



2021.gads

**2020.gada tematiskās pārbaudes „ Par sociālās aprūpes institūcijās klientiem
nodrošinātās aprūpes kvalitāti”**

KOPZIŅOJUMS

(Veselības Inspekcijas un Labklājības ministrijas integrētā pārbaude)

Satura rādītājs

KOPSAVILKUMS.....	3
1. Pārbaudes mērķis:	4
2. Jautājuma „ Par SAC klientiem nodrošinātās aprūpes kvalitāti” nozīmīgums	4
3. Ilgtermiņa sociālās aprūpes unikālais konteksts.....	5
4. Pārbaudes norise un rezultātu vērtēšana.....	6
5. Papildus notikumi pārbaudes periodā.....	8
6. Papildus izmantotie rīki SAC vides un pakalpojumu priekšizpētei	8
7. Pārbaudes laikā identificētie drošības riski	8
8. Kas ir SAC?	10
9. Ģimenes ārsta loma SAC klientu uzraudzībā	14
10. Profilaktiskās apskates.....	20
11. SAC klientu interešu pārstāvēšana veselības aprūpes jautājumos.....	20
12. Drošības riski zāļu aprītē.....	21
13. Drošības riski, kas saistīti ar medicīnisko dokumentāciju.....	28
14. Riski veselības stāvokļa pasliktināšanās atpazīšanai	32
15. Riski augsta riska klientu identificēšanā un pārvaldē	34
16. Klienta aprūpe saskaņā ar pretepidēmiskā režīma pamatprasībām	39
17. Telpas un vide	41
18. Darbaspēks. Aprūpētāju un māsu kompetences	43
19. Kvalitātes un pacientu drošības pārvaldība, kultūra	46
20. Digitalizācija	50
21. Sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas organizēšana	50
22. Kritēriju vērtējums.....	52
23. Secinājumi.....	57
24. Nepieciešamie uzlabojumi SAC drošai un kvalitatīvai aprūpei.....	60
25. Praktiskie risinājumi uzlabojumu realizēšanai.....	62
PIELIKUMI	

Ziņojuma autori:

Viktorija Zefīrova-Tačinska, Evija Andžāne, Dzintra Kandere, Baiba Melkerte, Solvita Muciniece

KOPSAVILKUMS

Tēmas nozīmīgums. Sociālās aprūpes centrs (SAC) kļūst par mājām arvien vecākiem cilvēkiem ar sarežģītākiem veselības stāvokļiem. Pētījumi liecina, ka nepietiekoša prevencija ilgtermiņa aprūpes iestādēs palielina nevēlamu notikumu risku (insults; kritieni un kaulu lūzumi, infekcijas, izgulējumi, hronisku slimību paasinājumi u.c.), novēršamu hospitalizāciju risku un ar to saistītas izmaksas.

Pārbaudes mērķis. Pārliecināties, kā SAC izpilda normatīvo aktu prasības un nodrošina kvalitatīvus, drošus, uz aprūpējamo personu vērstus sociālās un veselības aprūpes (VA) pakalpojumus, identificēt riskus un nepieciešamos uzlabojumus.

Norise un metodes. Pārbaudi veica Veselības inspekcijas un Labklājības ministrijas (LM) apvienotā speciālistu komanda 2020.gada jūnijā-oktobrī. Pārbaudes klātienē tika veiktas 22 no 184 SAC, par atlases kritērijiem izvēloties reģionu (lai tiktu pārstāvēti visi Latvijas reģioni), īpašuma (valsts, pašvaldību, privātie SAC) principus un ņemot vērā SAC riska profilu – iepriekšējo pārbažu rezultātus, saņemtas sūdzības, hospitalizāciju īpatsvaru. Pārbaude ietvēra arī 2 aptaujas visiem 184 SAC: par augsta veselības riska situāciju prevenciju (augusts), gatavību nodrošināt medicīnisko aprūpi pandēmijas apstākļos (decembris), pašnovērtējumu un ārpuskārtas kontroli par gatavību Covid-19 pandēmijai (aprīlis). Klātienē pārbaudes laikā tika veiktas intervijas ar dažāda līmeņa un profila darbiniekiem, veikta darba novērošana, dokumentācijas pārbaude nejaušas izvēles kārtībā uz vietas, kā arī analizēti SAC iesniegtie procesu norises apliecinājumi. Pārbaudes kritēriji tika izstrādāti, lai novērtētu 8 jomas: uz aprūpējamo personu orientētu aprūpi; telpas, vidi un aprīkojumu; kvalitātes un drošības pārvaldību; VA organizēšanu; sociālās aprūpes organizēšanu; zāļu aprītes sistēmu; higiēnu un epidemioloģisko drošību; personāla kapacitāti un kompetenci. Rezultāti tika vērtēti punktu sistēmā no 0-2 par katru kritērija elementu un atkarībā no punktu skaita nosakot atbilstības līmeni A, B, C, kur augstākais atbilstības līmenis ir A, zemākais – C.

