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanu ¹⁵	Nosaka kārtību, kādā var saņemt sociālās rehabilitācijas pakalpojumus, ietverot prioritāšu noteikšanu un individuālās vajadzības.
Veselības aprūpes finansēšanas likums ¹⁶	Nodrošina veselības aprūpes finansēšanu, kas ietver arī rehabilitācijas pakalpojumus, un veicina to pieejamību sabiedrībai.
MK noteikumi Nr. 682 Kārtība, kādā persona saņem rehabilitācijas pakalpojumus ¹⁷	Noteikumi nosaka kārtību, kādā personām tiek sniegti valsts finansēti rehabilitācijas pakalpojumi un profesionālās piemērotības noteikšanas pakalpojumi, ietverot prioritātes un tiesības/pakalpojumu sniegšanas procedūras.
MK noteikumi Nr. 878 Tehnisko palīgīdzekļu noteikumi ¹⁸	Reglamentē tehnisko palīgīdzekļu piešķiršanas kārtību personām ar ierobežotām funkcijām vai invaliditāti.
Invaliditātes likums ¹⁹	Nosaka procedūras prognozējamās invaliditātes un invaliditātes ekspertīzes veikšanai un nepieciešamos pasākumus, ietverot vienotu rehabilitācijas procesu.

¹² [Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums \(likumi.lv\)](#)

¹³ [Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība \(likumi.lv\)](#)

¹⁴ [Noteikumi par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu \(likumi.lv\)](#)

¹⁵ [Noteikumi par sociālās rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanu no valsts budžeta līdzekļiem sociālās rehabilitācijas institūcijā \(likumi.lv\)](#)

¹⁶ [Veselības aprūpes finansēšanas likums \(likumi.lv\)](#)

¹⁷ [Kārtība, kādā persona saņem valsts finansētus profesionālās rehabilitācijas pakalpojumus un profesionālās piemērotības noteikšanas pakalpojumus \(likumi.lv\)](#)

¹⁸ [Tehnisko palīgīdzekļu noteikumi \(likumi.lv\)](#)

¹⁹ [Invaliditātes likums \(likumi.lv\)](#)

--	--

1.4. Medicīniskā rehabilitācija veselības aprūpes plānošanas dokumentos Latvijā

Pasaules Veselības organizācija (PVO) kā vienu no pastāvošajiem šķēršļiem, kas kavē rehabilitācijas stiprināšanu un paplašināšanu valstīs²⁰, min prioritāšu noteikšanu no valdības puses un rehabilitācijas politikas trūkumu un plānošanu valsts un vietējā līmenī.

4. tabulā ir apkopoti MK un VM²¹ plānošanas dokumenti, kas tieši vai netieši attiecināmi uz medicīnisko rehabilitāciju laika posmā no 2021. gada līdz 2029. gadam.

Plānošanas dokumenti ietver:

- rehabilitācijas integrēšanu veselības aprūpes stratēģijā;
- pieejamo pakalpojumu un to savlaicīguma uzlabošanu visos veselības aprūpes posmos;
- individuāli pielāgotu rehabilitācijas plānu izstrādi;
- pacientu ceļa kartes izveidi integrētai rehabilitācijai;
- ambulatoro rehabilitācijas pakalpojumu apjoma palielināšanu;
- digitālo tehnoloģiju lomas uzsvēršanu veselības aprūpē un izglītībā;
- procesu dokumentācijas digitalizāciju un citus digitālās veselības stratēģijas aspektus.

4.tabula. VM Plānošanas dokumentu apkopojums par attīstības virzieniem, kas ietekmē rehabilitācijas nozari (2021.–2029. gads)

Dokumenta nosaukums	Attīstības virzieni, kas attiecināmi uz rehabilitācijas nozari
Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2021.–2027. gadam ²²	- Nāves gadījumu skaita samazināšanai jāuzlabo gan veselības aprūpes pieejamība, gan kvalitāte. - Pietiekams ārstniecības personāla skaits - Klīnisko ceļu izstrāde no slimības aizdomām līdz rehabilitācijai - Pacientu konsultēšana par veselīgu dzīvesveidu. - Ģimenes ārstu lomas stiprināšana - Medicīnas tehnoloģiju ieviešana ārstēšanas procesu uzlabošanai.
Sabiedrības veselības pamatnostādnes (2021-2027. gadam) ²³	- Integrēt rehabilitāciju veselības aizsardzības stratēģijā, iekļaujot akūtu, subakūtu un ilgtermiņa rehabilitāciju.

²⁰ [19013 WHO Recommendations for Rehab For web.pdf](#)

²¹ [Attīstības plānošanas dokumenti | Veselības ministrija \(vm.gov.lv\)](#)

²² [Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2021.-2027. gadam | Ministru kabinets \(mk.gov.lv\)](#)

²³ [Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam \(likumi.lv\)](#)

	- Uzlabot rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību un savlaicīgumu visos veselības aprūpes posmos. - Izstrādāt individuāli pielāgotus rehabilitācijas plānus slimību un traumu seku novēršanai un darbspēju saglabāšanai. - Izveidot pacientu ceļa kartes, lai nodrošinātu integrētu rehabilitāciju ārstēšanas procesā. - Palielināt ambulatoro rehabilitācijas pakalpojumu apjomu. - Attīstīt multidisciplināru pieeju reto slimību un hronisko pacientu ārstēšanā, iekļaujot rehabilitācijas speciālistus. - Stiprināt hronisku pacientu veselības aprūpi mājās, iesaistot gan primārās, gan sekundārās aprūpes speciālistus, tai skaitā funkcionālos speciālistus. - Digitalizācijas loma veselības aprūpē un saistošajā izglītībā - IT vides centralizācija un kompetences stiprināšana. - PVO klasifikāciju izmantošana veselības un labklājības jomās. - Procesu dokumentācijas digitalizācija - Klīniski metodiskās vadības attīstība rehabilitācijas nozarē. - Veselības nozares digitālo risinājumu pārvaldības uzlabošana. - Veselības datu digitalizācija un pārrobežu apmaiņa. - Digitālo prasmju attīstība.
Par Veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanas plānu onkoloģijas jomā 2022.–2024. gadam ²⁴	- Uzlabot medicīniskās un psihosociālās rehabilitācijas pieejamību; - Pacientu dzīves kvalitātes uzlabošana pēc ārstēšanas, nodrošinot medicīnisko un psihosociālo rehabilitāciju, paliatīvo aprūpi un integrētu veselības aprūpi.
Plāns reto slimību jomā 2023.–2025. gadam ²⁵	- Uzlabot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību un kvalitāti RS pacientiem
Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes	- Nepieciešams izstrādāt Ministru kabineta noteikumus, kas nosaka psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu pilngadīgiem paliatīvās aprūpes pacientiem un viņu ģimenes locekļiem.

²⁴ [Par Veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanas plānu onkoloģijas jomā 2022.–2024. gadam \(likumi.lv\)](#)

²⁵ [Plāns reto slimību jomā 2023.–2025. gadam \(likumi.lv\)](#)

pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā²⁶	- Jāizstrādā algoritms ārstniecības iestādēm, lai noteiktu vienotu kārtību ambulatoro un stacionāro paliatīvās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai. - Nepieciešams ieviest akadēmiskās stundas paliatīvās aprūpes principu apguvei pēdējos medicīnas studijuursos, kā arī jāizstrādā pēcdiploma izglītības kursi primārās un sekundārās veselības aprūpes speciālistiem, lai paplašinātu viņu zināšanas un prasmes paliatīvās aprūpes jomā.
Digitālās veselības stratēģija līdz 2029. gadam²⁷	- Veselības aprūpes uzlabošana, izmantojot digitālās tehnoloģijas. - Digitalizācija un datu centralizācija. - Pakalpojumu saņēmēju iesaiste. - Attālinātie risinājumi un telemedicīna. - Digitālo prasmju attīstība. - Datus balstīta pārvaldība. - Finansējums un resursi.

1.5. Medicīniskā rehabilitācija veselības aprūpes plānošanas dokumentos Eiropā un pasaulē

PVO norāda, ka atšķiras rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība un kvalitāte 53 Eiropas reģiona dalībvalstīs. Ir valstis, kurās rehabilitācija ir integrēta veselības aprūpē jau ilgu laiku un ir pieejama tiem, kam tā nepieciešama, bet vienlaikus ir valstis, kurās rehabilitācija kā veselības aprūpes nozare vēl tikai attīstās.²⁸

2019. gadā no 900 miljoniem cilvēku Eiropas PVO reģionā, 394 miljoniem jeb 2 no 5 cilvēkiem bija nepieciešama rehabilitācija. Prognozēts, ka tuvākajos gados pieaugs vajadzība pēc rehabilitācijas, jo pieaug iedzīvotāju vecums un neinfekcijas slimību izplatība. Vairāk nekā 15% cilvēku Eiropas reģionā dzīvo ar invaliditāti, taču vairāk nekā puse no tiem nesaņem nepieciešamos rehabilitācijas pakalpojumus²⁹.

PVO plānošanas dokumentos atspoguļota informācija ar rehabilitāciju saistītiem stereotipiem, kas pastāv arī Latvijā. Nepilnīga izpratne un maldīgi priekšstati veicina šo stereotipu veidošanos, radot stigmatizāciju un ierobežojot atvērtas sarunas. Finansiālās bailes

²⁶ Par konceptuālo ziņojumu "Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā" (likumi.lv)

²⁷

google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwii6rXMmsuFAxVKHRAIHS4OBT0QFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2Ftapportal.mk.gov.lv%2Fattachments%2Flegal_acts%2Fdocument_versions%2Fd98fba0c-56e5-4d5f-a80f-58e277e246c1%2Fdownload&usq=AOvVaw0fl16a4lzXSzcl8JeFlKo&opi=89978449

²⁸ [The need for rehabilitation services in the WHO European Region](https://www.who.int/publications-detail/the-need-for-rehabilitation-services-in-the-who-european-region)

²⁹ [Rehabilitation EURO \(who.int\)](https://www.who.int/publications-detail/rehabilitation-euro)

var novest pie izvairīšanās no rehabilitācijas pakalpojumiem, ietekmējot pieprasījumu un rada sistēmas problēmas. Lai risinātu šīs problēmas, nepieciešama labāka pārvaldība un papildus finansējums. 5. tabulā ir atspoguļoti dokumenti, kuros tiek ietverts rehabilitācijas jautājums un noteikti attīstības mērķi pasaules un Eiropas kontekstā.

5.tabula. Rehabilitācija pasaules un Eiropas plānošanās dokumentos

<i>Rehabilitation in health systems</i> ³⁰	- Rehabilitācijai jābūt pieejamai visiem iedzīvotājiem un visos dzīves posmos. - Rehabilitācija jāintegrē visos veselības aprūpes līmeņos. - Pilnvērtīga veselības aprūpes sistēma nevar pastāvēt bez rehabilitācijas. - Nepieciešams izvērtēt esošo veselības IS pieejamību valstīs, datu uzkrāšanas veidus un datu atspoguļošanas iespējas, izmantojot SFK.
<i>Global report on health equity for persons with disabilities</i>³¹	- Pierādīts augstāks priekšlaicīgas nāves un saslimšanas risks personām ar invaliditāti sakarā ar nevienlīdzību veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas ziņā. Personām ar funkcionēšanas traucējumiem ir ierobežotas iespējas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus. - Ziņojums mudina veikt pasākumus, lai novērstu šo nevienlīdzību un sniedz konkrētus ieteikumus valstu līmenī, tai skaitā digitalizācijas kontekstā. - Tajā uzsvērtā pilnīga un efektīva personas ar invaliditāti līdzdalība veselības jomā.
<i>Supporting government policies to embed and expand rehabilitation in health systems in Europe: A framework for action (Skempes u.c., 2022)</i>	- Paplašināt rehabilitācijas programmas, stiprinot primārās aprūpes resursus. - Atbalstīt rehabilitācijas medicīnas programmu attīstību. - Definēt skaidrus rehabilitācijas ceļus un modeļus, samazinot pārtraukumus un nodrošinot optimālu resursu izmantošanu. - Izstrādāt normas un prakses standartus, izmantojot e-veselības tehnoloģijas. - Pārkārtot rehabilitācijas pakalpojumus, pielāgojot jauniem aprūpes modeļiem un jauninājumiem. - Strukturēt rehabilitācijas nodrošināšanu, izmantojot interprofesionālo pieeju.

³⁰ [19013 WHO Recommendations for Rehab For web.pdf](#)

³¹ [Global report on health equity for persons with disabilities \(who.int\)](#)

	- Pielāgot rehabilitācijas plānus individuālajām un ģimenes vajadzībām. - Palielināt ieguldījumus atgriešanās darbā un profesionālās reintegrācijas pakalpojumos. - Nodrošināt vienlīdzīgu piekļuvi tehnoloģijām un rehabilitācijas inovācijām. - Palielināt publisko finansējumu un efektīvi pārvaldīt resursus. - Veidot alternatīvas pieejas, kā nodrošināt piekļuvi tehniskajiem palīg līdzekļiem. - Plānot un pārvaldīt resursus, nodrošinot atbilstošu rehabilitācijas infrastruktūras līmeni. - Institucionalizēt rehabilitācijas pakalpojumu pārskatīšanu un informēt sabiedrību.
<i>World Rehabilitation Alliance: meeting report, Geneva, Switzerland³², 12–13 July 2023. (WHO, 2023)</i>	- "funkcionēšana" virza uz optimālu ikdienas dzīves līmeni, uzlabojot indivīdu kopējo labklājību. - Taishnīguma princips nodrošina vienlīdzīgu piekļuvi kvalitatīvai rehabilitācijai, izmantojot visaptverošu veselības aprūpi (UHC) un integrēšanu sabiedrībā. - Integrācijas princips apgalvo, ka rehabilitācijas pakalpojumi jānodrošina tuvāk sabiedrībai, integrējot tos gan sekundārajā, gan primārajā veselības aprūpes līmenī.
PVO globālā stratēģija digitālajai veselībai³³ (2020–2025)	- Katrā valstī jāizstrādā savs digitālās veselības rīcības plāns, ņemot vērā valsts specifiskos kontekstus un stratēģijas. - Digitālās veselības iniciatīvām jābūt integrētai stratēģijai, kas apvieno vadību, finanses, cilvēkresursus un tehnoloģijas. - Lai veicinātu digitālo veselību, valstis virzīsies uz ilgtspējīgiem mērķiem, ņemot vērā savu suverenitāti, kultūru, vērtības un veselības politiku. - Globālā stratēģija atbalsta digitālo tehnoloģiju izmantošanu veselībai, pielāgojot tās dažādām valstīm un veicinot datu saskaņotību ar PVO standartiem. - Digitālā veselība jāīsteno, ņemot vērā veselības veicināšanu, ētiku un datu drošību, pamatojoties uz cilvēku uzticību un efektivitāti. - Ir svarīgi novērst galvenos šķēršļus, ar kuriem saskaras vismazāk attīstītās valstis, cenšoties ieviest digitālās veselības tehnoloģijas.

³² [World Rehabilitation Alliance: meeting report, Geneva, Switzerland, 12–13 July 2023 \(who.int\)](https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf)

³³ [who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf)

Ņemot vērā šos plānošanas dokumentus un to attīstības virzienus, medicīniskās rehabilitācijas attīstībai ir vairāki būtiski punkti:

- Medicīniskai rehabilitācijai ir **jābūt pieejamai visiem iedzīvotājiem** neatkarīgi no viņu sociālekonomiskā stāvokļa vai dzīves posma.
- Turklāt, pakalpojumu **integrēšana visos veselības aprūpes līmeņos** ir svarīga, lai pacientiem būtu piekļuve rehabilitācijai neatkarīgi no tā, kurā veselības aprūpes posmā viņi atrodas.
- **Skaidru rehabilitācijas ceļu** un individuālu rehabilitācijas plānu izveide ir būtiska, lai optimizētu resursu izmantošanu un nodrošinātu pacientiem pielāgotus aprūpes pakalpojumus atbilstoši viņu individuālajām vajadzībām un veselības stāvoklim.
- **Digitāla rehabilitācija**, t.sk. tehnoloģijas, telemedicīna un e-veselība var kalpot kā efektīvi līdzekļi, lai uzlabotu rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību un efektivitāti.
- **Nepieciešams noteikt un ieviest rehabilitācijas pakalpojumu kvalitātes kritērijus.** Pakalpojumu plānošanai un attīstībai, efektivitātes novērtēšanai ir nepieciešami kvalitātes kritēriji, kas varētu būt par pamatu pakalpojumu sniedzēju atlasei un pakalpojuma uzturēšanai atbilstošā līmenī.
- **Nepieciešams izstrādāt skaidras un efektīvas rehabilitācijas politikas**, kā arī normatīvo regulējumu, kas nodrošina nepieciešamo pamatu un resursus medicīniskās rehabilitācijas attīstībai un pilnvērtīgai integrācijai veselības aprūpes sistēmā.
- **Veicināt sabiedrības izpratni un zināšanas** (veselībasprātība) par rehabilitācijas nozīmi un pieejamajiem pakalpojumiem.

2. Esošās situācijas apraksts

2.1. Rehabilitācijas pakalpojumu līmeņošana un attīstība

Atbilstoši Veselības aprūpes finansēšanas likumam³⁴, veselības aprūpes pakalpojumi tiek kategorizēti trīs līmeņos:

- primārā veselības aprūpe,
- sekundārā veselības aprūpe,
- terciārā veselības aprūpe.

Šie veselības aprūpes līmeņi ir saistīti ar noteiktu skaitu pakalpojumu sniedzēju, kuriem ir līgumattiecības ar Nacionālo veselības dienestu (NVD) un kuri sniedz valsts apmaksātus pakalpojumus (skatīt 6. tabulu)³⁵:

6. Tabula. Rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju skaits un veids dažādos veselības aprūpes līmeņos

Līmenis	Pakalpojumu sniedzēju skaits	Valsts apmaksātie pakalpojumi
Primārā veselības aprūpe	47	- Aprūpe mājās, - Paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojumi pacienta dzīvesvietā
Sekundārā veselības aprūpe	417	- Rehabilitācija dienas stacionārā bērniem un rehabilitācija dienas stacionārā pieaugušajiem; - Funkcionālā speciālista sniegti rehabilitācijas pakalpojumi ar ģ.ā. vai ārsta ar speciālista nosūtījumu. - FMRĀ konsultācijas bērniem un pieaugušajiem; - Agrīnās intervences pakalpojums bērniem ar AST vai aizdomām par AST; - Agrīnās intervences pakalpojums pacientiem pēc pirmās psihotiskās epizodes.
Terciārā veselības aprūpe	17	- Stacionārā rehabilitācija

Rehabilitācijas pakalpojumu dalījums Latvijā pēc PVO ieteiktiem rehabilitācijas līmeņiem ir atpoguļots 7. tabulā. Līmeņi ir daudzveidīgi un aptver dažādas veselības aprūpes un kopienas pieejas³⁶ - gan specializēti, augstas intensitātes rehabilitācijas pakalpojumi, gan rehabilitācija, kas ir integrēta dažādās medicīnas specialitātēs terciārajā un sekundārajā veselības aprūpē, gan primārajā veselības aprūpē integrēti rehabilitācijas pakalpojumi, gan sabiedrībā sniegta rehabilitācija, kā arī neformālā un pašvirzītā aprūpe, kas notiek kopienā.

³⁴ [Veselības aprūpes finansēšanas likums \(likumi.lv\)](http://likumi.lv)

³⁵ [Ambulatoro pakalpojumu sniedzēji un gaidīšanas rindas | Nacionālais veselības dienests \(vmnvd.gov.lv\)](http://vmnvd.gov.lv)

³⁶ [Rehabilitation in health systems: guide for action \(who.int\)](http://who.int)

7. tabula. Rehabilitācijas pakalpojumu dalījums Latvijā pēc PVO ieteiktiem rehabilitācijas līmeņiem

Pakalpojumu sadalījums rehabilitācijas pakalpojumiem	Finansējums	Pakalpojums
Primārajā veselības aprūpē integrēta rehabilitācija	VM	- Paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojumi - aprūpe mājās, kuras ietvaros tiek nodrošināta medicīniskā rehabilitācija.
	Pacienta personīgie vai trešo personu līdzekļi	- Funkcionālo speciālistu konsultācijas un nodarbības par personīgajiem vai apdrošinātāju segtajiem līdzekļiem funkcionālo speciālistu privātprakšu ietvaros.
	LM	- Sociālā aprūpe dzīvesvietā
Sekundārajā veselības aprūpē integrēta rehabilitācija	VM	- Šobrīd pieejami valsts apmaksāti ambulatori pakalpojumi ar ģimenes ārsta vai ārsta speciālista nosūtījumu pie funkcionālā specialista (fizioterapeita, ergoterapeita un audiologopēda), kur ir noteikts nodarbību skaita ierobežojums līdz 5 reizēm. - Sekundārā līmeņa slimnīcās un klīnikās ir pieejami stacionārās (rehabilitācijas pakalpojums jaukta tipa gultās) un ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumi. - Valsts apmaksātie pakalpojumi ir sadalīti vairākās kategorijās: rehabilitācijas pakalpojumi pieaugušajiem; rehabilitācijas pakalpojumi bērniem; rehabilitācija dienas stacionārā pieaugušajiem; rehabilitācija dienas stacionārā bērniem; psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā, funkcionālo speciālistu kabineti psihiatriskajiem pacientiem. - Sekundārā veselības aprūpes līmenī Latvijā darbojas kopumā 417 pakalpojumu sniedzēji, kuru reģionālais sadalījums ir šāds: Kurzemē 28; Latgalē 36; Rīgā 79; Vidzemē 38; Zemgalē 31
Terciārā veselības aprūpē integrēta rehabilitācija	VM	- Terciārā līmeņa slimnīcās un klīnikās ir pieejami stacionārie un ambulatorie rehabilitācijas pakalpojumi gan bērniem, gan pieaugušajiem. - Šīs iestādes nodrošina gan akūtas gultas, gan plašu rehabilitācijas pakalpojumu klāstu. Piecas no

		septiņām šāda līmeņa slimnīcām piedāvā dienas stacionāra pakalpojumus.
Specializēti, augstas intensitātes rehabilitācijas pakalpojumi	VM	- Pakalpojumi ar sarežģītām rehabilitācijas vajadzībām akūtā un subakūtā aprūpes posmā Latvijā var tikt nodrošināti stacionārajās gultās, kuras piedāvā rehabilitācijas centri un slimnīcas. - Šo pakalpojumu nodrošina VSIA NRC "Vaivari" (kas ir valstij piederošs specializēts rehabilitācijas centrs, kas nodrošina specializētus augstas intensitātes rehabilitācijas pakalpojumus un ilgākas uzturēšanās iespējas un NVD veidotajā veselības aprūpes iestāžu dalījumā pa līmeņiem tiek definēta kā specializētā ārstniecības iestāde. VSIA NRC "Vaivari" nodrošina arī otrā etapa medicīnisko rehabilitāciju), RC „Līgatne, RC „Tērvete” RC „Rāzna”, KRC „Jaunķemeri” un SIA RC „Poga”. KRC “Jaunķemeri” un RC “Poga” ir privāti uzņēmumi, tomēr KRC “Jaunķemeri” ir līgumattiecības ar NVD, kuru ietvaros tiek nodrošināta Post Covid stacionāra rehabilitācija. Pārējie centri pieder pašvaldībām un nodrošina maksas stacionāros un valsts apmaksātus dienas stacionāra un ambulatoros pakalpojumus, kā arī tiek nodrošinātas dzīvošanas iespējas uz vietas par maksu. - Uz šo brīdi Latvijā ir pieejamas 267 gultas stacionārajā rehabilitācijā pieaugušajiem un 70 gultas stacionārajā rehabilitācijā bērniem. Stacionārās rehabilitācijas pakalpojumi un gultas ir pieejamas piecās specializētajās ārstniecības iestādēs.
Kopienā sniegti pakalpojumi, kas integrēti sabiedrības līmenī sniegtajās veselības aprūpes programmās:	VM,LM	- Tiek nodrošināti rehabilitācijas pakalpojumi mājās, kā arī pieejamas funkcionālo speciālistu konsultācijas un nodarbības par personīgajiem vai apdrošinātāju segtajiem līdzekļiem funkcionālo speciālistu privātpraksē.
Pakalpojumi pacienta dzīvesvietā	VM	- Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi mājās tiek nodrošināti šādām pacientu grupām: - o rehabilitācijas pakalpojumus personām ar sekām pēc muguras smadzeņu bojājuma (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kods T91.3).

		○ personām ar cerebrovaskulāru slimību (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi I60, I61, I63, I64, I69) - Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums mājās valsts finansējuma ietvaros tiek nodrošināts ar fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta izsniegtu nosūtījumu un medicīniskās rehabilitācijas plānu. Iesaistītie speciālisti ir fizioterapeits, ergoterapeits, audiologopēds – regulāri mājas vidē nodrošina rehabilitācijas pakalpojumus atbilstoši plānam.
Tehniskie palīgīdzekļi	LM	- No valsts budžeta tiek finansēti tehnisko palīgīdzekļu pakalpojumi personām, kurām ir ilgstoši vai īslaicīgi funkcionālie traucējumi, kuru dēļ tām ir grūtības sevi aprūpēt, pārvietoties vai iekļauties sabiedrībā, t.sk. personām ar prognozējamu invaliditāti: ○ pārvietošanās, pašaprūpes tehniskie palīgīdzekļi, protēzes, ortozes, ortopēdiskie apavi un komunikācijas palīgīdzekļi - izsniegšanu nodrošina VSIA „NRC „Vaivari””; ○ surdotehniskie palīgīdzekļi - izsniegšanu nodrošina Latvijas Nedzirdīgo savienība; ○ tiflotehniskie palīgīdzekļi un acu protēzes - izsniegšanu nodrošina Latvijas Neredzīgo biedrība. - Tehniskie palīgīdzekļi tiek izsniegti atbilstoši pieprasījumam, atkārtotas saņemšanas iespējas atkarīgas no konkrētajam tehniskajam palīgīdzeklim noteiktā lietošanas laika.
Paliatīvā aprūpe	VM, LM	- Pieaugušajiem - ambulatori un stacionārā, kā arī paliatīvās aprūpes mobilo komandu pakalpojumi pacienta dzīvesvietā ^{37, 38}. - Bērniem - ģimenes ārsta mājas vizītes, veselības aprūpes pakalpojumi mājās, tai skaitā, medicīniskā rehabilitācija mājās, multidisciplinārās komandas

³⁷ [download \(vmnvd.gov.lv\)](http://download.vmnvd.gov.lv)

³⁸ [Paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojumi pacienta dzīvesvietā | Nacionālais veselības dienests \(vmnvd.gov.lv\)](#)

		pakalpojumi paliatīvās aprūpes kabinetos, stacionārā aprūpe. ³⁹
Agrīnas intervences programma	VM	- No 2023. gada jūnija agrīnās intervences pakalpojumus nodrošina šādas ārstniecības iestādes Latvijā: Bērnu klīniskā universitātes slimnīca; Talsu veselības centrs; RSU ambulance; Slimnīca “Ģintermuiža”; Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca; Rīgas veselības centrs ⁴⁰ .
Sociālā rehabilitācija ⁴¹	LM	- Sociālas rehabilitācijas pakalpojums pēc medicīniskās rehabilitācijas personām darbspējīgā vecumā. - Dažāda veida sociālie pakalpojumi. - Ilgtermiņa sociālās aprūpes un rehabilitācijas pakalpojumi. - Valsts apmaksāti profesionālās rehabilitācijas pakalpojumi un profesionālās piemērotības noteikšanas pakalpojumi.
Neformālā un pašvirzītā aprūpe, kas notiek kopienā	Veselības ministrija, pašvaldības	- Dienas aprūpes centri - Grupu mājas/dzīvokļi - Specializētās darbnīcas - Krīzes centri - Sociālās rehabilitācijas pakalpojumi dzīvesvietā.

- Akūtā rehabilitācija jaukta profila gultās tiek nodrošināta tikai III, IV un V līmeņa iestādēs.
- Dienas stacionārā subakūtā multiprofesionālā rehabilitācija tiek sniegta IV un V līmeņa ārstniecības iestādēs, kā arī rehabilitācijas iestādēs, kas piedāvā rehabilitācijas pakalpojumus un nav iekļautas slimnīcu tīklā, piemēram, KRC “Jaunķemeri”, RC “Tērvete”, RC “Rāzna” un RC “Līgatne”. Šajā kategorijā ietilpst arī specializētā rehabilitācija, tostarp psihiatriskā rehabilitācija.
- Subakūtā ambulatorā rehabilitācija tiek nodrošināta I, II, III, IV un V līmeņa ārstniecības iestādēs, kā arī rehabilitācijas iestādēs, kas piedāvā rehabilitācijas pakalpojumus un nav iekļautas slimnīcu tīklā, piemēram, KRC “Jaunķemeri”, RC “Tērvete”, RC “Rāzna”, un RC “Līgatne”, kā arī specializētās rehabilitācijas iestādes un ambulatorās iestādes.
- Ilgtermiņa multiprofesionālā rehabilitācija stacionārā tiek nodrošināta IV un V līmeņa ārstniecības iestādēs, un šos pakalpojumus nodrošina arī Sociālās Integrācijas Valsts Aģentūra.
- Ilgtermiņa rehabilitācija Dienas stacionārā tiek nodrošināta I, II, III, IV un V līmeņa ārstniecības iestādēs, kā arī rehabilitācijas iestādēs, kas piedāvā rehabilitācijas pakalpojumus un nav iekļautas

³⁹ [download \(vmnvd.gov.lv\)](https://vmnvd.gov.lv)

⁴⁰ [Par agrīnās intervences pakalpojumu pieejamību bērniem ar autiskā spektra traucējumiem | Veselības ministrija \(vm.gov.lv\)](https://vm.gov.lv)

⁴¹ [Sociālā rehabilitācija | Labklājības ministrija \(lm.gov.lv\)](https://lm.gov.lv)

slimnīcu tīklā, piemēram, KRC “Jaunķemeri”, RC “Tērvete”, RC Rāzna un RC “Līgatne”, un ambulatorās iestādes.

Ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumus ambulatori nodrošina I, II, III, IV un V līmeņa ārstniecības iestādes, kā arī rehabilitācijas iestādes, kas piedāvā rehabilitācijas pakalpojumus un nav iekļautas slimnīcu tīklā, piemēram, KRC “Jaunķemeri”, RC “Tērvete”, RC Rāzna un RC “Līgatne”, kā arī ambulatorās iestādes. Plašāks ārstniecības iestāžu dalījums pa līmeņiem un to sniegto rehabilitācijas pakalpojumu saraksts ir apkopots 1. pielikumā, 12. tabulā un 2. pielikumā 13. tabulā.

Līdz šim nav veikti pietiekami daudz pētījumu vai analīzes par rehabilitācijas nodrošināšanu visu līmeņu slimnīcās un to atbilstību. Tāpat arī nav pietiekami izpētīti pacientu ceļi no viena līmeņa uz otru, kas būtu nepieciešams, lai optimizētu rehabilitācijas procesu un nodrošinātu pilnīgu aprūpi pacientiem. Šāda analīze būtu būtiska, lai saprastu esošās prakses un atklātu jebkādas nepilnības vai trūkumus.

Lai pilnībā aptvertu rehabilitācijas procesa norisi katrā līmenī un organizētu to efektīvi, ir nepieciešams ievērot dažādus pieejas veidus, kas papildina SFK. ICSO-R klasifikācija, kas tika atjaunota 2019. gadā kā ICSO-R 2.0, ņemot vērā iepriekšējās sistēmas nepilnības, ir svarīgs instruments veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un sniegto pakalpojumu kvalitātes novērtēšanai un aprakstīšanai. Izmantojot ICSO-R un ICSO-R 2.0 sistēmu, tika veikti trīs pētījumi, kas atspoguļo dažādu pakalpojumu sniegšanas invertējumu, bet neaptver rehabilitāciju nodrošināšanu visā valstī. (Gutenbrunner C, 2020)

2.2. Rehabilitācijas pakalpojumu kvalitāte

Rehabilitācijas pakalpojumu kvalitātes nodrošināšana un pārraudzības regulējuma trūkumu Latvijā šobrīd var uzskatīt par izaicinājumu, kas ietekmē gan pacientu apmierinātību, gan ārstēšanas efektivitāti. Pēc Latvijas Republikas Valsts Kontroles (2018) ziņojuma⁴², sistēmiskas rehabilitācijas procesa kvalitātes izvērtēšanas trūkums valstī ir izraisījis situāciju, kurā katra atsevišķa ārstniecības iestāde ir atbildīga par sava darba novērtējumu. Tā rezultātā nav vienotas metodikas vai standartu, pēc kuriem vērtēt sniegto pakalpojumu kvalitāti.

Veselības inspekcija savā atzinumā spēj noteikt tikai valsts apmaksāto rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju atbilstību normatīvo aktu prasībām, kas nepiedāvā pilnvērtīgu skatu uz sniegto pakalpojumu kvalitāti, jo šie dati ir vispārīgi un neietver specifiskus rehabilitācijas kvalitātes novērtēšanas indikatorus. (Celmiņa-Ķeze, Behmane, 2022)

Diennakts stacionāra otrā etapa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju darbības vērtēšanā iekļauti kritēriji, piemēram, rehabilitācijas kursa mērķa sasniegšana un pamatotās sūdzības no pacientiem, taču šāds vērtējums neaptver plašu rehabilitācijas kvalitātes spektru.⁴³

⁴² rvk.gov.lv/lv/getrevisionfile/uploads/reviziju-zinojumi/2016/2.4.1-44_2016/Eksperta_Nodevums_VK_260418.pdf

⁴³ <https://www.vmnvd.gov.lv/lv>

Vēl joprojām ir nepieciešama plašāka pieeja, lai nodrošinātu visaptverošu rehabilitācijas pakalpojumu novērtējumu. Pašlaik funkcionēšanas novērtējumu dokumentē tikai pacienta medicīniskajā kartē, kas ir vai nu papīra formā, vai atrodas rehabilitācijas iestādes vietējā elektroniskajā sistēmā. Tā kā nav vienotas datu apkopošanas sistēmas, novērtējumu nav iespējams atbilstoši pārsūtīt starp iestādēm vai dienestiem. Nav pieņemti vienoti standarti funkcionēšanas novērtēšanai un rehabilitācijas mērķu noteikšanai, tāpēc katra speciālista sagatavotās dokumentācijas kvalitāte var atšķirties⁴⁴.

Kopumā rehabilitācijas procesiem Latvijā trūkst sistēmiska kvalitātes un iznākumu izvērtējuma. Nepieciešams uzlabot informācijas apkopošanu par pieejamo pakalpojumu veidu, apmēru un kvalitāti, lai nodrošinātu pareizu nosūtījumu sagatavošanu. (Invaliditātes politika un invaliditātes noteikšanas sistēma⁴⁵.

Latvijā nav nevienas datu apkopošanas sistēmas, kas ļautu analizēt rehabilitācijas pakalpojumu spektru vai mijiedarbību starp sociālās, medicīniskās un profesionālās rehabilitācijas pakalpojumiem un aktīvo darba tirgus politiku, kā arī to individuālajiem un vispārējiem iznākumiem. (Invaliditātes politika un invaliditātes noteikšanas sistēma⁴⁶.

Ir būtiski izstrādāt vienotas metodikas un standartus rehabilitācijas pakalpojumu novērtēšanai un uzlabošanai, kā arī veidot integrētu datu apkopošanas sistēmu, kas atbalstītu rehabilitācijas pakalpojumu spektra un to iznākumu analīzi. Tādā veidā iespējams panākt būtisku uzlabojumu rehabilitācijas pakalpojumu kvalitātē Latvijā, kas atbilstu pacientu vajadzībām un nodrošinātu viņiem atbilstošu atbalstu atveseļošanās procesā.

2.3. Rehabilitācijas pieejamība, cilvēkresursi

Rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība ir būtiska sabiedrības veselības un labklājības sastāvdaļa, kas būtiski ietekmē iedzīvotāju dzīves kvalitāti. Tās nodrošinājums ir sarežģīts un daudzdimensionāls izaicinājums, kas skar daudzus cilvēkus visā pasaulē, īpaši valstīs ar zemu un vidēju ienākumu līmeni, ieskaitot Latviju.

Daudzi faktori ietekmē rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību, gan globālā, gan Latvijas specifiskā kontekstā. Latvijā šī joma ir komplekss jautājums, kas aptver vairākas sfēras, tostarp politiku un likumdošanu, ekonomisko situāciju un finansējumu, cilvēkresursus un izglītību, infrastruktūru un mūsdienu tehnoloģijas. Lai arī ir veikti noteikti uzlabojumi, trūkumi minētajās jomās joprojām ierobežo rehabilitācijas pakalpojumu efektivitāti un pieejamību.

Latvijas Republikas Valsts kontroles 2017. gadā veiktajā revīzijā tika secināts, ka Veselības ministrijai trūkst ilgtermiņa stratēģijas medicīniskās rehabilitācijas integrēšanai vispārējās veselības

⁴⁴ <https://www.lm.gov.lv/lv/media/19877/download?attachment>

⁴⁵ <https://www.lm.gov.lv/lv/media/19877/download?attachment>

⁴⁶ <https://www.lm.gov.lv/lv/media/19877/download?attachment>

aprūpes procesā, lai tā kļūtu par svarīgu un neatņemamu veselības aprūpes daļu. Ir konstatēts, ka viens no nozīmīgākajiem šķēršļiem veselības aprūpes sistēmas attīstībā ir līdzekļu trūkums, kas pastāv kopš 2009. gada ekonomiskās krīzes laika, kad tika samazināts finansējums veselības aprūpei. Neskatoties uz to, Valsts kontroles veiktā analīze atklāj, ka problēmas cēloņi slēpjas ne tikai finansējuma trūkumā, bet arī nepietiekamā konceptuālā plānojumā rehabilitācijas pakalpojumu attīstības jomā. Latvijā netiek ņemta vērā speciālistu pieejamība un rehabilitācijas veidi, rehabilitācijas pieejamības nodrošināšanā un finansēšanā.

Analizējot situāciju par valsts apmaksātu ambulatoru rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību Latvijā, ir skaidrs, ka rehabilitācijas pakalpojumu gaidīšanas laiki ir nepamatoti gari, kas rada nopietnas sekas pacientu veselībai un dzīves kvalitātei. Īpaši tas attiecas uz valsts apmaksātiem monoprofesionāliem pakalpojumiem, piemēram, ergoterapiju, audiologopēdiju un fizikālās un rehabilitācijas medicīnas (FRM) ārstu pakalpojumiem:

Pēc 2024. gada februāra www.rindapiearsta.lv datiem (skatīt 8. tabulu), pacientiem Rīgas reģionā vidēji jāgaida 631 diena, lai saņemtu monoprofesionālus fizioterapijas pakalpojumus, savukārt Latgalē - 373 dienas, Zemgalē - 53 dienas, Kurzemē - 44 dienas un Vidzemē - 73 dienas. Vidējais gaidīšanas laiks Latvijā ir 234 dienas. Šādi dati norāda uz nozīmīgām reģionālām atšķirībām un uzliek smagu slogu tiem, kuriem nepieciešama steidzama palīdzība. Līdzīgas nevienlīdzības novērojamas arī citu monoprofesionālu pakalpojumu pieejamībā, piemēram, ergoterapijā un audiologopēdijā.

Rīgas reģionā vidēji valsts apmaksātus monoprofesionālus ergoterapijas pakalpojumus var saņemt 185 dienu laikā, kas ir ievērojami ilgāk nekā citos reģionos, piemēram, Latgalē (65 dienas), Zemgalē (105 dienas), Kurzemē (97 dienas) un Vidzemē (107 dienas). Vidējais gaidīšanas laiks Latvijā šiem pakalpojumiem ir 112 dienas.

Audiologopēda pakalpojumi ir ļoti svarīgi pacientiem ar runas un valodas traucējumiem, tomēr Rīgas reģionā vidēji jāgaida 185 dienas, lai saņemtu valsts apmaksātus monoprofesionālus audiologopēda pakalpojumus. Salīdzinājumā, Latgalē šo pakalpojumu var saņemt jau 5 dienu laikā, Zemgalē - 60 dienas, Kurzemē - 98 dienas, un Vidzemē - 26 dienas. Vidējais gaidīšanas laiks Latvijā ir 75 dienas.

FRM ārstu pakalpojumi ir fundamentāli svarīgi, lai novērtētu pacienta funkcionēšanas stāvokli un izstrādātu individuālo rehabilitācijas plānu. Lai saņemtu FRM pakalpojumu Rīgas reģionā vidēji jāgaida 398 dienas, kas ir ievērojami ilgāk nekā citos reģionos: Latgalē (160 dienas), Zemgalē (82 dienas), Kurzemē (53 dienas) un Vidzemē (104 dienas) (Skatīt 9. tabulu). Vidējais gaidīšanas laiks Latvijā ir 159 dienas.

Šie statistikas dati par valsts apmaksātu rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību Latvijā atklāj satraucošus un nevienlīdzīgus gaidīšanas laikus atkarībā no reģiona. Rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības problēma ir daudzdimensionāla un to parāda arī statistika.

Budžeta sadalījums rehabilitācijas pakalpojumiem, kas balstās uz konkursa principu, rada nelīdzsvarotību. Lielākā daļa rehabilitācijas finansējuma tiek novirzīts lielajām ārstniecības iestādēm, kas savukārt nespēj nodrošināt pietiekamu speciālistu skaitu, lai apmierinātu pieprasījumu, radot garas gaidīšanas rindas, ko pierāda arī tīmekļvietnē www.rindapiearsta.lv pieejamā informācija par rindu garumiem.

Rīgas reģionā, kur dzīvo 989,525 iedzīvotāji un ir visaugstākais iedzīvotāju blīvums Latvijā, pieprasījums pēc rehabilitācijas pakalpojumiem ir ļoti liels. Tas izraisa garas gaidīšanas rindas, pat neskatoties uz to, ka šeit valsts apmaksātus rehabilitācijas pakalpojumus sniedz ievērojami vairākās ārstniecības iestādēs nekā citos reģionos. Taču arī citos reģionos - Vidzemē ar 190,766 iedzīvotājiem, Kurzemē ar 233,229, Zemgalē ar 225,017 un Latgalē ar 247,220 iedzīvotājiem - ir svarīgi nodrošināt, ka kvalitatīvi rehabilitācijas pakalpojumi ir pieejami tuvu pacientu dzīves vietai, īpaši lauku reģionos.

Šīs statistikas dati skaidri parāda, ka ir nepieciešams uzlabot rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību visā Latvijā, īpaši ņemot vērā iedzīvotāju sadalījumu pa reģioniem, un, saskaņā ar PVO Eiropas reģiona 2019. gada datiem, 897 949 personām ir vismaz viens funkcionēšanas traucējums, kuru būtu iespējams mazināt, izmantojot rehabilitāciju.

8. tabula. Gaidīšanas dienu skaits rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanai

Pārvaldības reģions	Gaidīšanas dienu skaits uz konkrēto rehabilitācijas pakalpojumu											
	Fizioterapija			Ergoterapija			Audiologopēdija			FRMĀ		
	MIN	MAX	VIDĒJI	MIN	MAX	VIDĒJI	MIN	MAX	VIDĒJI	MIN	MAX	VIDĒJI
Rīgas	5	1257	631	5	180	185	5	365	185	5	790	398
Latgale	14	731	373	5	60	65	5	5	5	20	300	160
Zemgale	5	100	53	5	100	105	5	115	60	14	150	82
Kurzeme	7	80	44	17	80	97	15	180	98	6	100	53
Vidzeme	5	140	73	7	100	107	8	43	26	51	156	104
Vidējais kopējais rezultāts:	7	462	234	8	104	112	8	142	75	19	299	159

9. tabula.

Ārstniecības iestāžu skaits reģionā, kuri sniedz valsts apmaksātus konkrētus rehabilitācijas pakalpojumus				
Reģions	FT	ET	AL	FRMĀ
Rīgas	35	26	20	31
Latgale	16	4	3	13
Zemgale	10	8	8	9
Kurzeme	11	7	6	9
Vidzeme	14	7	5	10

Latvijā finansējums un ekonomiskā situācija ietekmē rehabilitācijas pakalpojumu attīstību un pieejamību. Nepietiekami izstrādātas finansēšanas normas var veicināt finanšu resursu nepietiekamu piešķiršanu šiem pakalpojumiem. Tas apgrūtinā pakalpojumu pieejamību, it īpaši maznodrošinātām iedzīvotāju grupām. Ekonomiskās nestabilitātes laikā ārstniecības iestādes, kas sniedz rehabilitācijas pakalpojumus, saskaras ar finansējuma samazinājumu, kas ietekmē pakalpojumu pieejamību.