Rezultāti. Visos SAC identificēti šādi VA pakalpojumu riski: ģimenes ārsta ieinteresētības, motivācijas trūkums uzraudzīt SAC iemītniekus; neskaidriības SAC pilnvarojumā pārstāvēt klientu veselības aprūpes jautājumos; zāļu aprīte, medicīniskajā dokumentācijā; akūtu saslimšanu/hronisko saslimšanu paasinājuma simptomu agrīnā atpazīšanās (piemēram, insults, infekcijas saslimšana, sāpju sindroma maskēšana, dehidratācija un tml.); augsta riska klientu pārvaldes riski; klienta aprūpes riski saskaņā ar pretepidēmiskā režīma prasībām; aprūpētāju un māsu kompetenču riski, aprūpes (sociālās un veselības) kvalitātes pārvaldības riski, digitalizācijas neesamība.

SAC klienti pārsvarā izvietoti istabās vairāk par 2, vienā SAC – 7 cilvēki vienā, kas nenodrošina ne privātumu ne drošību (SAC situācija Covid-19 apstākļos). Tikai 36 no 184 SAC reģistrēti ārstniecības iestāžu (ĀI) reģistrā ar pienākumu nodrošināt atbilstību ĀI saistošo normatīvo aktu prasībām un īstenot pacientu drošības risku mazinošus pasākumus. 3.un 4.aprūpes līmeņa klientu skaits SAC bija no 22-100%. Ne visu SAC klienti reģistrēti pie ģimenes ārsta atbilstoši tā teritorijai, vienā SAC pat 120 no 170 klientiem bija katram savs ģimenes ārsts iepriekšējās dzīvesvietas teritorijā. Nevienā no SAC nav izstrādātas zāļu ordinēšanas, sadales, ievadīšanas kārtības. Tikai 2 SAC tiek veikta klienta kritienu riska novērtēšana. 21 SAC neviens klients nelieto D vit., tikai 51 SAC no 102 nodrošina vakcināciju gripas profilaksei. Nevienā no SAC nav sistemātiskas pieejas vitālo rādītāju mērīšanai un pasliktināšanās atpazīšanai. Nevienā no SAC nav izstrādātu aprūpes metožu izgulējumu, stomu, katetru u.c.aprūpei. Nevienā SAC nav skaidra pilnvarojuma risināt ar ārstniecību saistītus jautājumus, t.sk.pacientu datu pieejamība atbilstoši nepieciešamībai. Kvalitātes novērtēšanai netiek izmantoti indikatori.

Secinājumi. SAC un ģimenes ārsta sadarbībā ir būtiski trūkumi. Kaut arī SAC ir to klientu mājas, visos SAC (ne tikai ĀI reģistrā esošajos) tiek sniegti VA pakalpojumi, ārstniecības manipulācijas, tāpēc jābūt ieviestiem līdzīgiem pamatprincipiem VA/ārstniecības procesu nodrošināšanā, kādi noteikti ĀI, lai mazinātu kļūmju riskus un to izmaksas. 3.un 4.aprūpes līmenim atbilstošu klientu aprūpei nepieciešamas aprūpētāju, māsu profesionālā izglītība, tālākizglītības programmas, kā arī SAC atbilstoša uzraudzība no Inspekcijas puses, tādēļ SAC jābūt reģistrētiem ĀI reģistrā vai SAC normatīvajā regulējumā jānosaka prasības attiecībā uz veselības aprūpes sniegšanu. Kritienu risks ir nepietiekami apzināts un pārvaldīts, tāpat kā augsta riska klientu veselības uzraudzība, zāļu ordinēšana un ievadīšana. Attīstāma SAC kvalitātes indikatoru sistēma, digitalizācija, pārskatāma klientu izvietošana (1-2 vietīgas istabas), epidemioloģiskā prasības.