Nacionālais veselības dienests Latvijā pašlaik sadala finansējumu medicīniskajai rehabilitācijai, pamatojoties galvenokārt uz iedzīvotāju skaitu reģionos. Tomēr trūkst vienotu

kritēriju, kas ņemtu vērā pakalpojumu sniedzēju dažādību un kvalitāti. Tas rada problēmas, ierobežojot veselības iestāžu attīstību un rehabilitācijas pakalpojumu uzlabošanu un pieejamību. Celmiņa (2022) pētījums to akcentē un iesaka izveidot skaidrus kritērijus, kas ņem vērā gan pakalpojumu sniedzēju dažādību un specializāciju, gan sniegto pakalpojumu kvalitāti.

Darba grupa atzīmē, ka Latvijas rehabilitācijas finansēšanas sistēma, kas balstās uz konkursa principiem, bieži veicina lielo ārstniecības iestāžu privilēģijas, ierobežojot mazāku un vidēju iestāžu piekļuvi valsts budžeta līdzekļiem. Šāda sistēma ir viens no faktoriem, kas izraisa ilgas gaidīšanas rindas un ierobežo pacientu iespējas saņemt nepieciešamos rehabilitācijas pakalpojumus. Lielajās ārstniecības iestādēs ir augsts pieprasījums, bet pakalpojumu piedāvājums ir ierobežots dēļ speciālistu trūkuma un nepietiekamas infrastruktūras. Šī situācija var negatīvi ietekmēt pacientu veselību, pasliktinot esošos traucējumus vai radot jaunus. Tādēļ Latvijā ir nepieciešamas reformas rehabilitācijas finansēšanas jomā, lai nodrošinātu efektīvāku un taisnīgāku līdzekļu sadalījumu un mazinātu gaidīšanas rindu problēmu.

Lai apzinātu esošo situāciju par Latvijas cilvēkresursu skaitu rehabilitācijas nozarē, pēc darba grupas lūguma LĀPPPOS sniedza informāciju par Latvijā reģistrētām, sertificētām, praktizējošām ārstniecības personām šādās specialitātēs: fizioterapeiti, ergoterapeiti, audiologopēdi, mākslas terapeiti, uztura speciālisti, tehniskie ortopēdi, masieri. 2023. gadā Latvijā reģistrēti un tiesīgi praktizēt savā profesijā bija 2437 rehabilitācijas profesionāļi, no tiem 148 ir FRMĀ, 2289 ir funkcionālie speciālisti, kas praktizē savā profesijā, 1507 ir sertificēti funkcionālie speciālisti. Par māsām, kuras nodarbinātas rehabilitācijā diemžēl atsevišķu datu nav, pieejams tikai kopējais skaits valstī (skatīt 10.tabulu.).

10.tabula. Reģistrēto, sertificēto, praktizējošo ārstniecības personu skaits Latvijā

Specialitāte	Reģistrētās ĀP	Sertificētās ĀP	ĀP praktizē specialitātē	Praktizējošo ĀP skaits uz 100 tūkst. iedz.	Reģistrēto ĀP skaits uz 100 tūkst. iedz.	Rekomendētais skaits uz 100 tūkst. iedz.
FRM ārsts		148	139	7,41		
Fizioterapeits	1835	1175	1312	69,95	97,83	137
Ergoterapeits	210	157	162	8,64	11,20	96,6-222
Audiologopēds	185	117	111	5,92	9,86	24,9-59,3
Mākslas terapeits	206	75	86	4,58	10,98	1
Uztura speciālists	175	45	74	3,95	9,33	2
Tehniskais ortopēds	59	58	54	2,88	3,15	2-3
Masieris	1233	730	582	31,03	65,73	32
Māsas (visas specialitātes)	12209	5519	9056	482,79	650,88	880

Pēc pieejamiem iepriekš nosauktajiem datiem, jaunākajiem pētījumiem un darba grupas norādījumiem **Latvijā cilvēkresursu skaits teju visās rehabilitācijas nozares specialitātēs ir nepietiekams**, lai nodrošinātu atbilstošu un savlaicīgu pieejamību rehabilitācijas pakalpojumiem.

Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstu skaits Latvijā salīdzinājumā ar citām Eiropas valstīm (2,91 uz 100 tūkst. iedzīvotājiem) ir salīdzinoši augsts (5,42 uz 100 tūkst. iedzīvotājiem)⁴⁷, tomēr jāņem vērā nepieciešamība pēc padziļinātas datu analīzes Latvijā, piemēram, nepieciešama analīze par speciālistu skaitu, kas strādā publiskajā sektorā pilnas slodzes apjomā, kā arī vecuma struktūras analīze, lai varētu izdarīt secinājumus par speciālistu pietiekamību.

[Darba grupas komentārs: Faktiski Latvijā šobrīd praktizē 139 FRMĀ - šķietami procentuāli liels skaits no tiem nodarbināti privātā sektorā, liela daļa ir pēc pensijas vecumā, pirms pensijas vai pensijas vecumā. Norādītā norma (59 speciālisti valstī) pēc skaitļiem pārsniedz valstī nepieciešamo, bet faktiski ārstu skaits valsts pakalpojuma nodrošināšanai ir nepietiekošs. (LĀRA, A. Nulle)]

Kamenov et al. (2019) pētījums, kas veikts par nepieciešamību un apmierinātību ar rehabilitācijas pakalpojumiem, atklāja, ka nepietiekami cilvēkresursi un speciālistu izglītība ir galvenie faktori, kas ierobežo pakalpojumu sniegšanu un tā pieejamību. Nepietiekama speciālistu apmācība, īpaši zemās un vidējās ienākumu valstīs, veicina pakalpojumu pieejamības ierobežojumus (Kamenov et al., 2019).

L. Celmiņas (2022) veiktais pētījuma par tēmu "Latvijas rehabilitācijas sistēmas snieguma novērtējums un ieteikumi tās pilnveidei" secinājumi norāda, ka cilvēkresursu jomai Latvijā ir nepieciešama plaša mēroga uzlabojumi un reformas. Pētījumā tika uzsvērts, ka Latvijā nav pieejami dati par rehabilitācijas profesionāliem dalījumā lauki/pilsētas/reģionālais pārklājums; nav datu arī par darbības veidu (privātais sektors, publiskais sektors, NVO) vai dalījumā pa veselības aprūpes līmeņiem (I, II, III). Dati par rehabilitācijas infrastruktūru netiek uzkrāti vispār, kā rezultātā nav datu par specializētiem un aprīkotiem funkcionālo speciālistu kabinetiem, pielāgotām mācību vannas istabām un virtuvēm, sensorajām istabām u.tml.. (Celmiņa-Keze, Behmane, 2022).

2021. gada Valsts veselības profila dokumentā tika pausts, ka Latvijā pastāv būtisks cilvēkresursu trūkums veselības aprūpes sektorā, kas ietekmē gan gaidīšanas laiku uz veselības aprūpes pakalpojumiem, gan to kvalitāti, it īpaši ārstniecības iestādēs ārpus Rīgas. Šis trūkums ir izpaužas kā zems ārstu un māsu skaits salīdzinājumā ar Eiropas Savienības (ES) vidējiem rādītājiem. Piemēram, 2019. gadā praktizējošu ārstu skaits Latvijā bija tikai 3,3 uz 1000 iedzīvotājiem, kas arī ir būtiski zem ES vidējā (3,9), bet māsu skaits bija aptuveni puse no ES vidējā, atklājot vienu no zemākajiem rādītājiem ES. (OECD, 2021)

Bikava (2019) koncentrējoties uz veselības aprūpes pieejamību Latvijā, īpaši uzsver medicīnas personāla pieejamības problēmu valsts un pašvaldību slimnīcās un ambulatorajās iestādēs. Viņa uzsver, ka neskatoties uz to, ka valstī ir vairākas augstskolas, kas veic medicīnas personāla sagatavošanu- viena no visbūtiskākajām problēmām, kas ietekmē rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību Latvijā, ir kvalificēta veselības aprūpes speciālistu jeb cilvēkresursu trūkums, īpaši lauku reģionos, kas ir viens no galvenajiem izaicinājumiem efektīvas rehabilitācijas nodrošināšanai šobrīd Latvijā (Bikava & Skride, 2019).

Behmane un līdzautori (2019) akcentē, ka lielākā daļa veselības aprūpes profesionāļu darbojas pilsētu teritorijās, kas izraisa piekļuves problēmas cilvēkiem, kas dzīvo laukos. (Behmane,

⁴⁷ <https://www.ptreh.com/attachments/article/479/Report%20on%20national%20PRM%20Societies.pdf>

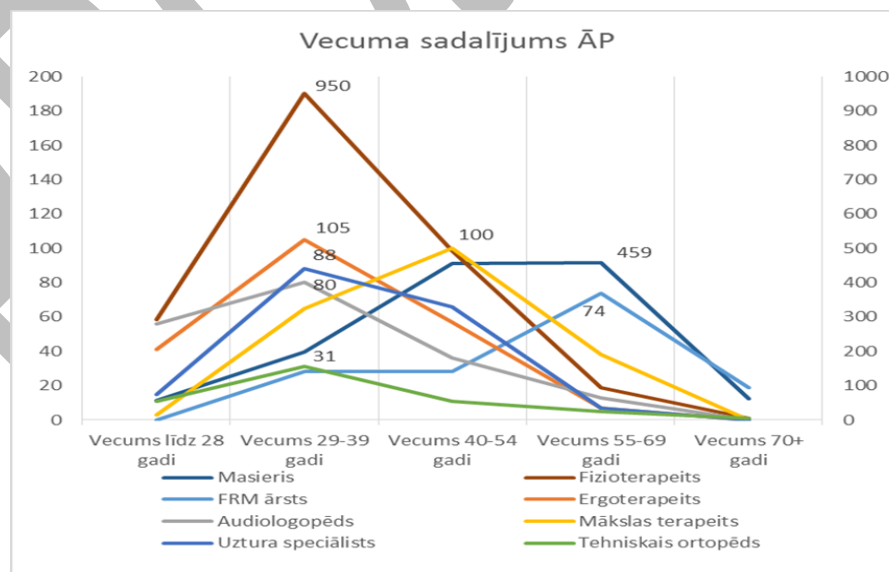
2019.) Turklāt medicīniskā personāla zema atalgojuma publiskajā sektorā liek daļai veselības aprūpes speciālistu pāriet uz privāto sektoru (OECD, 2021).

Lai risinātu darbaspēka nepietiekamības problēmu, Latvijā ievērojami palielināja izglītības programmu apjomu medicīnas jomā. Tā rezultātā medicīnas fakultāšu absolventu skaits pieauga no 179 2010. gadā līdz 450 2018. gadā. Papildus, kopš 2018. gada, medicīnas nozares speciālistu algas ir pieaugušas par vidēji 10–20% katru gadu. Sākot no 2018. gada, Eiropas Savienības finansēts projekts ir nodrošinājis finansiālus stimulus, lai veicinātu medicīnas speciālistu darbu reģionos, kas atrodas ārpus galvaspilsētas Rīgas (OECD, 2021).

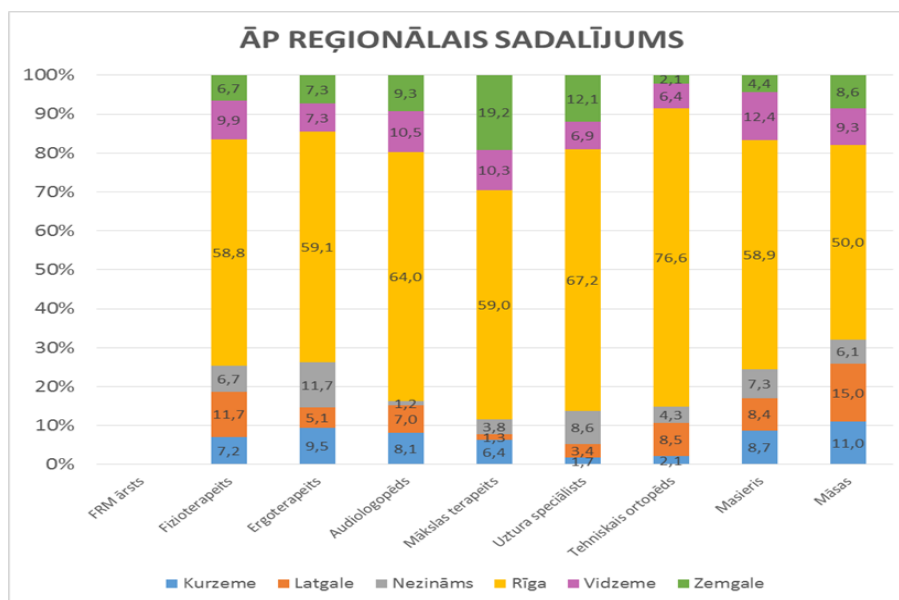
Papildus tam Veselības ministrija un pašvaldības ir ieviesušas vairākas iniciatīvas, tostarp regulējuma izmaiņas rezidentūras studentiem, programmas, kas finansētas ar Eiropas Fondiem ar pieejamo finansējumu apmēram 10 miljonu eiro apmērā, kā arī dažādus stimulēšanas pasākumus un programmas no pašvaldībām. Taču šie pasākumi ir radījuši tikai daļējus uzlabojumus, un ilgtermiņā medicīnas personāla trūkuma problēma joprojām paliek aktuāla. Nepieciešamas ilgtspējīgas stratēģijas, lai nodrošinātu pietiekamu daudzumu kvalificētu medicīnas un veselības aprūpes speciālistus, tādējādi uzlabotu rehabilitācijas un citu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, efektivitāti un kvalitāti valstī. (Bikava & Skride, 2019)

Vispārīgākam datu apskatam par Latvijā pieejamajiem cilvēkresursiem tika apkopota informācija no "Ernst & Young Baltic" veiktā pētījumā "Par veselības darbaspēka stratēģiju Latvijā", Ārstniecības personu nodrošinājuma un izglītības sistēmas analīze 2023.gada 1. augustā. No pētījuma tika iegūti dati par vecuma sadalījumu (skat. 2. attēlu) rehabilitācijas specialitātēs un nepilnīgi dati par reģionālo sadalījumu (skat. 3. attēlu) un personu nodarbinātību specialitātēs.

2.att. Ārstniecības personu sadalījums pēc vecuma



3.att. Ārstniecības personu reģionālais sadalījums



Nepietiekama infrastruktūra un mūsdienīgu tehnoloģiju izmantošanas trūkums, īpaši attālos un lauku reģionos, ir būtiski ierobežojumi, kas ietekmē pakalpojumu sniegšanu un to pieejamību. Rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība lauku reģionos ir svarīga ne tikai individuālā līmenī, sniedzot atbalstu tiem, kas to visvairāk vajadzīgs, bet arī veicinot līdzsvarotāku un taisnīgāku sabiedrības veselības aprūpes sistēmu kopumā. Tas ir ieguldījums gan katras personas, gan visas sabiedrības labklājībā. Modernu tehnoloģiju un adekvātas infrastruktūras nodrošināšana ir būtiska, lai uzlabotu pakalpojumu pieejamību un kvalitāti.

Latvijā trūkst vienotas pacientu informācijas un datu glabāšanas sistēmas, kas rada problēmas veselības un īpaši rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanā. Bez tās nav iespējams efektīvi sekot līdzi pacientu rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai, vajadzībām un progresam. Tas var radīt nepilnības pacientu aprūpē un novest pie situācijām, kad pacients izmanto rehabilitācijas pakalpojumus bez objektīvas nepieciešamības.

Latvijā medicīniskās rehabilitācijas dinamiskā novērošana, saskaņā ar MK noteikumiem Nr. 555, ir paredzēta pacientiem ar hroniskiem funkcionēšanas ierobežojumiem, kuriem nepieciešama ilgstoša rehabilitācija. Dinamiskās novērošanas reģistrs valstī ir decentralizēts, kas var novest pie situācijas, kurā pacienti vienlaicīgi ir iekļauti vairāku iestāžu reģistros. Tas rada iespēju pacientiem bieži apmeklēt dažādas rehabilitācijas iestādes, tērējot laiku un resursus, papildus samazinot rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību.

Sabiedrībā pastāv būtisks informācijas un apmaiņas trūkums starp NVO, kas organizē dažādus profilaktiskos rehabilitācijas pakalpojumus. Trūkst centralizētas un viegli pieejamas informācijas platformas par dažādiem profilakses un veselības veicināšanas pasākumiem, tas ierobežo iespēju ātri un ērti atrast un pieteikties piedalīšanai attiecīgajos pasākumos.

Darba grupa norāda, ka **nepietiekami labi izstrādāta likumdošana** var būtiski ietekmēt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību, veicinot šķēršļus, kas traucē efektīvu un pēctecīgu pakalpojumu sniegšanu. Šādas likumdošanas nepilnības var izpausties dažādos veidos.

Pietiekama finansējuma trūkums rehabilitācijas pakalpojumiem likumdošanā vai nepietiekami izstrādāti finansēšanas regulējumu mehānismi var samazināt pakalpojumu pieejamību.

Likumdošanas trūkums efektīvu mehānismu nodrošināšanā pakalpojumu kvalitātes un pieejamības uzraudzībai var izraisīt situācijas, kad pakalpojumi netiek sniegti savlaicīgi atbilstoši pacientu vajadzībām vai tiek piedāvāti neatbilstošā apmērā. Likumdošanas neprecizitātes rehabilitācijas pakalpojumu, to organizēšanas kārtības un pēctecības definēšanā var ierobežot pacientu piekļuvi svarīgiem rehabilitācijas pakalpojumiem. Nepietiekama detalizētība un skaidrība likumdošanā un neskaidras prasības un kritēriji var radīt interpretācijas problēmas un neviennozīmīgumu. Ja prasības pakalpojumu sniedzējiem ir neskaidri formulētas, tas var novest pie nenoteiktības par atbilstību kritērijiem, aizkavēt pakalpojumu sniegšanu vai pat to nepiedāvāšanu. Neapraustie aspekti var tikt interpretēti atšķirīgi, balstoties uz individuāliem pieņēmumiem, radot nevienlīdzīgu praksi. Daži pakalpojumu sniedzēji var izmantot šo nekonkrētību savā labā, izvairoties no resursietilpīgu pakalpojumu sniegšanas. Tas var radīt papildu administratīvus šķēršļus, jo var būt grūti saprast, kādas darbības ir atļautas.

Darba grupa uzsver, ka skaidra un precīza likumdošana, kas nodrošina efektīvus mehānismus pakalpojumu kvalitātes un pieejamības uzraudzībai, ir būtiska, lai uzlabotu rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību.

Celmiņa (2022) savā darbā uzsver, ka Veselības Ministrijā nav noteikta atbildīgā persona vai atbildīgā nodaļa par rehabilitāciju. Veselības Ministrija uzskata, ka rehabilitācija ir integrēta veselības aprūpes sistēmā un tāpēc neprasa izstrādāt atsevišķu plānošanu, stratēģiju vai pārvaldību, tādējādi Latvijas Republikas likumdošanā rehabilitācijas organizēšanas kārtība un ar to saistītās tēmas ir ļoti seklas. Visi rehabilitācijas pakalpojumu aspekti ir cieši saistīti ar likumdošanu, definīcijām un politiku, kas kalpo kā to pamatstruktūra. Lai nodrošinātu, ka pakalpojumi ir kvalitatīvi un pieejami, ir svarīgi, lai attiecīgie normatīvie akti būtu izstrādāti skaidri un precīzi. Ja likumdošanā ir trūkumi, tas var izraisīt neskaidrības saistībā ar rehabilitācijas pakalpojumu definīcijām, to finansēšanu un kvalitātes kontroli, kas apgrūtina efektīvu un savlaicīgu pakalpojumu sniegšanu. (Celmiņa 2022) .

Latvijā medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas regulējumā pastāv ievērojamas neskaidrības un nevienmērīga prakse, ko lielā mērā izraisa Ministru kabineta noteikumu Nr. 555 nepietiekamā detalizētība. Šajos noteikumos trūkst skaidru vienotu norādījumu par rehabilitācijas pakalpojumu pēctecību un organizēšanas kārtību, tostarp par to, kādi ir pacientu atlases kritēriji, kuri pacienti atkarībā no diagnozes, funkcionālā stāvokļa ir tiesīgi uz konkrētiem rehabilitācijas pakalpojumiem, kā tiek noteikts rehabilitācijas ilgums, pakalpojumu saņemšanas skaits, kādas rehabilitācijas metodes tiek piemērotas, kādi soļi jāveic, lai saņemtu šos pakalpojumus, un kāpēc pacients ir tiesīgs uz šādu palīdzību. Tāpat nav norādījumu par obligātajiem dokumentiem, kas jāaizpilda rehabilitācijas procesa laikā un izrakstot pacientu. Šie noteikumi atstāj plašu interpretācijas un pielietojuma telpu, rezultātā veidojot neformalizētu un bieži vien neefektīvu pieeju rehabilitācijas procesa organizēšanā un īstenošanā. Šī pieeja bieži balstās uz pieņēmumiem, kas nav

tieši aprakstīti normatīvajos aktos, un ietver arī informāciju no metodiskajiem materiāliem, kā arī balstās uz NVD un ārstniecības iestāžu savstarpējiem līgumiem. Šāda situācija ne tikai apgrūtina vienotu standartu ieviešanu un ievērošanu visā valstī, bet arī potenciāli kavē pacientu piekļuvi kvalitatīviem rehabilitācijas pakalpojumiem, radot risku pacientu tiesību un labklājības neaizsardzībai. Tas liecina par steidzamu nepieciešamību pēc skaidrākiem un detalizētākiem regulējumiem, kas nodrošinātu efektīvāku un vienmērīgāku rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu visā Latvijā.

Latvijas normatīvie regulējumi par rehabilitāciju nesniedz pietiekami skaidrus norādījumus par pacientu līdzatbildību un līdzestību rehabilitācijas procesā. Šis trūkums ir novedis pie situācijām, kad pacienti bieži neierodas uz rehabilitācijas nodarbībām bez iepriekšēja brīdinājuma un izrāda zemu motivāciju sekot rehabilitācijas ieteikumiem ārpus ārstniecības iestādes. Šāda rīcība apgrūtina efektīvu rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu un veicina valsts budžeta līdzekļu neefektīvu izmantošanu. Tāpat nepietiekams regulējums neveicina pacientu pilnvērtīgu iesaisti un atbildības uzņemšanos par savu atveseļošanos, kas var ietekmēt rehabilitācijas procesa efektivitāti un beigu rezultātus.

Pastāv būtiska neskaidrība un likumdošanas nepilnības saistība ar rehabilitācijas saistīto terminoloģiju un definīcijām, piemēram, par rehabilitācijas veidiem un līmeņiem. Tas ietekmē rehabilitācijas pakalpojumu plānošanu un sniegšanu, kā arī var radīt nevienlīdzību piekļuvē rehabilitācijas pakalpojumiem, papildus radot apjukumu gan medicīnas personālam, gan pacientiem, apgrūtinot vienotas un skaidras pieejas izveidi pacientu aprūpē.

Viena no sistēmiskām problēmām, ar ko saskaras Latvijas veselības aprūpes sistēma, ir likumdošanas nepilnības attiecībā uz pakalpojumu gaidīšanas rindu. Tas rada ievērojamu neziņu un netaisnību, jo nav skaidru norādījumu, cik ilgi pacients drīkst saņemt nepieciešamos rehabilitācijas pakalpojumus. Šī neziņa ne tikai apgrūtina pacientu piekļuvi savlaicīgai un kvalitatīvai aprūpei, bet arī rada papildus stresu un neskaidrības pacientiem un viņu piederīgajām personām. Lai uzlabotu rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību Latvijā, ir nepieciešama integrēta pieeja, kas ietver stabilu finansējumu, cilvēkresursu attīstību, infrastruktūras un tehnoloģiju uzlabojumus, kā arī likumdošanas precizēšanu. Pirmkārt, jānodrošina taisnīga un caurspīdīga rehabilitācijas pakalpojumu finansēšana, izstrādājot skaidrus finansēšanas kritērijus. Otrkārt, ir būtiski palielināt un uzlabot medicīnas un rehabilitācijas speciālistu kvalifikāciju, veicinot motivējošu atalgojumu un labvēlīgus darba apstākļus. Treškārt, investējot mūsdienīgā infrastruktūrā un tehnoloģijās, iespējams uzlabot pakalpojumu efektivitāti un pieejamību, īpaši attālos reģionos. Ceturtkārt un pats galvenais, nepieciešams uzlabot likumdošanu, lai skaidri definētu rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas, organizēšanas kārtību un standartus. Efektīva rehabilitācijas pakalpojumu sistēma prasa ciešu sadarbību starp valsti, veselības aprūpes iestādēm un sabiedrību. Veicot šīs reformas, Latvija var būtiski uzlabot rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību, veicinot sabiedrības veselību un dzīves kvalitātes uzlabošanu.

Šī dokumenta 3. pielikuma 14. tabulā ir aprakstīta rehabilitācijas pakalpojumu pēctecība no atlases kritērijiem konkrētajam pakalpojumam līdz nākamajam iespējamam rehabilitācijas pakalpojumam, kas balstās uz metodiskā līdzeklī "Rehabilitācijas procesa organizēšana pacientiem primārās veselības aprūpes līmenī" iekļauto informāciju un no reālās prakses pieņēmumiem, kas

interpretēti no MK noteikumiem Nr. 555. un pielāgoti rehabilitācijas pakalpojumu minimālajai nodrošināšanai (skatīt 3.pielikumu, 14. tabulu).

2.4. Digitāla rehabilitācija

Lai gan digitālā veselība pašlaik vēl ir tikai virzība uz mērķi, tā ir būtiska joma katrā valstī. Ir ierobežots instrumentu un pētījumu skaits, kas paredzēti šīs situācijas novērtēšanai. Svarīgs pirmais solis ir aptvert visus elementus, kas saistīti ar digitālo rehabilitāciju. Digitālās veselības stratēģija piedāvā Stratēģijas rīcības virzienus, kas aptver visus aspektus, lai veicinātu modernu pieeju veselības aprūpei un izmantotu tehnoloģiskos risinājumus, lai aktualizētu pakalpojumu sniegšanas procesus, pamatojoties uz sadarbību un "ekosistēmas" pieeju. Šis pamats tika izmantots kā rāmis digitālās rehabilitācijas novērtēšanā.

Latvija atšķiras no citām ES valstīm, jo trūkst valsts standartu klīniskajai terminoloģijai elektroniskajos klīniskajos reģistros un datu ieguves plānos vai politikās. Turklāt elektroniskās medicīniskās kartes reti tiek izmantotas pētniecībā. Lai uzlabotu digitālās veselības inovācijas Latvijai jāizstrādā valsts digitālas veselības kopēja politika, ar atbilstošu likumdošanu un programmu, kas veicina datu un telemedicīnas izmantošanu, kur ir iekļauta arī digitāla rehabilitācija.

Esošās digitālās rehabilitācijas situācijas analīze pēc digitālas veselības ietvara (VM, 2023):

Kodols

Elements	Elementa apraksts
Šobrīd digitalizācijas procesi tikai daļēji ir saistāmi ar rehabilitāciju	- Attālinātās konsultācijas - Pašreiz vienīgā kārtība, kas nosaka attālinātu pakalpojumu sniegšanu. Pakalpojuma sniedzējs izvēlas platformu, norisi, datu uzglabāšanu. Nav prasības veikt nodarbību ierakstus- ja tos veic, tad informē pacientu⁴⁸. - Digitālās veselības aplikācijas - nav regulējuma . - Digitālas rehabilitācijas tehnoloģijas, t.sk. robottehnoloģijas un virtuāla realitāte⁴⁹ - tiek regulētas pēc Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas un jaunu medicīnisko tehnoloģiju ieviešanas kārtības, valsts apmaksāto pakalpojumu finansēšanas modelī noteiktais tarifs ir neatbilstošs iekārtu pašamaksas segšanai, neveicina ārstniecības iestāžu attīstību un vēlmi iegādāties jaunas tehnoloģijas. - E-veselība - Negatīvie aspekti e-veselības politikā ir daudz vairāk nekā pozitīvie, kas ir redzams tās praktiskajā pielietojumā (Lejnieks, J., Metla-Rozentāle, L., 2022)

⁴⁸ <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/16291/download>

⁴⁹ [Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas un jaunu medicīnisko tehnoloģiju ieviešanas kārtība \(likumi.lv\)](#)

	- Datu uzglabāšana -NVD- statistiskie dati atbilstoši manipulācijām. Dati par saņemtajiem TPL, bet pieejami tikai VTPC, nav pieejami rehabilitācijas speciālistiem.
Informācijas apmaiņas resursi/ platformas	- Latvijā ārstniecības iestādes, tostarp slimnīcas, izmanto dažādas lokālās informācijas sistēmas, piemēram, Ārsta Birojs, Doctus, Datamed, Smart Medical, Mediusd u.c. - Šīs sistēmas nav sākotnēji izstrādātas kā atvērtas un modulāras, kas ierobežo to paplašināšanu un pielāgošanu jaunām vajadzībām. - Trūkst sadarbības starp izstrādātajiem.
Normatīvais regulējums. Iekšējie un ārējie dokumenti.	- MK 265 - formāliem dokumentiem - Ministru kabineta noteikumi Nr.134- Noteikumi par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu - Valsts informācijas sistēmu likums - Ministru kabineta noteikumi Nr. 461 - Medicīnisko ierīču noteikumi - Informācijas sabiedrības pakalpojumu likums - Informācijas atklātības likums - Ārstniecības likums - Tehnisko palīgīdzekļu noteikumi MK 878, MK noteikumi nr. 250 - Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums
Finansēšanas un apmaksas kārtība	NVD apstiprinātajā manipulāciju sarakstā ir deviņas digitālas veselības manipulācijas. No tām četras saistītas ar attālinātām konsultācijām, un piecas ietver piemaksas par robottehnoloģiju izmantošanu terapijas procesā. Attālinātajām konsultācijām ir 3 "statistiskās" manipulācijas ar nulles vērtību, iekļautas kabineta apmaksas tarifi (apmaksas tarifi: 60150, 60149, 13132). Manipulācijai ar kodu 60489, kas ir Funkcionālā speciālista 15 minūšu attālināta konsultācija vai nodarbība, ir noteikti apmaksas nosacījumi, tostarp ārsta nosūtījums, klātienēs novērtējums, rehabilitācijas plāns, mērķu izvirzīšana un ievērošana ambulatorā līguma noteikumiem. (MK nr. 555, 2022)

Dati

Elements	Elementa apraksts
Datu standarts, kas pieejams šobrīd	- Manipulācijas kodi ir šobrīd vienīgais datu formāts, kas ir definēts kā datu veids, pēc kura tiek uzskaitīti pakalpojumi. Rehabilitācijā - mērķi, metodes, izrakstīšanās plānošana, sniegto rehabilitācijas pakalpojuma intensitāte - Neatbilstoša datu kvalitāte. - Nepilnīga datu integrācija un datu apmaiņas protokoli, piemēram, izraksts no rehabilitācijas dienas stacionāra. - Nepilnīgi noteikts datu apjoms, formāts un standarts (klīniski nozīmīgais saturs), kāds ir obligāti augšupielādējams kopējā veselības nozares datu bāzē (e-veselība) - Kontroles un uzraudzības jomā e-veselībā pašreiz nav iespējams atšķirt (sistēmiski atlasīt) rehabilitācijas izrakstus no jebkura cita augšupielādēta dokumenta, līdz ar to nav iespējams veikt izrakstu analīzi, lai gan ņemot

	vērā, ka nav definēts rehabilitācijas pakalpojumu izraksta datu standarts, tad tie tāpat nav salīdzināmi.	
Kādi medicīniskie dokumenti šobrīd ir pieejami digitāli	- Dokumenti pamatā pieejami <i>Word</i> formātā: - Formālie dokumenti, kuru dati nav apstrādājami- - Izraksts no stacionārā/ambulatorā pacienta medicīniskās kartes (veidlapa Nr. 027/u)(MK noteikumi Nr.265, 12. pielikums), - Atzinums tehniskā palīgīdzekļa saņemšanai (MK noteikumi Nr.265, 89. pielikums), pieejams arī e-veselībā, - Nosūtījums veselības aprūpei mājās (MK noteikumi Nr.265, 95. pielikums); - Pacienta karte veselības aprūpei mājās (MK noteikumi Nr.265, 95. pielikums) - Pārējie dokumenti - katras iestādes interpretācija - Praktiski visi dokumenti konceptuāli satur informāciju par personas datiem (vārds uzvārds, diagnoze, adrese u.tml.) funkcionēšanas novērtējumu dažādās interpretācijās, informāciju par ārstniecības personu, kas aizpildījusi dokumentu (vārds uzvārds, profesija, reģistrācijas nr. u.tml.). - Iestāžu iekšējie dokumenti: - Ārstējošā ārsta primārās apskates protokols un dokumentācija. - Funkcionālo speciālistu un citu saistītu speciālistu protokoli (fizioterapeita, ergoterapeita, audiologopēda, klīniskā psihologa novērtēšanas protokoli, uztura speciālista, mākslu terapeitu, sociālo darbinieku). - Aprūpes dokumentācija. - Individuālais rehabilitācijas plāns. - Ambulatorais talons. - No stacionāra izrakstīta pacienta karte forma 003/u. - Arī šajos dokumentos daļa informācijas tiek dublēta (piem. personas dati, funkcionēšanas novērtējums). Digitāla risinājuma ietvaros minēto informāciju varētu ielasīt jau no nosūtījuma (pakalpojuma saņēmēja dati), rehabilitācijas plānu izveidot, ielasot datus no funkcionālo speciālistu protokoliem u.tml.	
Savstarpēju datu saistība, piem. TP datu bāze un SOPA. ar ko tagad ir datu integrācija.	- SOPA nodrošina datu sasaisti ar vairākiem valsts reģistriem, tostarp: - PMLP (personu pamatdati) - VSAA (ienākumi) - NVA (bezdarbnieku informācija) - VDEĀVK (invaliditāte)	- E-veselība - PMLP (Pilsonības un migrācijas lietu pārvalde) - VSAA (Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra) - NVA (Nodarbinātības valsts aģentūra) - VDEĀVK (Valsts invaliditātes un darba nespējas komisija) - CSDD (Ceļu satiksmes drošības direkcija) un VTUA (Valsts tehnikas un transportlīdzekļu uzskaites aģentūra)

	- CSDD un VTUA (transportlīdzekļi) - VZD KR (nekustamie īpašumi) - VVDZ (nekustamie īpašumi) - VID (ienākumi, darba vietas) - UR (uzņēmumi) - LAD (ienākumi) - VIIS (piesaiste izglītības iestādēm) - UGFA (ienākumi) - NPAIS (aprūpes iestāžu informācija) - LM SPOLIS (valsts līdzfinansējums) - Turklāt, SOPA nodrošina datu nodošanu ārējām iestādēm, tostarp LM SPOLIS, JPA, NVA, VP, VIAA, NPAIS un VDEĀVK.	- VZD KR (Valsts zemes dienests Kadastra reģistrs) un VVDZ (Valsts vides dienests) - VID (Valsts ieņēmumu dienests) - Ārsta Birojs
Datu drošība	- Šobrīd datu drošību nosaka Vispārīgā datu aizsardzības regula (Eiropas Parlamenta un Padomes regula (ES) 2016/679 (2016. gada 27. aprīlis) par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti, ar ko atceļ Direktīvu 95/46/EK) (VM, 2023). - Lietotāju nepietiekamās digitālās prasmes ir arī viens no cēloņiem datu drošības pārkāpumiem (VM, 2023).	

Telerehabilitācija un tehnoloģijas

Elements	Elementa apraksts
Telerehabilitācija šobrīd.	- NVD ir noteikti tarifi valsts apmaksātai FRM ārsta konsultācijai vai funkcionālā speciālista nodarbībai. 2023.gada pirmajos 7 mēnešos 62 manipulācijas Rīgas veselības centrs un Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca. - Darbojas vairākas platformas attālinātai konsultēšanai, novērtēšanai un rehabilitācijai.
Normatīvie akti, kas regulē šobrīd	- Attālināti sniegto rehabilitācijas pakalpojumu organizēšanas un sniegšanas kārtība. - Pašreiz vienīgā kārtība, kas nosaka attālinātu pakalpojumu sniegšanu. Pakalpojuma sniedzējs izvēlas platformu, norisi, datu uzglabāšanu. Nav prasības veikt nodarbību ierakstus- ja tos veic, tad informē pakalpojuma saņēmēju.

Digitālās Inovācijas rehabilitācijā šobrīd	- Telerehabilitācija, izmantojot <i>VIGO un HOMING</i> tehnoloģijas, nodrošina rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu mājās. Turklāt speciālisti izmanto <i>whatsapp, zoom</i> aplikācijas, kuras nav paredzētas šāda pakalpojuma nodrošināšanai, tomēr ar normatīvajiem aktiem lietošana nav aizliegta. - Digitālā novērtēšana, izmantojot rīkus kā Gaitas analīze, <i>Gwalk</i> un <i>Walkerview</i> sniedz ātrāku novērtējumu, savukārt <i>D-Wall</i> digitālais spogulis kopā ar kameru nodrošina kustību uztveri. - Gamification. Rehabilitācijas programmatūras tiek veidotas kā spēles, kurās spēles smaguma pakāpe tiek pielāgota klienta individuālajām vajadzībām, balstoties uz sākotnējo novērtējumu. Digitālās rehabilitācijas spēles veicina klientu iesaistīšanos, kognitīvos procesus un rehabilitācijas procesa ievērošanu (Adlakha et al., 2020). Rehabilitācijas speciālisti izmanto dažādas medicīniskās iekārtas, piemēram, Hocoma, Tyromotion un Axinesis iekārtas. - Virtuālā realitāte un paplašinātā realitāte – Virtuālā un paplašinātā realitāte tiek izmantotas, lai veicinātu klientu iesaistīšanos un nodrošinātu efektīvu rehabilitāciju - Robottehnoloģijas, piemēram, <i>Lokomat, LYRA un ArmeoPower</i>, nodrošina dažāda līmeņa asistēšanu un pretestību, uzlabojot rehabilitācijas efektivitāti. Iekārtas nodrošina datu analīzi un mašīnmācīšanos, kas tiek izmantotas, lai analizētu un interpretētu iegūtos datus, balstoties uz ražotāju paredzētajiem algoritmiem. - Uzlabo rehabilitācijas efektivitāti, nav valsts apmaksāti, pakāpeniski aug pierādījumu bāze. - Viedais rehabilitācijas aprīkojums nodrošina reāllaika atgriezenisko saiti par klienta darbību un tiek izmantots gan novērtēšanai, gan darbam, piemēram, podometrija, spiediena karte- novērtē sēdēšanas svara sadali sēdus, gulus, kardioloģiskais aprīkojums ar reāllaika kardiogrammas un pulsa radītājiem u.c. - Tehniskie palīgīdzekļi, piemēram, <i>Tobii</i>, sniedz alternatīvu komunikācijas veidu personām ar komunikācijas traucējumiem. - Tomēr šajā kontekstā nav skaidri definēta nepieciešamā speciālistu kompetence, lai nodrošinātu līdzsvaru starp tehnoloģiju pielietošanu un tradicionālas uz aktivitātes vērsta terapijas nodrošināšanu.
--	---

Prasmes

Elements	Elementa apraksts
Rehabilitācijā iesaistīto speciālistu prasmes	- Saskaņā ar ES 2016. gadā veiktā pētījuma datiem – tajā piedalījās 207 veselības aprūpes profesionāļi no 21 ES valsts – tika noskaidrots, ka digitālās prasmes pamatlīmenī, t. sk. ikdienas darbā ar personas datiem, izmanto vairāk nekā 50% respondentu, kā arī 79% no aptaujātajiem respondentiem atzina, ka e-veselības sistēma ir būtiski ietekmējusi viņu karjeru un darba pienākumus. Toties uz jautājumu, vai viņi ir piedalījušies digitālo prasmju apguvesursos, 61% respondentu norādīja, ka nav

	saņēmuši nekādu atbalstu vai iespēju piedalīties digitālo prasmju apguves apmācībās.
Pakalpojumu saņēmēju prasmes	- Uz nepietiekamo digitālo prasmju līmeni gan veselības nozarē strādājošajiem gan pakalpojuma saņēmējiem norāda 2021. gada Digitālās ekonomikas un sabiedrības indeksa dati[1], kur tikai 43% Latvijas iedzīvotāju vecumā no 16 līdz 74 gadiem digitālās prasmes ir vismaz pamatlīmenī (ES vidējais rādītājs – 56%), un tikai 24% digitālās prasmes ir virs pamatlīmeņa (ES vidējais rādītājs – 31%), kas Latviju ierindo zem citu Baltijas valstu un ES valstu vidējā vērtējuma. Tāpat arī Eurostat 2019. gada dati rāda, ka Latvija digitālo prasmju ziņā apsteidz vien trīs ES valstis – Rumāniju, Bulgāriju un Itāliju. (VM, 2023)
Informācijas saprotamība un pieejamība	- Pieejamība, saprotamība, ticamība un savlaicīgums ir četras formālās prasības, kas tiek izvirzītas informācijai, lai tā būtu apmierinoša jeb derīga informācija. - Drošai, ērtai un ātrai medicīniskās informācijas uzkrāšanai un apmaiņai starp pakalpojuma saņēmēju un viņa ārstniecībā iesaistītajām personām Latvijā tiek lietota e-veselības informācijas sistēma, kas no 2018. gada 1. janvāra ir obligāta. - E-veselības informācija varētu sniegt vairākas priekšrocības, atvieglojot informācijas pieejamību, nodrošinot lietošanas ērtumu un, samazinot papīra patēriņu. Pakalpojuma saņēmējam nav jāuztraucas par ārsta rokraksta salasīšanu vai nosūtījuma nozaudēšanu. - E-nosūtījuma ieviešana nodrošinās informācijas pieejamību par būtisku veselības aprūpes posmu, tajā skaitā mazina atkārtoto izmeklējumu skaitu. Samazinās papīra dokumentācijas apjoms veselības aprūpē (Latvijas Republikas E-veselības sistēma, 2019). Paredzēta ieviešana 2024.gada jūlijā.

3. Rīcības plāns un sasniedzamais rezultāts

1.1.1.1.	Uzdevumi	Atbildības	Laika Rāmis
1.	Rehabilitācijas pakalpojumu līmeņošana		
1.1.	Virziens - vienotās rehabilitācijas pieejas izveide		
1.1.1.	Mērķis: Standartizēti rehabilitācijas pakalpojumi atbilstoši Eiropas rehabilitācijas ekspertu nostādnēm		
1.1.1.1.	Koriģēt un pilnveidot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu terminoloģiju.	NVD, profesionālās asociācijas, klīniski metodiskās vadības centrs rehabilitācijā.	1 gads
1.1.1.2.	Novērtēšanas instrumentu "groza" izveidošana, definējot to minimālo standartizētu novērtēšanas instrumentu kopas izmantošanu katrā līmenī saskaņā ar SFK struktūru.	Profesionālās asociācijas, klīniski metodiskās vadības centrs rehabilitācijā.	2 gadi

1.1.1.3.	Regulāri papildināt standartizētu novērtēšanas instrumentu grozu.	Profesionālās asociācijas, VM, klīniski metodiskās vadības centrs rehabilitācijā.	Regulāri, ne retāk kā reiz 2 gados.
1.1.1.4.	Nodrošināt un uzturēt standartizētu novērtēšanas instrumentu kopas lietošanu latviešu valodā.	NVD, VM, klīniski metodiskās vadības centrs rehabilitācijā.	Regulāri, ne retāk kā reiz 2 gados.
1.1.1.5.	Izmantojamo rehabilitācijas tehnoloģiju un intervenču kopu izveidošana atbilstoši PVO standartiem katram līmenim un nozologijai.	Profesionālās organizācijas, NVD	Regulāri, ne retāk kā reiz 2 gados.
1.1.1.6.	Definēt rehabilitācijas iznākumu novērtēšanas kritērijus un datu formātu.	NVD, Latvijas digitālās veselības centrs	1 gads.
1.1.1.7.	Veikt regulāru datu apkopošanu un analīzi par visiem sniegtajiem rehabilitācijas pakalpojumiem Latvijā dažādajos līmeņos. Iekļaut pārskatus veselības statistikas gada grāmatā.	VM, SPKC	Regulāri, ne retāk kā reiz 1 gados.
1.1.1.8.	Rehabilitācijas pakalpojumos iesaistītām iestādēm sniegt vērtējumu pēc ICSO-R 2.0 .	VM	Regulāri, ne retāk kā reiz 5 gados vai kopa ar pieteikumu rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai.
1.1.2.	Mērķis: Izveidots vienots pacientu reģistrs rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai		
1.1.2.1.	Izveidot vienotu pieteikšanas un koordinācijas sistēmu, kas ļautu pārskatāmi pārvaldīt rindas uz rehabilitācijas pakalpojumiem (visu līmeņu), kas novērstu pakalpojumu dublēšanos.	VM	1 gads.
1.1.2.2.	Nodrošināt pacientiem piekļuvi saviem datiem reģistrā.	VM	1 gads.
1.1.2.3.	Identificēt nepieciešamos datu un informācijas prasības, kas jāiekļauj vienotajā rehabilitācijas reģistrā.	VM	1 gads.
1.1.2.4.	Veikt iesaistītā personāla un pacientu apmācību par vienotas rehabilitācijas reģistra izmantošanu.	VM	1 gads.