2020.gada tematiskās pārbaudes „Par sociālās aprūpes institūcijās (valsts, pašvaldību, privātie) klientiem nodrošinātās aprūpes kvalitāti”

(Veselības Inspekcijas un Labklājības ministrijas integrētā pārbaude)

ZIŅOJUMS

1. Pārbaudes mērķis:

- (1) pārliecināties, kā Sociālās aprūpes centros, turpmāk SAC, nodrošina uz aprūpējamo personu (klientu/pacientu) vērstus, kvalitatīvus veselības¹ un sociālās aprūpes pakalpojumus, t.sk. cik lielā mērā tiek ieviesti un īstenoti Slimību profilakses un kontroles centra (SPKC) rekomendētie pacientu drošības² pasākumi ārstniecības iestādēm (turpmāk - ĀI)³, kas izstrādāti, lai nodrošinātu atbilstību Ministru kabineta 2009. gada 20. janvāra noteikumu Nr.60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” (turpmāk – MK 60) 17.punkta prasībām un lai veicinātu pacientu drošības risku pārvaldību un mazināšanu.
Labklājības ministrija pārbaudes laikā vērtēja ilgstošās sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojuma atbilstību Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma un Ministru kabineta 2017.gada 13.jūnija noteikumu Nr.338 “Prasības sociālo pakalpojumu sniedzējiem” prasībām.
- (2) adekvāti atspoguļot reālo situāciju SAC, nodrošinot Veselības ministriju un Labklājības ministriju ar pietiekamu informācijas apjomu un kvalitāti secinājumu izdarīšanai un lēmumu pieņemšanai;
- (3) COVID-19 pandēmijas pasludināšana papildināja šo pārbaudi ar vēl vienu uzdevumu - pārliecināties par SAC veselības aprūpes organizāciju un gatavību sagaidāmai rudens-ziemas sezonas vīrusu infekciju un COVID -19 vienlaicīgai pastāvēšanai.

2. Jautājuma „Par SAC klientiem nodrošinātās aprūpes kvalitāti” nozīmīgums

Saskaņā ar ESAO ^{4,5} datiem:

1. Ilgtermiņa aprūpes (ITA) iestādes, kas saskaņā ar ESAO definīciju ietver arī sociālās aprūpes iestādes, šobrīd nodrošina aprūpi lielākam skaitam cilvēku (25 miljoni ESAO valstīs) un vairāk iedzīvotāju ar hronisku slimību apstākļiem un vairākām blakusslimībām nekā jebkad agrāk. Tas ir līcis milzīgu slodzi ITA sistēmām - slodzi, kas, kā prognozēts, palielināsies nākamajos gados, jo ESAO valstu iedzīvotāji turpina novecot;
2. Izdevumi ilgtermiņa aprūpei strauji pieaug - valsts izdevumi ITA nākamajos 50 gados kopumā palielināsies par vairāk nekā 70%, sasniedzot 2,7% no IKP 2070. gadā.

¹ Veselības aprūpes kvalitāte ir pakāpe, kādā veselības aprūpes pakalpojumi indivīdiem un sabiedrībai ir droši, efektīvi un uz cilvēkiem orientēti (PVO; 2018)

² Pacientu drošība - pasākumu kopums ar veselības aprūpi saistīta kaitējuma riska samazināšanai līdz pieņemam apmēram. “[Plašāk lietotie termini un to skaidrojumi pacientu drošībā](#)”; Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC); pieejams tiešsaistē: file:///C:/Users/evijap/AppData/Local/Temp/terminu_skaidrojums_starpp_201804031_0.pdf

³ SPKC Ieteikumi ārstniecības iestādēm; pieejami tiešsaistē: <https://www.spkc.gov.lv/lv/ieteikumi-arstniecibas-iestadem>

⁴ ir ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija (ESAO), kas plašāk pazīstama pēc tās angļu valodas abreviatūras OECD (angļu: Organisation for Economic Cooperation and Development). OECD organizācijā ir 37 dalībvalstis, Latvija iestājas OECD 2016.gadā.