1.2.	Virziens - Stiprināt vai izveidot rehabilitācijas pakalpojumus visos veselības aprūpes līmeņos		
1.2.1.	Mērķis: Pieejami stacionārās rehabilitācijas pakalpojumi visu līmeņu stacionāros visos Latvijas reģionos.		
1.2.1.1.	Noskaidrot nepieciešamo rehabilitācijas gultu skaitu	NVD,	1gads
1.2.1.2.	Veikt materiāltehnisko un cilvēkresursu novērtējumu stacionārajās iestādēs	I, II, IV, V līmeņa slimnīcas VM, NVD (veic pašvērtējumu), klīniski metodiskās vadības centrs rehabilitācijā.	1gads
1.2.1.3.	Veikt nepieciešamos uzlabojumus infrastruktūrā, lai nodrošinātu piemērotus apstākļus stacionārās rehabilitācijas sniegšanai.	I, II, III, IV, V līmeņa slimnīcas, pašvaldības, VM, klīniski metodiskās vadības centrs rehabilitācijā.	2 gadi
1.2.1.4.	Izveidot un ieviest sistēmu rehabilitācijas pakalpojumu kvalitātes, pieejamības uzraudzībai un novērtēšanai	NVD kopā ar klīniski metodiskās vadības centru rehabilitācijā.	3 gadi
1.2.2.	Mērķis: Ambulatorās subakūtās rehabilitācijas pakalpojumi primārajā aprūpē t.sk. ģimenes ārstu praksēs.		
1.2.2.1.	Identificēt primārās aprūpes pakalpojumu sniedzējus, kuri var sniegt subakūtas ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumus, tostarp ģimenes ārstu prakses sadarbībā ar funkcionālo speciālistu praksēm.	NVD, klīniski metodiskās vadības centru rehabilitācijā.	1 gads
1.2.2.2.	Izveidot sadarbības algoritmu starp primārās aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un sekundārās aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kā arī specializētajiem rehabilitācijas centriem vai slimnīcām.	Klīniski metodiskās vadības centru rehabilitācijā.	3 gadi
1.2.3.	Mērķis: Ilgtermiņa rehabilitācijas, t.sk. dienas stacionārā, attīstība primārajā veselības aprūpē un sociālā un profesionālā rehabilitācija - kas atrodas LM pakļautībā (SIVA)		
1.2.3.1.	Noteikt nepieciešamo infrastruktūru un aprīkojumu, lai nodrošinātu ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu primārās aprūpes praksēs.	LM, VM	3 gads

1.2.3.2.	Pakalpojumu sniedzēju izvērtēšana ICSO-R 2.0	LM, VM	3 gads
1.2.3.3.	Izstrādāt un ieviest standartizētus rehabilitācijas plānus un programmas, kas pielāgotas primārās veselības aprūpes vajadzībām un pacientu individuālajām situācijām.	VM	3 gadi
1.2.3.4.	Sadarbības izveide starp veselības aprūpes un sociālās aprūpes jomām, lai nodrošinātu integrētu pieeju ilgtermiņa rehabilitācijai un sociālajai rehabilitācijai.	VM, LM	3 gadi
1.2.4.	Mērķis: TPL pieejamība pacientiem ar akūtiem funkcionēšanas traucējumiem		
1.2.4.1.	Starpministriju sadarbības izveide (VM, IzM, LM)	VM, LM, IzM	1 gads
1.2.4.2.	Veikt izpēti par nepieciešamiem TPL un apjomu akūtā ārstēšanas posmā, iekļaut nestandarta TPL.	VM, LM, IzM	1 gads
1.2.4.3.	Noteikt vadlīnijas (normatīvo regulējumu), kur ietvaros, tiks nodrošināta TPL pieejamība akūtajā periodā.	VM, LM, IzM	1 gads
1.2.4.4.	Noteikt budžetu un atbildīgo ministriju/as šī pakalpojuma nodrošināšanā.	VM, LM, IzM	1 gads
1.2.4.5.	Pakalpojuma uzskaitē, sasaiste ar e-veselību/rehabilitācijas platformu.	VM, LM, IzM, Latvijas digitālās veselības centrs	1 gads
1.3.	Virziens - Rehabilitācijas pēctecības un nepārtrauktības nodrošināšana		
1.3.1.	Mērķis: Izstrādāti un ieviesti pacientu klīniskie ceļi		
1.3.1.1.	Pacientu klīnisko ceļu aktualizācija un izstrāde	Klīniski metodiskās vadības centrs rehabilitācijā	Regulāri, ne retāk ka 3 gados.
1.3.1.2.	Pacientu klīnisko ceļu ieviešana un pārraudzība	Klīniski metodiskās vadības centrs rehabilitācijā	Regulāri, ne retāk ka 3 gados.
1.3.1.3.	Rehabilitācijas pakalpojumu saņēmēju reģistra izveide ar iepriekšējos rehabilitācijas posmos sasniegto rezultātu apkopojumu.	NVD, Latvijas digitālās veselības centrs	3 gadi
1.3.2.	Mērķis: Rehabilitācijas pakalpojumu saņēmēju veselībpratība un līdzestība		
1.3.2.1.	Izstrādāt viegli saprotamus informatīvu materiālus, kas	VM, LM, SPKC	Regulāri, ne retāk ka 3 gados

	sniedz informāciju par rehabilitācijas pakalpojumu, tā pieejamību, mērķiem un uzdevumiem.		
1.3.2.2.	Veicināt pacientu veidoto NVO darbību koordināciju, veidojot atbalsta tīklus un grupas pacientiem un viņu ģimenēm, kas saskaras ar smagiem funkcionēšanas traucējumiem, lai sniegtu emocionālu un informatīvu atbalstu un dalītos pieredzē.	NVO	Regulāri, ne retāk ka 3 gados
2.	Rehabilitācijas pakalpojumu kvalitāte. Kvalitātes indikatori		
2.1.	Virziens - Rehabilitācijas pakalpojumu kvalitātes indikatoru ieviešana Latvijā		
2.1.1.	Mērķis: Uzskaitīti darba grupas rekomendēto rehabilitācijas pakalpojumu kvalitātes indikatoru (12 indikatori), datu uzkrāšanas un analīzes mehānismi valstī pakalpojumu kvalitātes kritēriju ieviešanai un turpmākai analīzei dinamikā (skat. 4.pielikumu).		
2.1.1.1.	Apzināt esošo situāciju kvalitātes indikatoru pielietojumā (esošo datu uzskaites sistēmas analīze).	NVD, VM, LM un ārstniecības iestāžu sniegtā informācija	1 gads
2.1.1.2.	Noteikt kvalitātes indikatoru ieviešanas plānu.	NVD, VM, LM	1 gads
2.1.1.3.	Realizēt regulāru kvalitātes indikatoru novērtēšanu un analīzi.	NVD, VM, LM, profesionālās asociācijas	Regulāri, ne retāk ka 3 gados
3.	Rehabilitācijas pieejamības attīstība		
3.1.	Virziens - Rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības uzlabošana balstoties uz finansiālo nodrošinājumu		
3.1.1.	Mērķis: Izstrādāts budžeta plāns rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības palielināšanai.		
3.1.1.1.	Veikt detalizētu esošo finansējumu un izmaksu analīzi rehabilitācijas nozarē, lai noteiktu finansiālā nodrošinājumu un sadalījuma nepieciešamību un iespējas.	VM	1 gads
3.1.1.2.	Sagatavot pamatotus finansējuma palielināšanas priekšlikumus, kas balstīti uz detalizētu vajadzību izpēti, ietverot gan pašreizējās, gan prognozētās vajadzības.	VM	1 gads
3.1.1.3.	Izstrādāt un iesniegt budžeta pieprasījumu attiecīgajām valsts finanšu plānošanas iestādēm,	VM	1 gads

	argumentējot finansiālā nodrošinājuma palielināšanas nepieciešamību.		
3.1.1.4.	Diskusijas ar lēmumu pieņēmējiem un finansētājiem, lai izskaidrotu pieprasījuma nozīmīgumu un ietekmi uz sabiedrības veselību.	Profesionālās asociācijas, VM, LM.	1 gads
3.1.1.5.	Izstrādāt skaidrus kritērijus un procedūras valsts finansējuma piešķiršanai un izlietojumam, nodrošinot tā efektīvu un mērķtiecīgu izmantošanu.	VM	1 gads
3.1.1.6.	Ieviest sistēmu finansējuma izlietojuma kontrolei un uzraudzībai, lai nodrošinātu caurskatāmību, atbildību un atbilstību rehabilitācijā izmantojamiem kvalitātes kritērijiem	VM	1 gads
3.1.1.7.	Pilnveidot nosacījumus par valsts finansēto rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību privātās ārstniecības iestādēs.	VM	1 gads
3.1.1.8.	Regulāri pārskatīt finansiālā sadalījuma modeli un procedūras, lai tās varētu pielāgot mainīgajām vajadzībām un situācijai veselības aprūpes nozarē, kā arī lai varētu ieviest uzlabojumus, balstoties uz iegūto pieredzi un atgriezenisko saiti.	VM	Regulāri, ne retāk ka reizi gadā
3.2.	Virziens - politikas, likumdošanas, normatīvo aktu, regulējumu izmaiņas		
3.2.1.	Mērķis: Veikta normatīvo aktu pārskatīšana un aktualizēšana rehabilitācijas pakalpojumu jomā.		
3.2.1.1.	Sagatavot jaunus likumprojektus vai grozījumus esošajos likumos un normatīvajos aktos, balstoties uz veikto analīzi, īpašu uzmanību vēršot rehabilitācijas pakalpojumu veidu, atlases kritēriju un pēctecības definēšanai; obligātai rehabilitācijā izmantojamai dokumentācijai;	VM	Atbilstoši situācijai

	rehabilitācijas nosūtījumā obligātā iekļaujamā informācijai; rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas prioritātēm; pacientu līdzatbildībai; preventīvās rehabilitācijas (prehabilitācijas) attīstībai;		
3.2.1.2.	Sinhronizēt normatīvos aktus ar citiem tiesību aktiem un nenoved pie pretrunām vai neskaidrībām.	VM	Atbilstoši situācijai
3.2.1.3.	Likumdošanā noteikt objektīvus finansējuma sadalījuma kritērijus, kas balstīti uz pacientu vajadzībām, pakalpojumu pieejamību un ģeogrāfisko izvietojumu, lai veicinātu vienlīdzīgu pakalpojumu pieejamību visā valstī.	VM	1 gads
3.2.1.4.	Ieviest efektīvus uzraudzības un kvalitātes kontroles mehānismus, lai nodrošinātu, ka privātās ārstniecības iestādes sniedz augstas kvalitātes no valsts budžeta apmaksātus pakalpojumus atbilstoši valsts noteiktajiem standartiem.	VM	Regulāri, ne retāk kā reiz 3 gados
3.2.2.	Mērķis: Pilnveidots rehabilitācijas tehnoloģiju klāsta un manipulāciju saraksts		
3.2.2.1.	Pārskatīt rehabilitācijā izmantojamo valsts apmaksāto tehnoloģiju/pakalpojumu klāstu.	Profesionālās organizācijas, VM	Regulāri, ne retāk kā reizi gadā
3.2.2.2.	Aktualizēt manipulāciju sarakstu un to tarifu.	Profesionālās organizācijas, VM	Regulāri, ne retāk kā reizi gadā
3.2.2.3.	Regulāri pārskatīt un nepieciešamības gadījumā veikt korekcijas normatīvajos aktos, lai nodrošinātu to atbilstību mainīgajām vajadzībām un praksēm.	Profesionālās organizācijas, VM	Regulāri, ne retāk kā reizi gadā
3.2.2.4.	Organizēt mērķtiecīgus informēšanas un izglītošanas pasākumus ārstniecības personālam un pacientiem par veiktajām izmaiņām.	VM	Regulāri, ne retāk kā reizi gadā

3.2.2.5.	Ieviest mehānismus jauno tehnoloģiju/pakalpojumu uzraudzībai un efektivitātes novērtēšanai.	VM	Regulāri, ne retāk kā reizi gadā
3.2.2.6.	Ieviest vienotus pacienta pieredzes un iznākumu mērījumus par tehnoloģiju/pakalpojumu lietojamību.	VM	2 gadi
4.	Rehabilitācijas cilvēkresursu attīstība		
4.1.	Virziens - ārstniecības personu pieejamības stiprināšana Latvijā		
4.1.1.	Mērķis: Izstrādāts ĀP cilvēkresursu optimizācijas plāns		
4.1.1.1.	Izpētīt rehabilitācijas ārstniecības personu cilvēkresursu pieejamību valstī. (Nepieciešamie dati analīzei skatīt 1. Pielikumā 1.,3.-5. punkts)	NVD, VM un profesionālo organizāciju atbalsts, LM iesaiste tehnisko palīgīdzekļu nodrošināšanas jautājumos	2 gadi
4.1.1.2.	Balstoties uz izpētes rezultātiem izstrādāt rehabilitācijas ārstniecības personu pieejamības plānu.	NVD, VM un profesionālo organizāciju atbalsts, LM iesaiste tehnisko palīgīdzekļu nodrošināšanas jautājumos	6 mēn. - 1 gads
4.1.1.3.	Izstrādāt datu ieguves plānu, kas iekļauj arī iespēju izsekot ieviesto pārmaiņu rezultātiem. Deleģēt datu ieguves un apstrādes atbildīgās institūcijas un datu analīzes periodus.	NVD, VM, izglītības iestādes, LM iesaiste tehnisko palīgīdzekļu nodrošināšanas jautājumos	1 gads
4.1.2.	Mērķis: Rehabilitācijas speciālistiem ir digitālās prasmes, kas nepieciešamas ārstniecības digitalizācijai.		
4.1.2.1.	Izveidot un ieviest digitālo prasmju pašnovērtēšanas sistēmu.	Profesionālas asociācijas	Nepārtraukti
4.1.2.2.	Izstrādāt individualizētas apmācības un atbalsta programmas.	VM, LM, Profesionālas asociācijas	1 gads un vēlāk nepārtraukti
4.1.2.3.	Iekļaut digitālo prasmju apmācībās iegūtos tālākizglītības punktus pie sertifikācijas/resertifikācijas punktu aprēķina.	Profesionālas asociācijas	1 gads un vēlāk nepārtraukti
4.1.2.4.	Veidot sadarbību ar ekspertiem un lektoriem.	Profesionālas asociācijas	1 gads un vēlāk nepārtraukti

4.2.	Virziens - ārstniecības personu apmācība izglītības iestādēs		
4.2.1.	Mērķis: Apmācīti un klīniskajam darbam sagatavots ārstniecības personāls, atbilstoši nozares vajadzībām		
4.2.1.1.	Apzināt apmācītspējas resursu iespējas (Nepieciešamos datus skatīt 1. pielikums 2., 6. punkts)	IZM, VM, profesionālās organizācijas	2 gadi
4.2.1.2.	Balsoties uz izpētē iegūtajiem rezultātiem izstrādāt rīcības plānu izglītības sistēmas resursu pielīdzināšanai ārstniecības personu cilvēkresursu pieprasījumam.	VM, IZM, profesionālās organizācijas	6 mēn. - 1 gads
4.2.1.3.	Studiju programmā iekļaut praktisko iemaņu apmācības valsts vienotās elektroniskās sistēmas lietošanā (piem., e-veselības testa vidē apmācīt to lietošanu, lai saņemot speciālists pēc absolvēšanās jau ir spējīgs strādāt ar to)	Izglītības ministrija, RSU, LU, DU, VM	1 gads
4.2.1.4.	Sekot mācību kursu kvalitātei un atbilstībai nozares vajadzībām.	Izglītības ministrija, RSU, LU, DU	1 gads
4.2.1.5.	Nodrošināt digitālās prasmes prakses vietās	RSU, LU, DU	1 gads
5.	Digitāla rehabilitācija		
5.1.	Virziens – digitālās rehabilitācijas tiesiskais regulējums		
5.1.1.	Mērķis: Izveidots digitālās rehabilitācijas tiesiskais regulējums		
5.1.1.1.	Noteikt tiesisko regulējumu, kas attiecas uz digitālās rehabilitācijas jomu, ietverot noteikumu izstrādi par datu privātumu, pacientu tiesībām, drošības standartiem un citiem jautājumiem. Radīt sinerģiju ar digitālas veselības noteikumu izstrādi.	VM, LM, FM	2 gadi
5.1.1.2.	Izstrādāt precīzu datu pārvaldības politiku, kas ietver standartus, procedūras un noteikumus attiecībā uz datu vākšanu, uzglabāšanu, apstrādi un izmantošanu digitālajā rehabilitācijā t.sk. telerehabilitācijas pakalpojumiem un sasaisti ar attiecīgiem veselības aprūpes pakalpojumiem.	NVD, VM	1.5 gadi

5.1.1.3.	Noteikt normatīvos aktos, kas precizēs prasības un nosacījumus finansējuma palielināšanai digitālās rehabilitācijas nozarē, nodrošinot juridisku regulējumu un ilgtermiņa atbalstu šai jomai.	VM, LM, FM	1 gads
5.1.1.4.	Izstrādāt noteikumus un procedūras attiecībā uz finansējumu digitālās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai un izmantošanai. Tas ietver piemērotu tarifu un atlīdzības politiku, kā arī valsts vai privāto apdrošināšanas politiku.	VM, LM, FM	9 mēneši no regulējuma izstrādes sākuma
5.1.1.5.	Noteikt un formulēt normatīvos aktus, kas nosaka prasības un standartus attiecībā uz materiālās un tehniskās infrastruktūras nodrošināšanu iestādēm, kas sniedz rehabilitācijas pakalpojumus, iekļaujot datorizētas darba stacijas, informācijas sistēmas un citus tehniskos līdzekļus.	VM, LM	1 gads
5.1.2.	Mērķis: Izstrādāts regulējums par jauno tehnoloģiju ieviešanu (ietverot punktus par klīnisko darbu ar digitālajiem rehabilitācijas prototipiem.)		
5.1.2.1.	Izstrādāt noteikumus un standartus attiecībā uz sadarbību starp dažādiem iesaistītajiem nozares dalībniekiem, tostarp slimnīcām, ārstiem, tehnoloģiju uzņēmumiem un pētniecības iestādēm.	VM, LM, FM Tehnoloģiju izstrādātāji	1 gads
5.1.2.2.	Noteikt, kad un kā jaunizveidotie tehnoloģiskie risinājumi var tikt pielietoti rehabilitācijā	VM, LM	12 mēneši no regulējuma izstrādes sākuma
5.1.2.3.	Definēt nepieciešamo pētniecisko bāzi, lai droši lietotu jaunizveidotos tehnoloģiskos risinājumus.	VM, LM	18 mēneši no regulējuma izstrādes sākuma
5.2.	Virziens - drošas un efektīvas digitālo datu pārvaldības un analīzes nodrošināšana		
5.2.1.	Mērķis: Datu drošība, pieejamība un saprotamība		
5.2.1.1.	Integrēt analītiskos rīkus, kas spēj apstrādāt un analizēt datus, nodrošinot precīzus un ātrus	NVD, VM	1 gads

	rezultātus. Veikt pētījumus par datu pieejamību un saprotamību		
5.2.1.2.	Ieviest datu drošības pasākumus, drošības protokolus, lai aizsargātu pakalpojuma saņēmēju privātumu un novērstu datu noplūdes riskus.	NVD, VM	1 gads
5.3.	Digitāla rehabilitācija - datu uzkrāšanas un analīzes sistēmas izstrāde		
5.3.1.	Mērķis: Izstrādāta digitālas rehabilitācijas platforma		
5.3.1.1.	Definēt digitālas rehabilitācijas platformas ietvaru atbilstoši SFK	VM, NVD, iesaistīt LM pakalpojumu sniedzēji (t.sk. privātie), profesionālās organizācijas, pacientu organizācijas	6 mēn
5.3.1.2.	Izstrādāt platformas sadaļu minimumu kas nodrošina vienotu reģistru un vienotu analīzi (valsts līmenī, iestāžu līmenī) Rehabilitācijas rezultātu apkopojumu, t.sk. sociālās rehabilitācijas pakalpojumus. TPL modulis	VM, NVD, iesaistīt LM pakalpojumu sniedzēji (t.sk. privātie), profesionālās organizācijas, pacientu organizācijas	2 gadi
5.3.1.3.	Noteikt nepieciešamo dokumentu sistēmu un organizācijas kārtību	VM, NVD	2 gadi
5.3.1.4.	Nodrošināt, ka sistēma ir lietotāju draudzīga un viegli izmantojama visiem iesaistītajiem	Sistēmas izstrādātāji	2 gadi
5.3.1.5.	Ieviest automatizāciju, izmantojot mākslīgo intelektu un robotiku, lai samazinātu birokrātiju un paātrinātu datu apstrādi.	Sistēmas izstrādātāji	2 gadi
5.3.1.6.	Nodrošināt sistēmas lietošanās iespējas portatīvajās ierīcēs	Sistēmas izstrādātāji	
5.3.1.7.	Nodrošināt pacientiem individuālu piekļuvi saviem datiem un rehabilitācijas informācijas kopsavilkumam	Datu drošības speciālisti	1.5 gadi
5.3.1.8.	Izveidot pacientiem iespēju iesaistīties pašnovērtējumos.	Datu drošības speciālisti	1.5 gadi
5.3.1.9.	Pielietot vienkāršās un vieglās valodas principus, izmantot PVO izstrādātus kritērijus, kas	Datu drošības speciālisti	1.5 gadi

	nodrošina lietojamību/pieklūstamību personām ar dažādiem funkcionēšanas traucējumiem vai bez tiem.		
5.3.1.10.	Iekļaut PVO izstrādātas rehabilitācijas pasākumu pamatkopas.	VM, NVD, iesaistīt LM	2 gadi
5.3.1.11.	Izveidot un ieviest vienotu horizontālu informācijas apmaiņu starp dažādām veselības aprūpes iestādēm, SPOLIS, nacionālo digitālas veselības sistēmu, VDEAK.	VM, NVD, privāto iestāžu pārstāvji	4 gadi
5.3.1.12.	Organizēt lietotāju apmācības (gan profesionāļiem, gan pacientiem), kā arī nodrošināt tehnisko atbalstu un konsultācijas sistēmas ieviešanas un ekspluatācijas laikā.	Uzturētāji	2 gadi
5.3.1.13.	Izstrādāt ilgtermiņa uzturēšanas un attīstības plānu sistēmai, iekļaujot regulārus atjauninājumus, drošības uzlabojumus un funkcionalitātes paplašināšanu.	VM, NVD,	2 gadi
5.3.1.14.	Paredzēt finanšu izdevumus	VM	2 gadi
5.4.	Virziens - telerehabilitācijas pakalpojumu integrēšana.		
5.4.1.	Mērķis: TR regulējums normatīvajos aktos.		
5.4.1.1.	Izveidot kritērijus un tehniskās prasības telerehabilitācijai.	VM, NVD	2 gadi
5.4.1.2.	Virzīt izstrādātās izmaiņas iekļaušanu normatīvajos aktos.		2 gadi
5.4.1.3.	Izstrādāt noteikumus attālinātajām konsultācijām, ņemot vērā īpašības un piekļuvi TR	NVD	1 gads
5.4.1.4.	Definēt laika intervālus un nosacījumus attālinātajām attālinātiem rehabilitācijas pakalpojumiem	NVD	1 gads
5.4.2.	Mērķis: Noteikts nepieciešamā tehniskā infrastruktūra un izveidota sistēma TR.		
5.4.2.1.	Noteikt kvalitātes indikatorus TR, t.sk. identificēt uzkrājamus datus	VM, NVD, profesionālās asociācijas	2 gadi

	un nepieciešamo infrastruktūru iestādēm TR nodrošināšanai.		
5.4.2.2.	Izstrādāt sistēmu, kas ļauj efektīvi dokumentēt un izsekojama veidā glabāt informāciju par sniegtajiem telerehabilitācijas pakalpojumiem.	VM, NVD	2 gadi
5.4.2.3.	Nodrošināt ērtu, drošu un izsekojamu informācijas pieejamību un pārvaldību.	VM, profesionālās asociācijas	2 gadi
5.4.2.4.	Definēt intervences un tehnoloģijas kas var tikt izmantotas TR.	NVD	2.5 gadi
5.4.2.5.	Papildināt TR manipulācijas, paredzēt tam atbilstošu finansējumu.	NVD, profesionālās asociācijas	2 gadi
5.4.2.6.	Nodrošināt datu pieejamību un saprotamību. (Pētniecība) Veicināt datu saprotamību balstoties uz pētījumu rezultātiem un PVO standartiem	NVD	2 gadi

Izmantotie lietotatūras avoti

Adlakha S. et al. Effectiveness of gamification for the rehabilitation of neurodegenerative disorders. *Chaos Solitons Fractals* 140; 2020. doi.org/10.1016/j.chaos.2020.110192

Alexander M. Chapter 1. Introduction. In: Alexander M, editor. *Telerehabilitation*. Elsevier; 2022. p.1-3.

Behmane D, Dudele A, Villerusa A, Misins J, Klavina K, Mozgis D, Scarpetti G. Latvia: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2019 Dec;21(4):1-165. PMID: 32863240.

Bela B. & Rasnača L. *Sociālā darba vārdnīca*. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 2023. 640 lpp. ISBN 978-9934-18-910-4; doi.org/10.22364/sdtv.23

Bikava, I & Skride, A 2019, Health care accessibility and disparities in medical staff availability in Latvia. in U Berķis & L Vilka (eds), 7th International Interdisciplinary Scientific Conference SOCIETY. HEALTH. WELFARE. vol. 68, 02003, SHS Web of Conferences, 7th International Interdisciplinary Scientific Conference "Society. Health. Welfare", Riga, Latvia, 10/10/ doi.org/10.1051/shsconf/20196802003

Celmiņa-Keze & Behmane. Latvijas rehabilitācijas sistēmas snieguma novērtējums un ieteikumi tās pilnveidei. 2022. RSU, <https://dspace.rsu.lv/jspui/handle/123456789/8876>

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8. doi: 10.1001/jama.260.12.1743. PMID: 3045356.

Eriksen J et al. Equity in digital healthcare - the case of Denmark. *Front Public Health*. 2023 Sep 6; 11:1225222. doi: 10.3389/fpubh.2023.1225222. PMID: 37744503; PMCID: PMC10511744.

Gutenbrunner C, Nugraha B, Gimigliano F, Meyer T, Kiekens C. International Classification of Service Organization in Rehabilitation: An updated set of categories (ICSO-R 2.0). *J Rehabil Med*. 2020 Jan 2;52(1): jrm00004. doi: 10.2340/16501977-2627. PMID: 31720692.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323824866000010>.

Kamenov K, Mills JA, Chatterji S, Cieza A. Needs and unmet needs for rehabilitation services: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 2019 May;41(10):1227-1237. doi: 10.1080/09638288.2017.1422036. Epub 2018 Jan 5. PMID: 29303004.

Kazmi S. Digitalisation and Human Resource Management Systematic Literature Review and Future Research Direction Vaasa 2024 School of Business Master's Thesis Strategic Business Development,skatīts:https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/18414/Uwasa_2024_Kazmi_Syed%20Azam.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Lejnieks, J., Metla-Rozentāle, L. E-veselības politikas izstrāde un ieviešana Latvijā – procesa analīze un novērtējums.RSU, 2022. <https://dspace.rsu.lv/jspui/handle/123456789/8927>

OECD (2021), *OECD Economic Outlook, Volume 2021 Issue 1*, OECD Publishing, Paris, doi.org/10.1787/edfbca02-en

Skempes D et al. Supporting government policies to embed and expand rehabilitation in health systems in Europe: a framework for action. *Health Policy*. (2021) 123: 158–72. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.06.014

PIELIKUMI

PROJEKTS

12. tabula. Ārstniecības iestāžu dalījums pēc līmeņiem (NVD, 2024)

Līmenis	Ārstniecības iestādes
I	Līvānu novada domes pašvaldības sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Līvānu slimnīca", "Aizkraukles slimnīca", "Bauskas slimnīca", "Limbažu slimnīca", "Ludzas medicīnas centrs"
II	"Alūksnes slimnīca", "Preiļu slimnīca", "Tukuma slimnīca", "Krāslavas slimnīca"
III	Madonas novada pašvaldības sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Madonas slimnīca"; "Cēsu klīnika", "Dobele un apkārtnes slimnīca", "Jūrmalas slimnīca", "Ogres rajona slimnīca", "Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība", "Kuldīgas slimnīca"
IV	"Liepājas reģionālā slimnīca", "Daugavpils reģionālā slimnīca", "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca", "Jelgavas pilsētas slimnīca", "Vidzemes slimnīca", "Jēkabpils reģionālā slimnīca", "Rēzeknes slimnīca"
V	"Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"
Vs	Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca, Rīgas Dzemdību nams", "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari""
S	"Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs", Rīgas 2. slimnīca", "Bērnu psihoneirolģiskā slimnīcā "Ainaži"", "Aknīstes psihoneirolģiskā slimnīca", "Piejūras slimnīca", "Daugavpils psihoneirolģiskā slimnīca", "Slimnīca "Ģintermuiža"", "Strenču psihoneirolģiskā slimnīca", "Siguldas slimnīca"
P	"Saldus medicīnas centrs", Priekules slimnīca"
N/K	KRC "Jaunķemeri", RC "Tērvete", RC "Rāzna", RC "Līgatne"

13. tabula. Ārstniecības iestādes, kas sniedz medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus un to dalījums pēc līmeņiem (NVD 2024).									
Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma veids atbilstoši NVD	Ārstniecības iestāžu līmeņi, kuri nodrošina attiecīgo pakalpojuma veidu								Pakalpojuma sniedzēji, kuri nodrošina attiecīgo pakalpojuma veidu
	I	II	III	IV	V	Vs	S	N/K	
Akūtā rehabilitācija jaukta profila gultās	o	o	•	•	•	•	•		BKUS; PSKUS; RAKUS; Daugavpils reģionālā slimnīca; Jelgavas pilsētas slimnīca; Jēkabpils reģionālā slimnīca; Liepājas Reģionālā Slimnīca; Rēzeknes slimnīca; Vidzemes slimnīca; Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca; Alūksnes slimnīca; Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība; Cēsu klīnika; Dobeles un apkārtnes slimnīca; Jūrmalas slimnīca; Kuldīgas slimnīca; Madonas slimnīca; Ogres rajona slimnīca; Preiļu slimnīca; Tukuma slimnīca; Rīgas 2. slimnīca; TOS; Aizkraukles slimnīca; Bauskas slimnīca; Ludzas medicīnas centrs; Siguldas slimnīca.
Diennakts stacionārā sniedzamie otrā etapa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi pieaugušajiem				•	•	•	•		PSKUS; RAKUS; Daugavpils reģionālā slimnīca; Jelgavas pilsētas slimnīca; Jēkabpils reģionālā slimnīca; Liepājas Reģionālā Slimnīca; Rēzeknes slimnīca; Vidzemes slimnīca; Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca; NRC “Vaivari”; Rīgas 2. slimnīca;
Diennakts subakūtās rehabilitācijas pakalpojumi pieaugušajiem					o	•	•		PSKUS; RAKUS; Daugavpils reģionālā slimnīca; Jelgavas pilsētas slimnīca; Jēkabpils reģionālā slimnīca; Liepājas Reģionālā Slimnīca; Rēzeknes slimnīca; Vidzemes slimnīca; Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca; Vaivari, nacionālais rehabilitācijas centrs; Rīgas 2. slimnīca.
Diennakts ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumi/ dinamiskā novērošana pieaugušajiem				•	•	•			PSKUS; RAKUS; Daugavpils reģionālā slimnīca; Liepājas Reģionālā Slimnīca; Rēzeknes slimnīca; Vidzemes slimnīca; Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca; NRC “Vaivari”.
Rehabilitācija dienas stacionārā pieaugušajiem	•	•	•	•	•	•			Alūksnes slimnīca; Cēsu klīnika; Daugavpils reģionālā slimnīca; Dobeles un apkārtnes slimnīca; Kuldīgas slimnīca; Liepājas

									Reģionālā Slimnīca; Limbažu slimnīca; Madonas slimnīca; NRC "Vaivari"; Ogres rajona slimnīca; PSKUS; Preiļu slimnīca; Rēzeknes slimnīca; Rīgas 2. slimnīca; RAKUS; Siguldas slimnīca; Vidzemes slimnīca; Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca.
Ambulatori rehabilitācijas pakalpojumi pieaugušajiem	.	.	.	.	.	.	.	.	Aijas Jasevičas fizioterapijas prakse; Aizkraukles slimnīca; Alūksnes slimnīca; Arho Medicīnas Serviss; Balt Aliance; Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība; Bauskas slimnīca; BKUS; Bērnu psihoneirolģiskā slimnīca "Ainaži"; Cēsu bērnu un pusaudžu reproduktīvās veselības centrs; Cēsu klīnika; Daugavpils bērnu veselības centrs; DPNS; Daugavpils reģionālā slimnīca; Dobeles un apkārtnes slimnīca; "Dziedinātava"; "Fitosan Plus", Medicīnas centrs; Fizioterapijas kabinets "VALE"; Iecavas veselības centrs; "Ivako Group"; Jakovļeva Olga - fizioterapeita prakse; Jelgavas poliklīnika; Jēkabpils reģionālā slimnīca; Jūrmalas slimnīca; Krāslavas novada Veselības un sociālo pakalpojumu centrs "Dagda"; Krāslavas slimnīca; Kuldīgas slimnīca; Latvijas Jūras medicīnas centrs, Akciju sabiedrība; Liepājas Reģionālā Slimnīca; Limbažu slimnīca; Līgas Vaļģes ārsta prakse; Ludzas medicīnas centrs; Madonas slimnīca, Madonas novada pašvaldības; Medicīnas sabiedrība "Optima 1"; RC "Mēs esam līdzās"; NRC "Vaivari"; Ogres rajona slimnīca; PSKUS; Preiļu slimnīca; RC "Krimulda"; RC "Līgatne"; RC "Rāzna"; RC "Tērvete" ; Rēzeknes slimnīca; Rīgas 1. slimnīca; Rīgas 2. slimnīca; RAKUS; Rīgas veselības centrs; Salaspils veselības centrs; Saldus medicīnas centrs; KRC "Jaunkēmeri"; Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca; Siguldas slimnīca; Talsu veselības centrs; TOS; Tukuma slimnīca; Valmieras veselības centrs; Ventpils poliklīnika; Veselības centrs 4; Veselības centrs "Bīķernieki"; Veselības centrs "Ilūkste"; Veselības centru apvienība; Vidzemes slimnīca; Zemgales veselības centrs; Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca;
Narkomānu rehabilitācija stacionārā pieaugušajiem							.		Slimnīca "Ģintermuiža"

Diennakts stacionārā sniedzamie otrā etapa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi bērniem				•	•	•			BKUS; Jēkabpils reģionālā slimnīca; Liepājas Reģionālā Slimnīca; Vidzemes slimnīca; Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca; NRC "Vaivari".
Diennakts subakūtās rehabilitācijas pakalpojumi bērniem				•	•	•			BKUS; Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca; NRC "Vaivari"
Diennakts ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumi/ dinamiskā novērošana bērniem				•	•	•			BKUS; Liepājas Reģionālā Slimnīca; Vidzemes slimnīca; Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca; NRC "Vaivari"
Rehabilitācija dienas stacionārā bērniem		•	•	•	•	•			Alūksnes slimnīca; BKUS; Cēsu klīnika; Daugavpils reģionālā slimnīca; Dobeles un apkārtnes slimnīca, Kuldīgas slimnīca; Liepājas Reģionālā slimnīca; Limbažu slimnīca; Madonas slimnīca, Madonas novada pašvaldības; NRC "Vaivari"; Ogres rajona slimnīca; Preiļu slimnīca; Siguldas slimnīca, Vidzemes slimnīca; Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca;
Ambulatori rehabilitācijas pakalpojumi bērniem	•	•	•	•	•	•	•	•	Aijas Jasevičas fizioterapijas prakse; Aizkraukles slimnīca; Alūksnes slimnīca; Arho Medicīnas Serviss; Balt Aliance; Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība; Bauskas slimnīca; BKUS; Bērnu psihoneirolģiskā slimnīca "Ainaži"; Cēsu bērnu un pusaudžu reproduktīvās veselības centrs; Cēsu klīnika; Daugavpils bērnu veselības centrs; DPNS; Daugavpils reģionālā slimnīca; Dobeles un apkārtnes slimnīca; "Dziedinātava"; Dziedniecība; "Fitosan PLUS", Medicīnas centrs; Fizioterapijas kabinets "VALE"; Grīvas poliklīnika; Iecavas veselības centrs; "Ivako Group"; Jakovļeva Olga - fizioterapeita prakse; Jelgavas poliklīnika; Jēkabpils reģionālā slimnīca; Jūrmalas slimnīca; Kauguru veselības centrs; Krāslavas novada Veselības un sociālo pakalpojumu centrs "Dagda"; Krāslavas slimnīca; Kronoss; Kuldīgas slimnīca; Ķekavas ambulance; Latvijas Jūras medicīnas centrs, Akciju sabiedrība; Liepājas Reģionālā Slimnīca; Limbažu slimnīca; Līgas Valģes ārsta prakse; Ludzas medicīnas centrs; Madonas slimnīca, Madonas novada pašvaldības; medicīnas firma "Elpa"; Medicīnas sabiedrība "Optima 1"; RC "Mēs esam līdzās"; NRC "Vaivari"; Ogres rajona slimnīca; OlainMed; PSKUS; Preiļu slimnīca; Priekules slimnīca; RC "Krimulda"; RC "Līgatne"; RC "Rāzna"; RC "Tērvete" ; Rēzeknes slimnīca; Rīgas 1. slimnīca; Rīgas 2.

									slimnīca; RAKUS; Rīgas Stradiņa universitātes Stomatoloģijas institūts; Rīgas veselības centrs; Salaspils veselības centrs; Saldus medicīnas centrs; KRC "Jaunkēmeri"; Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca; Siguldas slimnīca; Talsu veselības centrs; TOS; Tukuma slimnīca; Valmieras veselības centrs; Varakļānu veselības aprūpes centrs; Vecpiepājas primārās veselības aprūpes centrs, Ventspils poliklīnika; Veselības centrs 4; Veselības centrs "Bīķernieki"; Veselības centrs Ilūkste; Veselības centru apvienība; Vidzemes slimnīca; Viļakas Veselības aprūpes centrs; Zemgales veselības centrs; Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca;
Narkomānu rehabilitācija stacionārā bērniem									• Slimnīca "Ģintermuiža"
Diennakts perinatālā periodā radušos stāvokļu rehabilitācija				•	•				BKUS; Jēkabpils reģionālā slimnīca; Liepājas Reģionālā Slimnīca; Vidzemes slimnīca
Rehabilitācijas speciālista pacienta veselības aprūpe mājās	•	•	•	•		•			Tukuma slimnīca; Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca; Jūrmalas slimnīca; NRC "Vaivari"; Siguldas slimnīca; Aizkraukles slimnīca; Bauskas slimnīca; Dobeles un apkārtnes slimnīca; Jēkabpils reģionālā slimnīca; Ogres rajona slimnīca; Alūksnes slimnīca; Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība; Limbažu slimnīca; Krāslavas slimnīca; Ludzas medicīnas centrs; Preiļu slimnīca; Rēzeknes slimnīca;
Rehabilitācija pacientiem ar muguras smadzeņu šķērsbojājumu						•			NRC "Vaivari"
Post Covid rehabilitācija				•	•	•	•		RAKUS; Liepājas Reģionālā Slimnīca; Rēzeknes slimnīca; Vidzemes slimnīca; NRC "Vaivari"; Siguldas slimnīca;
Ilgstoši mākslīgi ventilējamā pacienta medicīniskā rehabilitācija						•			NRC "Vaivari"
Nacionālsociālistiskajā režīmā cietušo personu rehabilitācija					•				RAKUS

PROJEKTS

14. tabula. Esošās situācijas apskats rehabilitācijā - informācija no metodiskajiem materiāliem un praksē balstītiem pieņēmumiem

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidu iedalījums pēc aprūpes līmeņa	Definīcija	Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma pēctecība no atlases kritērijiem konkrētajam pakalpojumam līdz nākamajam iespējamam rehabilitācijas pakalpojumam.					
		Atlases kritēriji medicīniskai rehabilitācijai	Piekluves veids medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumam	Dokumentācija medicīniskās rehabilitācijas procesā	Dokumentācija izrakstīšanās brīdī	Dati, kas tiek sūtīti NVD	Turpmākās rehabilitācijas un pakalpojumu iespējas
Akūta ārstēšanas iestādē. <i>Mobilās rehabilitācijas komandas nerehabilitācijas gultas.</i>	Mobilās rehabilitācijas komandas pakalpojumi – nerehabilitācijas gultas – akūtās ārstniecības iestādē ir zemas vai mērenas intensitātes rehabilitācija akūtās stacionēšanas laikā (0,5–1,5 h/dienā, mono-/multiprofesionālas komandas darba veidā), kur pacienta ārstējošais ārsts ir jebkuras specialitātes ārsts, izņemot FRM ārstu.	Visiem pacientiem, kuri stacionēti ar akūtu epizodi, tiek veikts skrīnings funkcionēšanas traucējumu novērtēšanai un atlase turpmāku rehabilitācijas pakalpojumu plānošanai; Ja pacients ir medicīniski stabils un tam ir funkcionēšanas traucējumi, ne vēlāk kā 24 stundas pēc stacionēšanas pacients saņem rehabilitācijas terapiju;	Pacients ar akūtu epizodi tiek uzņemts slimnīcā divējādi: pašiniciatīvi ierodoties slimnīcā vai tiek atvests ar Neafliekamās medicīniskās palīdzības dienesta (NMPD) transportu. Uzņemšanas brīdī tiek veikta pacienta stacionēšana ar mērķi nodrošināt nepieciešamo ārstniecību. Visiem ar akūtu epizodi stacionētiem pacientiem tiek veikts skrīnings funkcionēšanas traucējumu novērtēšanai. Medicīniski stabiliem pacientiem ar funkcionēšanas traucējumiem ne vēlāk kā 24 stundas pēc stacionēšanas tiek sākta rehabilitācijas terapija slimnīcā. Terapija notiek paralēli	Kamēr pacients stacionējas slimnīcā, tiek sagatavota un aizpildīta dokumentācija, kas ietver: - Ārstējošā ārsta primārās apskates protokolu; - Funkcionālo speciālistu protokolus (fizioterapeita, ergoterapeita, audiologopēda, klīniskā psihologa novērtējuma protokolus) - Aprūpes dokumentāciju; - Individuālo rehabilitācijas plānu, ko sastādījis FRM ārsts, kā arī citu saistīto dokumentāciju.	Pacienta izrakstīšanās brīdī pacients saņem izrakstu no stacionārā pacienta medicīniskās kartes (veidlapa Nr. 027/u). Tāpat pacienta izrakstīšanās brīdī, atkarībā no turpmākās rehabilitācijas nepieciešamības, tiek veikts nosūtījuma izraksts no stacionārā pacienta medicīniskās kartes (veidlapa Nr. 027/u) un/vai izrakstīts medicīniskās rehabilitācijas plāns cita medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma veida saņemšanai: - subakūtai rehabilitācijai specializētā iestādē; - dienas stacionāra rehabilitācijai; - ambulatorai rehabilitācijai; - rehabilitācijai pacienta dzīvesvietā); - Sociālai rehabilitācijai.		Pacienta izrakstīšanas brīdī, atkarībā no turpmākās rehabilitācijas nepieciešamības, tiek veikts izraksts no stacionārā pacienta medicīniskās kartes (veidlapa Nr. 027/u) un/vai izrakstīts medicīniskās rehabilitācijas plāns cita medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma veida saņemšanai. Pēc nepieciešamības pacientam tiek izrakstīts arī:

			pamatārstniecības pakalpojumu sniegšanai, uzraudzībai un aprūpei.		- atzinums par tehnisko palīg līdzekļu saņemšanai; - nosūtījums uz sociālo rehabilitāciju.		
Subakūtā rehabilitācija stacionārā jeb subakūtā rehabilitācija specializētā rehabilitācijas iestādē	Augstas intensitātes (vismaz 3- 6 h/dienā) vai vidēji intensīvs (2–3 h/dienā) , multiprofesionāls un multidisciplinārs pakalpojums, kas tiek nodrošināts rehabilitācijas vienībā, kur pacienta ārstējošais ārsts FRM ārsts. Tiek nodrošināts rehabilitācijas centrā. Līdz 6 mēnešiem no akūtās epizodes sākuma.	1. Pacientam ir akūta nespēja/invaliditāte , un ir nepieciešama 24 stundu medicīniskā uzraudzība un aprūpe vai pacients ir pietiekami neatkarīgs, lai spētu par sevi parūpēties mājās apstākļos , bet nav iespējams nokļūt līdz ārstniecības iestādei, kur tiek sniegti rehabilitācijas pakalpojumi dienas stacionārā; 2. Medicīniskais vai ķirurģiskais stāvoklis ir stabils un līdzdalība terapijā ir iespējama; 3. Pacients ir spējīgs iesaistīties terapijas procesā vismaz divas stundas un ir motivēts to darīt; 4. Pacientam ir nepieciešams (tas gūs labumu no) rehabilitācijas kursa	Līdz šiem mēnešiem no akūtas epizodes sākuma pacients ar FRM ārsta nosūtījumu uz izraksta formas stacionāra kartes (veidlapa 027/u) un/vai rehabilitācijas plānu var saņemt subakūtos rehabilitācijas pakalpojumus specializētā rehabilitācijas iestādē.	Kamēr pacients stacionējas rehabilitācijas centrā, tiek aizpildīta dokumentācija, kas ietver: • Ārstējošā ārsta primārās apskates protokolu un dokumentāciju ; • Individuālo rehabilitācijas plānu; • Funkcionālo speciālistu protokolus, piemēram, fizioterapeita, ergoterapeita, audiologopēda , klīniskā psihologa novērtējumus; • Aprūpes dokumentāciju un individuālo rehabilitācijas plānu, ko sastādījis FRM ārsts, kā arī citu saistīto dokumentāciju .	Pacienta izrakstīšanās brīdī pacients saņem izrakstu no stacionārā pacienta medicīniskās kartes (veidlapa Nr. 027/u). Tāpat pacienta izrakstīšanās brīdī, atkarībā no turpmākās rehabilitācijas nepieciešamības, tiek veikts nosūtījuma izraksts no stacionārā pacienta medicīniskās kartes (veidlapa Nr. 027/u) un/vai izrakstīts medicīniskās rehabilitācijas plāns cita medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma veida saņemšanai, tai skaitā arī medicīniskai rehabilitācijai dinamiskajā novērošanā. Pēc nepieciešamības		Pacienta izrakstīšanas brīdī, atkarībā no turpmākās rehabilitācijas nepieciešamības, tiek veikts izraksts no stacionārā pacienta medicīniskās kartes (veidlapa Nr. 027/u) un/vai izrakstīts medicīniskās rehabilitācijas plāns cita medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma veida saņemšanai: • subakūtai rehabilitācijai specializētā iestādē; • dienas stacionāra rehabilitācijai; • ambulatorai rehabilitācijai; • Medicīniskai rehabilitācijai dinamiskajā novērošanā; • Sociālai rehabilitācijai; • rehabilitācijai pacienta dzīvesvietā).

		multidisciplināras rehabilitācijas komandas uzraudzībā; 5. Ir parādīts progress akūtā ārstniecības procesā vai ir citi pierādījumi gaidāmiem funkcionēšanas uzlabojumiem saprātīgā laika periodā rehabilitācijas rezultātā; (pietiekošs rehabilitācijas potenciāls) 6. Ir skaidri definēti rehabilitācijas mērķi konkrētajam ārstēšanās posmam; 7. Nav smagi kognitīvi traucējumi; 8. Pacientam ir funkcionēšanas traucējumi vismaz divos aktivitāšu līmeņos (atbilstoši SFK); 9. Ir pietiekams sociālais atbalsts, kas ļauj plānot atgriešanos mājās pēc saprātīgas funkcionēšanas uzlabošanās.			pacientam tiek izrakstīts arī: - atzinums par tehnisko palīgīdzekļu saņemšanai; - nosūtījums uz sociālo rehabilitāciju.		
Rehabilitācija dienas stacionārā	Multiprofesionāls mērenas (2-3 h/dienā), vai augstas (vismaz 3- 6 h/dienā) intensitātes pakalpojums	1. Pacientam ir akūta nespēja/invaliditāte, un nav nepieciešama 24 stundu medicīniskā aprūpe;	Pacients ar FRM ārsta nosūtījumu uz izraksta formas ambulatorās/stacionāra kartes (veidlapa 027/u) un/vai rehabilitācijas plānu var saņemt	Kamēr pacients saņem dienas stacionāra rehabilitācijas pakalpojumu, tiek aizpildīta dokumentācija, kas ietver:	Pacienta izrakstīšanās brīdī pacients saņem izrakstu no stacionārā pacienta medicīniskās	?	Pacienta izrakstīšanas brīdī, atkarībā no turpmākās rehabilitācijas nepieciešamības, tiek veikts izraksts no stacionārā pacienta

	tuvumā pacienta dzīvesvietai. 2. Pacientam ir funkcionēšanas traucējumi vismaz 2 aktivitāšu līmeņos (atbilstoši SFK); 3. Pacients ir pietiekami neatkarīgs, lai spētu par sevi parūpēties mājas apstākļos vai ir pietiekams sociālais atbalsts, kas ļauj pacientam dzīvot mājās un pacientam ir iespējams nokļūt līdz ārstniecības iestādei, kur tiek veikts šis pakalpojums. Medicīniskais vai ķirurģiskais stāvoklis ir pietiekami stabils un līdzdalība terapijā ir iespējama; 4. Pacients ir spējīgs iesaistīties terapijas procesā vismaz divas stundas un ir motivēts to darīt; 5. Pacientam ir nepieciešams (tas gūs labumu no) rehabilitācijas kurss multidisciplināras rehabilitācijas komandas uzraudzībā; 6. Ir parādīts progress akūtā ārstniecības procesā vai ir citi	rehabilitācijas pakalpojumus rehabilitācijas dienas stacionārā.	- Ārstējošā ārsta primārās apskates protokolu un dokumentāciju; - Individuālo rehabilitācijas plānu; - Rehabilitācijas posmā iesaistīto funkcionālo speciālistu protokolus; - Aprūpes dokumentāciju un individuālo rehabilitācijas plānu, ko sastādījis fizikālās un rehabilitācijas medicīnas (FRM) ārsts, kā arī citu iesaistīto dokumentāciju.	kartes (veidlapa Nr. 027/u). Tāpat pacienta izrakstīšanas brīdī, atkarībā no turpmākās rehabilitācijas nepieciešamības, tiek veikts nosūtījuma izraksts no stacionārā pacienta medicīniskās kartes (veidlapa Nr. 027/u) un/vai izrakstīts medicīniskās rehabilitācijas plāns cita medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma veida saņemšanai, tai skaitā arī medicīniskai rehabilitācijai dinamiskajā novērošanā. Pēc nepieciešamības pacientam tiek izrakstīts arī: - atzinums par tehnisko palīgīdzekļu saņemšanai; - nosūtījums uz sociālo rehabilitāciju.	medicīniskās kartes (veidlapa Nr. 027/u) un/vai izrakstīts medicīniskās rehabilitācijas plāns cita medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma veida saņemšanai: - dienas stacionārā rehabilitācijai; - ambulatorai rehabilitācijai; - medicīnisko rehabilitācijai dinamiskajā novērošanā; - sociālai rehabilitācijai.
--	---	--	--	--	---

		pierādījumi gaidāmiem funkcionēšanas uzlabojumiem saprātīgā laika periodā rehabilitācijas rezultātā (Pietiekošs rehabilitācijas potenciāls) 7. Ir skaidri definēti rehabilitācijas mērķi konkrētajam ārstēšanās posmam; 8. Nav smagi kognitīvi traucējumi.					
Rehabilitācijas pakalpojumi ambulatori jeb ambulatorā rehabilitācija	Monoprofesionāls zemas (0,5-1,5h/dienā) vai mērenas(2-3 h/dienā) intensitātes pakalpojums ārstniecības iestādē tuvumā pacienta dzīvesvietai.	1. Pacientam ir akūta nespēja/invaliditāte, un nav nepieciešama 24 stundu medicīniskā aprūpe; 2. Pacients ir spējīgs iesaistīties terapijas procesā un ir motivēts to darīt; 3. Pacientam ir nepieciešams (tas gūs labumu no) rehabilitācijas kursa; 4. Pacientam ir vismaz viens funkcionēšanas traucējums aktivitāšu līmenī (atbilstoši SFK); 5. Ir pierādījumi gaidāmiem funkcionēšanas uzlabojumiem saprātīgā laika periodā	Pacients var saņemt rehabilitācijas pakalpojumus ambulatori jeb ambulatoro rehabilitāciju, pamatojoties uz nosūtījumu, kurš izrakstīts no ambulatorās/stacionāra kartes (027/u veidlapas) un/vai rehabilitācijas plānu. Pacients, apmeklējot ambulatoro konsultāciju pie ģimenes ārsta, ārsta-speciālista vai FRM ārsta, var saņemt nosūtījuma "izrakstu no ambulatorās kartes (027/u forma)", ko izsniedz, pamatojoties uz konsultācijas rezultātiem un ārsta lēmumu par nepieciešamību	Ambulatorās rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanas laikā tiek aizpildīts funkcionālā speciālista protokols. Tas nodrošina pilnīgu pārskatu par rehabilitācijas procesu un progresu.	Atkarībā no nepieciešamības pacientam var tikt izrakstīts: - Atzinums par tehnisko palīgīdzekļu saņemšanu; - Veidlapas Nr. 027/u izraksts, kas paredzēts ģimenes ārstam, ārstam-speciālistam, FRM ārstam, sniedzot informāciju par veikto rehabilitācijas kursu, pacienta veselības stāvokli konkrētajā laika posmā un par nepieciešamību turpmāk saņemt medicīniskās	?	Pacients var saņemt izrakstu no pacienta ambulatorās medicīniskās kartes (027/u veidlapa) ar rekomendāciju no funkcionālā speciālista par nepieciešamību izskatīt iespēju par turpmāko medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanu, ko pacients turpmāk var uzrādīt pie ģimenes ārsta, ārsta-speciālista vai FRM ārsta, kurš turpmāk izvērtēs nepieciešamību par atkārtotiem rehabilitācijas pakalpojumiem konkrētajam pacientam.

		rehabilitācijas rezultātā 6. Pacients ir pietiekami neatkarīgs, lai spētu par sevi parūpēties mājas apstākļos un spēj nokļūt līdz ārstniecības iestādei, kur tiek veikts šis pakalpojums.	ambulatorajiem rehabilitācijas pakalpojumiem, balstoties uz pacienta veselības un funkcionālā stāvokļa novērtējumu. Savukārt, pacients, izrakstoties no ārstniecības iestādes stacionāra, var saņemt ārsta-speciālista vai FRM ārsta nosūtījuma “izrakstu no stacionārās kartes (027/u forma)”, ko izsniedz, pamatojoties uz ārsta lēmumu par nepieciešamību ambulatorajiem rehabilitācijas pakalpojumiem un balstoties uz pacienta veselības un funkcionālā stāvokļa novērtējumu. Pacients, kuram ģimenes ārsts, ārsts-speciālists ir sastādījis nosūtījuma izrakstu no ambulatorās kartes, var saņemt līdz pieciem monoprofesionālās ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumiem. Pacients, kuram FRM ārsts ir sastādījis nosūtījuma izrakstu no ambulatorās vai stacionārās kartes un/vai rehabilitācijas plānu, var saņemt nozīmēto skaitu monoprofesionālās ambulatorās		rehabilitācijas pakalpojumus.		
--	--	---	---	--	--------------------------------------	--	--

			rehabilitācijas pakalpojumu.				
Rehabilitācijas pakalpojumi mājās	Monoprofesionāls vai multiprofesionāls zemas intensitātes rehabilitācijas pakalpojums pacienta dzīvesvietā.	Ministru kabineta noteikumi Nr. 555 nosaka, ka rehabilitācijas pakalpojumus mājās var saņemt personas ar sekām pēc muguras smadzeņu bojājuma (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kods T91.3), personām ar cerebrovaskulāru slimību (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi I60, I61, I63, I64, I69) un bērniem, kuri atrodas valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē, kā arī šie pacienti atbilst sekojošiem atlases kritērijiem: 1. Ir skaidri definēti rehabilitācijas mērķi konkrētajam ārstēšanās posmam; 2. Pacientam ir pārvietošanās traucējumi un zema slodzes fiziskās tolerance (dēļ tā ierobežota aktīva rehabilitācija), kas neļauj rehabilitācijas	Medicīnisko rehabilitāciju pacienta dzīvesvietā var saņemt ar FRM ārsta nosūtījumu izraksta veidā no ambulatorās/stacionārās kartes (027/u veidlapa) un sastādītu rehabilitācijas plānu. Medicīnisko rehabilitāciju pacienta dzīvesvietā var saņemt arī ar ģimenes ārsta nosūtījumu, kam pievienots medicīniskās rehabilitācijas plāns, ja ģimenes ārsts ir apguvis zināšanas par funkcionālo ierobežojumu novērtēšanu un to mazināšanas vai novēršanas iespējām. Valsts apmaksātas rehabilitācijas pakalpojumus, tajā skaitā fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta mājās vizītes var saņemt arī šādi pacienti, kuriem ir nepieciešama veselības aprūpe mājās: - bērni, kas atrodas "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē; - pacienti ar sekām pēc muguras	Rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas laikā pacienta dzīvesvietā tiek veikta rūpīga pacienta stāvokļa un terapijas procesa uzraudzība, kuras rezultāti tiek fiksēti pacienta kartē veselības aprūpei mājās (MK noteikumi Nr.265, 95 pielikums). Šī dokumentācija nodrošina pilnīgu pārskatu par sniegtajiem pakalpojumiem, terapijas gaitu un pacienta progresu.			

		rehabilitācijas pakalpojumus saņemt citā veidā.					
--	--	---	--	--	--	--	--

PROJEKTS

Rehabilitācijas kvalitātes indikatori

No PVO definētajiem 45 rehabilitācijas novērtēšanas dimensiju raksturojošiem indikatoriem (*Rehabilitation Indicator Menu at a glance (WHO 2019)*)⁵⁰ PVO rekomendē ieviest vismaz sešus būtiskākos (skatīt 15. tabulu), kas tiek aprakstīti detalizētāk, norādot šī indikatora būtiskuma pamatojumu, definīciju, kā arī indikatora kontroli un iespējamiem ierobežojumiem.

15.tabula. PVO rekomendētie būtiskākie (pamata) rehabilitācijas novērtēšanas indikatori (*Core rehabilitation indicators*)

	Indikators	Rehabilitācijas novērtēšanas dimensija
1	(1.) Rehabilitācijas integrācija veselības aprūpē	Ieguldījuma indikators - rehabilitācijas vadība un pārvaldība
2	(11.) Rehabilitācijas izmaksas	Ieguldījuma indikators – rehabilitācijas finansējums
3	(13.) Rehabilitācijas speciālistu pieejamība	Ieguldījuma indikators - rehabilitācijas darbaspēks
4	(14.) Rehabilitācijas gultu pieejamība	Ieguldījuma indikators - rehabilitācijas infrastruktūra
5	(22.) Rehabilitācijas pieejamība terciārās veselības aprūpes līmeņa institūcijās	Iznākuma indikators - rehabilitācijas pakalpojums
6	(39.) Multidisciplinārs rehabilitācijas pakalpojums pacientiem, kuriem ir vairāki funkcionēšanas traucējumi	Rezultāta indikators - rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība

Rehabilitācijas pakalpojumu kvalitātes attīstības plāna izveides darba grupa kā nozīmīgus rehabilitācijas kvalitātes indikatorus Latvijas rehabilitācijas pakalpojumu kvalitātes noteikšanai no visiem 45 rehabilitācijas novērtēšanas dimensiju raksturojošiem indikatoriem (skatīt 1. tabulu) un **papildus PVO rekomendētajiem sešiem pamata indikatoriem rekomendē sešus kvalitātes indikatorus** (skatīt 16. tabulu), kas šajā dokumentā tiek aprakstīti detalizētāk, norādot šī indikatora būtiskuma pamatojumu, definīciju, kā arī indikatora kontroli un iespējamiem ierobežojumiem.

16.tabula. Darba grupas rekomendētie rehabilitācijas kvalitātes indikatori – paplašinātais indikatoru saraksts

⁵⁰ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330955/9789241516006-eng.pdf?sequence=1>

	Indikators	Rehabilitācijas novērtēšanas dimensija
1	(11.) Rehabilitācijas informācijas integrācija veselības aprūpes sistēmā	Ieguldījuma indikators - Informācijas sistēmas rehabilitācijā
2	(21.) Gaidīšanas rindas, lai saņemtu rehabilitācijas pakalpojumu	Iznākuma indikators - rehabilitācijas pakalpojums
3	(22.) Rehabilitācijas epizodes ilgums	Ieguldījuma indikators - rehabilitācijas pakalpojums
4	(23.) Rehabilitācijas epizodes intensitāte	Ieguldījuma indikators - rehabilitācijas pakalpojums
5	(28.) Pacientu pieredze par rehabilitācijas pakalpojumu	Iznākuma indikators - rehabilitācijas pakalpojums
6	(31.) Funkcionēšanas izmaiņas ārstēšanas epizodes laikā	Rezultāta indikators - rehabilitācijas efektivitāte

1. PAMATINDIKATORS - REHABILITĀCIJAS INTEGRĀCIJA VESELĪBAS APRŪPĒ

Rehabilitācijas novērtēšanas dimensija	Ieguldījuma indikators - rehabilitācijas vadība un pārvaldība
Pamatojums	Rehabilitācijas iekļaušana valsts veselības aprūpes stratēģiskajā plānā sniedz informāciju par rehabilitācijas iekļaušanas apjomu veselības aprūpes plānošanā.
Skaidrojums	Satur veselības plānus, kas nepārprotami ietver rehabilitāciju aktivitātes līmenī un darbību kontekstā, t.i., tas nav iekļauts tikai fona tekstā. Tas ir kopējais plānu skaits, kas ietver rehabilitāciju iepriekšējo 2 gadu periodā no atskaites brīža, tajā nav iekļauti iepriekšējie darbības plāni, tikai augsta līmeņa, nacionālie plāni. Šajos plānos ietilpst valsts veselības stratēģiskais plāns un citi attiecīgie veselības nozares plāni. Šī rādītāja saucējs ir citi atbilstoši, pieejamie veselības nozares plāni, kas tiek noteikti valsts līmenī. Saucējam ir jāietver vismaz valsts veselības stratēģiskais plāns, kā arī citi pieejamie valsts plāni mentālajai veselībai, senioriem, redzei, dzirdei, neinfekcijas slimībām un agrīnai bērnu aprūpei.
Aprēķins (formula)	Skaitītājs: Veselības plānu skaits, ietverot rehabilitāciju. Saucējs: Kopējais pieejamo, atbilstošu veselības plānu skaits, kuriem jāietver rehabilitācija (saskaņā ar iepriekš minēto un noteikto valsts līmeni)
Novērtēšanas metode	Kopējais veselības plānu skaits valstī, kurā ir iekļauta rehabilitācija

Novērtēšanas regularitāte	Reizi divos gados
Datu avoti	Veselības Ministrija
Ierobežojumi	Aprēķinos ir nepieciešams saucējs, lai padarītu šo rādītāju starptautiski salīdzināmu. Valstīm ir jānosaka savs saucējs aprēķinos, nosakot, kuri plāni ir pieejami un kuri tiek uzskatīti par tādiem, kuros ir iekļauta rehabilitācija.

2. PAMATINDIKATORS - REHABILITĀCIJAS IZMAKSAS

Rehabilitācijas novērtēšanas dimensija	Ieguldījuma indikators - rehabilitācijas vadība un pārvaldība
Pamatojums	Rehabilitācijas izdevumu uzskaitē ir svarīga lēmumu pieņemšanai un veselības aprūpes plānošanai. Rehabilitācijas izdevumi kā proporcija no kopējiem veselības izdevumiem norāda valsts un privātā rehabilitācijas finansējuma līmeni salīdzinājumā ar visām pārējām veselības jomām.
Skaidrojums	Rēķina kopējos rehabilitācijas izdevumus valstī procentos no kopējiem valsts veselības aprūpes izdevumiem. Kopējie veselības aprūpes izdevumi ir kopējo privāto un valsts izdevumu summa, kas izlietota veselības aprūpei valstī.
Aprēķins (formula)	Skaitītājs: rehabilitācijas pakalpojumu izdevumi gadā Saucējs: Kopējie veselības aprūpes izdevumi gadā Sadalījums un papildu dimensijas: lai novērtētu rehabilitācijas izdevumus gadā uz vienu iedzīvotāju, par saucēju aprēķinos jālieto iedzīvotāju skaits valstī.
Novērtēšanas metode	Rehabilitācijas izdevumi gadā / kopējie veselības veselības aprūpes izdevumi gadā x 100.
Novērtēšanas regularitāte	Reizi divos gados
Datu avoti	Veselības ministrija, Nacionālais Veselības Dienests
Ierobežojumi	Rehabilitācijas izdevumu nodalīšana no citiem veselības aprūpes izdevumiem daudzās valstīs ir sarežģīta, un dati var nebūt pilnīgi. Kā alternatīvu PVO iesaka veikt tikai to izdevumu, kas saistīti ar īpašām/specializētām rehabilitācijas iestādēm vai programmām, uzskaiti.

Atsauces

- Monitoring the building blocks of health systems: a handbook on indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.
- A system of health accounts. Geneva: World Health Organization; 2011 <http://www.who.int/health-accounts/>

3. PAMATINDIKATORS - REHABILITĀCIJAS SPECIĀLISTU PIEEJAMĪBA

Rehabilitācijas novērtēšanas dimensija	Ieguldījuma indikators - rehabilitācijas speciālistu pieejamība
---	---

Pamatojums	Veselības aprūpes speciālistu blīvums norāda uz veselības aprūpes sistēmas spēju nodrošināt rehabilitācijas pakalpojumus valsts iedzīvotājiem.
Skaidrojums	Veselības aprūpes speciālisti, kas sniedz rehabilitācijas pakalpojumus ir fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti, medicīnas māsas un funkcionālie speciālisti. Uzskaitītie speciālisti darbaspēka aprēķinu veikšanai rehabilitācijas jomā ir izvēlēti starptautiskās salīdzināmības nolūkos. Uzskaitījumā un aprēķinos nav iekļauti sociālie darbinieki un citas aprūpē iesaistītās personas, kas nav veselības aprūpes speciālisti, jo viņu iekļaušanās nav rehabilitācijas intervences.
Aprēķins (formula)	Skaitītājs: Rehabilitācijā strādājošo veselības aprūpes darbinieku skaits Saucējs: Iedzīvotāju skaits valstī Sadalījums un papildu dimensijas: Precīzai speciālistu pieejamības notiekšanai rekomendē veikt aprēķinus atsevišķos valsts reģionos, ņemot vērā iespējami variablu iedzīvotāju blīvumu.
Novērtēšanas metode	Kopējais rehabilitācijas personāla skaits/kopējais iedzīvotāju skaits valstī x 10000.
Novērtēšanas regularitāte	Reizi gadā
Datu avoti	Veselības aprūpes darbinieku reģistri, Veselības ministrijas datu bāzes, profesionālo asociāciju sniegtā informācija

Atsauces:

- Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2009.
- Monitoring the building blocks of health systems: a handbook on indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.

4. PAMATINDIKATORS - REHABILITĀCIJAS GULTU PIEEJAMĪBA

Rehabilitācijas novērtēšanas dimensija	Ieguldījuma indikators - rehabilitācijas infrastruktūra
Pamatojums	Specializētu rehabilitācijas gultu pieejamība ir specializētu, augstas intensitātes un ilgstošas rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības rādītājs.
Skaidrojums	Par rehabilitācijas gultu pieejamību liecina rehabilitācijas gultu skaits uz vienu iedzīvotāju. Specializētu stacionāru rehabilitācijas pakalpojumu izmanto pacientiem kuriem nepieciešama intensīvs un specializēts rehabilitācijas pakalpojums.
Aprēķins (formula)	Skaitītājs: Rehabilitācijas gultu skaits valstī Saucējs: iedzīvotāju skaits valstī Sadalījums un papildus dimensijas: Tiek rekomendēts pārdomāt dienas stacionāra programmas vietu skaita iekļaušanu aprēķinos vai arī veikt atsevišķu aprēķinu lokālai situācijas apzināšanai.
Novērtēšanas metode	Rehabilitācijas gultu skaits valstī / iedzīvotāju skaits valstī x 10 000.

Novērtēšanas regularitāte	Reizi gadā
Datu avoti	Veselības ministrija

Atsauces:

Monitoring the building blocks of health systems: a handbook on indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.

5. PAMATINDIKATORS - REHABILITĀCIJA TERCIĀRĀS SLIMNĪCĀS

Rehabilitācijas novērtēšanas dimensija	Ieguldījuma indikators - rehabilitācijas pakalpojumi
Pamatojums	Trīs vai vairāku dažādu rehabilitācijas speciālistu nodarbinātība terciārās (V līmeņa) slimnīcās norāda uz rehabilitācijas pieejamību.
Skaidrojums	Indikatora būtība ir terciāro slimnīcu īpatsvars valstī, kurās strādā trīs vai vairāk rehabilitācijas profesiju pārstāvji. Profesijas ietver rehabilitācijas personāla rādītājā uzskaitītās septiņas profesijas - fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti, medicīnas māsas un funkcionālie speciālisti (fizioterapeiti, ergoterapeiti, tehniskie ortopēdi, audiologopēdi, mākslas terapeiti). Vastis var izmantot savas “terciārās slimnīcas” definīcijas, taču parasti tiek saprasts, ka šādas slimnīcas nodrošina specializētu aprūpi pacientiem, kā arī ir iesaistītas speciālistu apmācībā. Šādu slimnīcu kapacitāte variē no 300-1500 stacionāra gultām, un tās bieži tiek klasificētas kā valsts, centrālās vai univeristāšu slimnīcas. Šis indikators tiek izmantots kā izsekojamības kritērijs rehabilitācijas pakalpojumu pieejamībai.
Aprēķins (formula)	Skaitītājs: Terciāro slimnīcu skaits valstī, kurās strādā trīs vai vairāk dažādu rehabilitācijas speciālistu. Saucējs: kopējais terciāro slimnīcu skaits valstī. Valsts līmenī šo rādītāju var pielāgot, iekļaujot tikai valsts slimnīcas, kā arī specialitāšu skaits aprēķinos var būt mainīgs, atkarībā no rehabilitācijas jomas brieduma veselības sistēmā.
Novērtēšanas metode	Kopējais terciāro slimnīcu skaits valstī, kurā strādā trīs vai vairāk dažādu rehabilitācijas speciālistu /kopējais terciāro slimnīcu skaits valstī x 100.
Novērtēšanas regularitāte	Reizi divos gados
Datu avoti	Veselības Ministrija, profesionālās asociācijas
Ierobežojumi	Dažādās valstīs ir iespējamās atšķirības rehabilitācijas speciālistu apmācību procesā un kompetencēs, ja viens speciālists veic divu dažādu

	speciālistu pienākumus, piemēram, fizioterapeita un ergoterapeita. Šis indikatora pielietojamības aspekts ietekmē rehabilitācijas pakalpojuma salīdzināmību valstu starpā.
--	--

Atsauces:

Rehabilitation in health systems. Geneva: World Health Organization; 2017.

6. PAMATINDIKATORS - MULDISCIPLINĀRA REHABILITĀCIJA PERSONĀM AR VAIRĀKIEM FUNKCIONĒŠANAS TRAUCĒJUMIEM

Rehabilitācijas novērtēšanas dimensija	Iznākuma indikators - Rehabilitācijas pakalpojuma nodrošinājums (segums)
Pamatojums	Multidisciplināras rehabilitācijas pieejamības nodrošināšana personām ar vairākiem funkcionēšanas traucējumiem ir veselības aprūpes pakalpojumu pamatfunkcija.
Skaidrojums	Multidisciplināras rehabilitācijas pakalpojums nepieciešams personām ar vairākiem funkcionēšanas traucējumiem (neatkarīgi no slimības diagnozes), kuru ārstēšanas nodrošināšanai ir nepieciešama vismaz divu vai vairāku dažādu rehabilitācijas speciālistu iesaiste.
Aprēķins (formula)	Skaitītājs: Personu ar vairākiem funkcionēšanas traucējumiem skaits valstī, kuri gada laikā saņēma multidisciplināru rehabilitācijas pakalpojumu. Saucējs: Personu skaits valstī ar vairākiem funkcionēšanas traucējumiem aprēķina gada periodā.
Novērtēšanas metode	Personu ar vairākiem funkcionēšanas traucējumiem skaits valstī, kuri gada laikā saņēma multidisciplināru rehabilitācijas pakalpojumu / Personu skaits valstī ar vairākiem funkcionēšanas traucējumiem aprēķina gada periodā x100
Novērtēšanas regularitāte	Reizi gadā
Datu avoti	Pacientu reģistri, veselības apdrošināšanas datu bāzes, veselības aprūpes medicīniskie dokumenti.
Ierobežojumi	Precīza personu skaita ar vairākiem funkcionēšanas traucējumiem aprēķina gada periodā noteikšana ir izaicinājums šim rehabilitācijas pakalpojuma indikatoram un var apgrūtināt tā izmantošanu kā rehabilitācijas kvalitātes rādītāju. PVO iesaka šī indikatora aprēķināšanai izmantot vienlaicīgi dažādus datu avotus, piemēram, pacientu reģistru un datus par rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanu specializētās stacionārās ārstniecības iestādēs.

PAPILDUS REKOMENDĒTO INDIKATORU APRAKSTS

1. PAPILDUS INDIKATORS - REHABILITĀCIJAS INFORMĀCIJAS INTEGRĀCIJA VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMĀ (nr.11. no *WHO Rehabilitation Menu*)

Rehabilitācijas novērtēšanas dimensija:	Ieguldījuma indikators - rehabilitācijas vadība un pārvaldība
Pamatojums:	Rehabilitācijas indikatoru iekļaušana veselības aprūpes uzraudzības plānā atspoguļo rehabilitācijas integrācijas pakāpi veselības aprūpes sistēmas stratēģiskajā attīstībā valsts līmenī.
Skaidrojums:	Rehabilitācijas indikatori, kas iekļauti valsts veselības aprūpes uzraudzības sistēmas stratēģiskajā plānā vai citu veselības aprūpes plānu uzraudzības ietvaros. Tas neietver kritērijus paša stratēģiskā plāna uzraudzībai.
Aprēķins (formula)	Rehabilitācijas indikatoru skaits, kas integrēts valsts veselības aprūpes stratēģiskajā plānā vai citu veselības plānu uzraudzības ietvarā.
Novērtēšanas metode	Kopējais rehabilitācijas indikatoru skaits, kas iekļauts valsts veselības aprūpes stratēģiskā plāna vai citu veselības plānu uzraudzības ietvarā.
Novērtēšanas regularitāte:	Ik pēc 2 gadiem.
Datu avoti:	Veselības Ministrija

Atsauces:

District health information Systems2 (DHIS2) User Manual (<https://docs.dhis2.org/2.24/en/user/html/ch01>).

Monitoring the building blocks of health systems: a handbook on indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/>)

2. PAPILDUS INDIKATORS - GAIDĪŠANAS RINDAS, LAI SAŅEMTU REHABILITĀCIJAS PAKALPOJUMU (nr.21. no *WHO Rehabilitation Menu*)

Rehabilitācijas novērtēšanas dimensija	Iznākuma indikators - rehabilitācijas pakalpojums
Pamatojums	Savlaicīgi sniegts rehabilitācijas pakalpojums ir attiecināms uz veselības aprūpes kvalitāti, tādēļ gaidīšanas rindu samazināšana, lai saņemtu konkrētu rehabilitācijas, pakalpojumu, tiek izvirzīts, kā veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanas mērķis daudzās valstīs. Gaidīšanas rindas, lai saņemtu pakalpojumu sniedz informāciju par aktuālajām vajadzībām veselības aprūpē.
Skaidrojums	Rehabilitācijas gaidīšanas laiks (gaidīšanas rindas) ir vidējais ilgums dienās no brīža, kad personas tiek iekļauta gaidīšanas sarakstā, līdz brīdim, kad saņem konkrētu rehabilitācijas pakalpojumu.

Novērtēšanas metode	Skaitītājs: Vidējais gaidīšanas laiks dienās konkrētam rehabilitācijas pakalpojumam palīgproduktam Sadalījums un papildu dimensijas: PVO rekomentē novērtēt šo indikatoru, analizējot datus par atsevišķiem ģeogrāfiskajiem reģioniem, pēc pakalpojuma saņēmēja vecuma, dzimuma un sociālekonomiskā stāvokļa. Mērīšanas metode: Vidējais laiks dienās cilvēkiem, kuri bija iekļauti gaidīšanas sarakstā uz konkrētu rehabilitācijas pakalpojumu, bija jāgaida, lai saņemtu pakalpojumu.
Novērtēšanas regularitāte	Reizi gadā
Datu avoti	Veselības Ministrija

3. PAPILDUS INDIKATORS - REHABILITĀCIJAS EPIZODES ILGUMS (nr.22. no *WHO Rehabilitation Menu*)

Rehabilitācijas novērtēšanas dimensija	Ieguldījuma indikators - rehabilitācijas pakalpojums
Pamatojums	Rehabilitācijas epizodes ilgums sniedz informāciju, ko var izmantot, lai salīdzinātu ārstniecības iestāžu sniegtos pakalpojumus, kā arī tas ir viens no aspektiem rehabilitācijas pakalpojuma efektivitātes novērtējumam.
Skaidrojums	Ārstniecības epizode ir aprūpes epizode, ko veselības aprūpes iestāde vai pakalpojumu sniedzējs sniedz kā ārstniecības pakalpojumu - no aprūpes sākuma līdz pabeigšanai vai izrakstīšanas brīdim. Ja veselības stāvoklis vai diagnoze mainās, pacientiem var būt viena vai vairākas secīgas epizodes. Rehabilitācijas epizodes ilgums ir vidējais kopējais epizožu dienu skaits, kas dalīts ar epizožu skaitu. Šī informācija lielākoties tiek iedalīta kategorijās pēc ICD koda vai valsts veselības stāvokļa vai aprūpes kodēšanas (diagnostikas atsaucē grupā), un to parasti salīdzina atsevišķiem veselības stāvokļiem.
Novērtēšanas metode	Skaitītājs: rehabilitācijas epizožu vidējais ilgums dienās konkrētai saslimšanai (ICD/ SSK) Sadalījums un papildu dimensijas: apkopo un analīzē datus par ārstēšanas epizodēm konkrētām saslimšanām (ICD / SSK), par ārstēšanas epizodēm stacionārā, par konkrētu pakalpojumu veidu, piemēram, terciārās slimnīcas stacionārs, ambulators pakalpojums, dienas stacionāra pakalpojums Mērīšanas metode: kopējais dienu skaits vienā aprūpes epizodē/epizožu skaits.

Novērtēšanas regularitāte	Reizi gadā
Datu avoti	Veselības Ministrijas un NVD sniegtie dati, ārstniecības iestāžu (valsts un privāto iestāžu) sniegtā informācija par ārstniecības / rehabilitācijas epizodēm pārskata perioda laikā

4. PAPILDUS INDIKATORS - REHABILITĀCIJAS EPIZODES INTENSITĀTE (nr.23. no WHO Rehabilitation Menu)

Rehabilitācijas novērtēšanas dimensija	Ieguldījuma indikators - rehabilitācijas pakalpojums
Pamatojums	Rehabilitācijas intensitātes līmeņi var būt atšķirīgi pie vienas un tās pašas saslimšanas, jo pacientiem iespējami variabli funkcionēšanas traucējumi un veselības stāvoklis, kas prasa intensīvāku vai mazāk intensīvu rehabilitācijas pakalpojumu. Tomēr atsevišķām saslimšanām / veselības stāvokļiem ir pierādījumi par nepieciešamu rehabilitācijas intensitāti optimālu ārstēšanas rezultātus sasniegšanai (piemēram, pierādījumi par nepieciešamo rehabilitācijas epizodes intensitāti pieaugušajiem pēc gūžas kaula kakliņa ķirurģiskas ārstēšanas).
Skaidrojums	Rehabilitācijas kvalitātes indikators tiek izmantots, izvēloties aprēķinu veikšanai par konkrētu saslimšanu. Piemēram, pieaugušu personu pēc gūžas kaula kakliņa lūzuma un ķirurģiskas ārstēšanas rehabilitācija sastāv no mobilizācijas vingrinājumiem, kurus visbiežāk veic fizioterapeita pārraudzībā. Klīniskās vadlīnijas nosaka, ka šāda fizioterapija ir jāuzsāk nākamajā dienā pēc ķirurģiskas ārstēšanas, un ieteicamais terapijas seansu skaits ir reizi dienā stacionāras ārstēšanas laikā.
Novērtēšanas metode	Saucejs: kopējais pieaugušo pacientu skaits pēc gūžas kaula kakliņa lūzuma un ķirurģisk ārstēšanu. Sadalījums un papildu dimensijas: PVO rekomendē veikt detalizētu datu analīzi, ņemot vērā pacientu vecumu, dzimumu, ģeogrāfisko reģionu, sociālekonomisko stāvokli. Mērīšanas metode: Kopējais pieaugušo pacientu skaits pēc gūžas kaula kakliņa lūzuma un ķirurģiskas ārstēšanas, kuri pārskata perioda laikā (gadā) saņēma rehabilitāciju reizi dienā, atrodoties valsts stacionārā / kopējais pieaugušo pacientu skaits pēc gūžas kaula kakliņa lūzumu un ķirurģiskas ārstēšanas visās ārstniecības iestādēs valstī gadā x 100.
Novērtēšanas regularitāte	Reizi gadā
Datu avoti	Veselības Ministrijas sniegtie dati, veselības aprūpes iestādes audita rezultāti, informācija no apdrošināšanas kompānijām.

Atsauces:

Management of hip fractures in adults. London: National Clinical Guideline Centre; 2011 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg124/evidence/full-guideline-183081997>)

**5. PAPILDUS INDIKATORS - PACIENTU PIEREDZE PAR REHABILITĀCIJAS
PAKALPOJUMU (Nr.38. no WHO Rehabilitation Menu)**

Rehabilitācijas novērtēšanas dimensija	Ieguldījuma indikators - rehabilitācijas pakalpojums
Pamatojums	Pacientu pieredzes novērtējums par rehabilitācijas pakalpojumu var palīdzēt identificēt nepietiekamu pakalpojuma kvalitāti, kā arī sekmēt sniegto pakalpojumu kvalitātes uzlabošanu.
Skaidrojums	Lai apkopotu pacientu pieredzi par rehabilitācijas pakalpojuma kvalitāti, PVO rekomendē lietot standartizētus novērtēšanas instrumentus un anketas.
Novērtēšanas metode	Skaitītājs: rehabilitācijas iestāžu vai programmu skaits valstī, kas ievāc informāciju par klientu aprūpes pieredzi noteiktā laika periodā. Saucējs: kopējais rehabilitācijas iestāžu skaits, kurām paredzēts veikt aptauju vai anketu noteiktā laika periodā. Sadalījums un papildu dimensijas: pēc ārstniecības iestādes līmeņa, teritoriālā apgabala vai pacientu saslimšanām / veselības stāvokļa. Visas ārstniecības iestādes, kas sniedz rehabilitācijas pakalpojumus var izstrādāt vai lietot standartizētas pacientu aptaujas vai anketas, lai nodrošinātu dažādu iestāžu rezultātu salīdzināmību. Mērīšanas metode: rehabilitācijas iestāžu vai programmu skaits valstī, kas veic aptaujāšanu vai anketēšanu par klientu aprūpes pieredzi.
Novērtēšanas regularitāte	Vienu reizi 3-5 gadu periodā
Datu avoti	Ārstniecības iestāžu, kas sniedz rehabilitācijas pakalpojumus, sniegtie dati; ārstniecības iestāžu un programmu auditu rezultāti.

**6. PAPILDUS INDIKATORS - FUNKCIONĒŠANAS IZMAIŅAS ĀRSTĒŠANAS
EPIZODES LAIKĀ (Nr.31. no WHO Rehabilitation Menu)**

Rehabilitācijas novērtēšanas dimensija	Rezultāta indikators - rehabilitācijas efektivitāte
Pamatojums	Novērtējot pacienta funkcionēšanas izmaiņas rehabilitācijas epizodes laikā, tiek iegūts rehabilitācijas iznākuma mērījums. Šis rādītājs ir paredzēts lietošanai vienam konkrētam veselības stāvoklim vai saistītām veselības stāvokļu grupām, tādējādi datus var interpretēt salīdzinājumā ar sagaidāmo veselības stāvokli. Uzraudzības sistēma var ietvert rādītājus vairākiem veselības stāvokļiem.

Skaidrojums	Funkcionēšanas izmaiņas ārstēšanas epizodes laikā ir kopējās izmaiņas funkcionēšanas novērtējuma rādītājā no rehabilitācijas epizodes uzsākšanas līdz izrakstīšanas brīdim
Novērtēšanas metode	Mērīšanas metode: funkcionēšanas izmaiņas, salīdzinot sākotnējo funkcionēšanas novērtēšanas rezultātu un funkcionēšanas novērtēšanas rezultātu rehabilitācijas epizodes beigās Sadalījums un papildu dimensijas: analizē datus, ņemot vērā valstī pieņemto veselības stāvokļa (ICD / SSK) vai aprūpes kodēšanas sistemu. Iegūtos rezultātus var analizēt kopā ar vidējo epizodes ilgumu, tādējādi iegūstot informāciju par pakalpojumu efektivitāti.
Novērtēšanas regularitāte	Reizi gadā
Datu avoti	Ārstniecības iestāžu, kas sniedz rehabilitācijas pakalpojumus, sniegtie dati; ārstniecības iestāžu un programmu auditu rezultāti. Veselības Ministrija un Nacionālais Veselības Dienests
Ierobežojumi	Datu salīdzināšanai un apkopošanai visās ārstniecības iestādēs, kas sniedz rehabilitācijas pakalpojumus konkrētu funkcionēšanas traucējumu mazināšanai, PVO rekomendē izmantot vienu un to pašu funkcionēšanas novērtējuma mērījumu, kas var būt atšķirīgs bērnu un pieaugušo populācijai.

Atsauces:

Australian Rehabilitation Outcomes Center [website]. Wollongong, New South Wales: Australian Health Services Research Institute (<https://ahsri.uow.edu.au/aroc/index.html>)

United Kingdom Rehabilitation Outcomes Collaborative [website]. London: UK Rehabilitation Outcomes Collaborative (<http://www.ukroc.org/>)