⁵ OECD Health Working Paper No. 121. The Economics of Patient Safety Part III: Long-Term Care; 2020. Pieejams tiešsaistē: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm>

3. Pieprasījumi pēc ilgstošās aprūpes sistēmas ir ievērojami palielinājušies, tāpēc izdevumi kļūst par vieniem no visstraujāk augošajiem veselības nozarē;
 - Jāatzīmē, ka Latvijā, pensionēšanas vecuma palielināšanas gaitā, **pirmspensijas vecuma strādājošas personas (~ 60 g.) nevarēs pilnvērtīgi piedalīties savu vecāku (>80 g.) aprūpē**, tādējādi vēl vairāk iesaistot SAC šādas aprūpes sniegšanā.
4. Pašlaik notiek būtiskas pārmaiņas vecāka gadagājuma cilvēku aprūpes nodrošināšanā – ITA iestādes (jo īpaši SAC) arvien vairāk uzņemas aprūpes pakalpojumus, kas tradicionāli tika sniegti slimnīcās. Ir pieaudzis pieprasījums pēc tā, **lai ITA sektorā nodrošinātu rūpes par vecākiem cilvēkiem ar sarežģītiem veselības stāvokļiem** un paaugstinātām vajadzībām pēc speciālistu iesaistes. Pašlaik 58% pieaugušo vecumā virs 65 gadiem ziņo, ka sadzīvo ar divām vai vairākām hroniskām slimībām, un šis rādītājs daudzās ESAO valstīs pārsniedz 70%. Vienlaikus ITA tendences ir vērstas uz aprūpes virzību no pansionātiem un rezidentu aprūpes uz aprūpi mājās, atbalstot vecāka gadagājuma cilvēkus pēc iespējas ilgāk dzīvot patstāvīgi vai kopā ar ģimeni.
5. **Arvien nozīmīgāka kļūst ITA sasaiste ar veselības aprūpi.** ESAO norāda uz pacientu drošības kļūmēm ITA iestādēs (kritieni un lūzumi, izgulējumi, ievainojumi, infekcijas, benzodiazepīnu neatbilstoša lietošana, polifarmācija, ierobežošanas pārmērīga izmantošana un tml.), nepietiekošu hronisko slimību paasinājumu profilaksi, nepietiekošu augsta riska slimību nelabvēlīgo notikumu prevenciju (insults paaugstināta asinsspiediena gadījumā; kritieni un kaulu lūzumi osteoporozes vai galvas reiboņu dēļ; trombembolija mirdzaritmijas dēļ un tml.), akūtu situāciju nepietiekama vai pārmērīga noteikšana ir galvenie hospitalizācijas cēloņi ITA klientiem.
 - a. Kopējās novēršamo hospitalizāciju izmaksas no ITA iestādēm 2016. gadā bija gandrīz 18 miljardi USD, liecina analīze, izmantojot datus no 25 ESAO valstīm. Šis skaitlis ir ekvivalents 2,5% visu stacionāro pacientu izdevumiem jeb 4,4% no visiem ITA izdevumiem. Ja nekas nemainās, un ņemot vērā iedzīvotāju skaitu un demogrāfiskās izmaiņas, tiek prognozēts gandrīz par 20% pieaugums izdevumos nākamajā desmitgadē;
 - b. Pētījumi liecina, ka **vairāk nekā puse no ITA pacientu drošības kļūmju nodarītā kaitējuma ir novēršama, un ir iespējams izvairīties no vairāk nekā 40% stacionēšanas gadījumiem slimnīcās no ITA iestādēm.** Stacionēšanas cēloņus var novērst caur preventīvām un drošām praksēm un darbaspēka attīstību, tostarp prasmju apvienošanu un izglītību;
 - c. Par akūtu situāciju pārmērīgu noteikšanu vai neatpazīšanu Latvijas sociālās aprūpes iestādē netiešā veidā liecina Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta (turpmāk, NMPD) rādītāji par hospitalizēto pacientu īpatsvaru no visiem SAC „ātrās palīdzības” izsaukumiem. 2019.gadā šis rādītājs dažādās iestādēs svārstījās no 36% līdz 86%, kas nozīmē, ka attiecīgi 64% vai 14% bija ārstējami ambulatori.

3. Ilgtermiņa sociālās aprūpes unikālais konteksts

Ievērojamie pacientu drošības riski, kas lielā mērā tiek saistīti ar stacionāro aprūpi, mūsdienās tiek aktualizēti arī sociālās aprūpes iestādēs. SAC kā ilgtermiņa aprūpes iestādei (pēc tradicionālās koncepcijas) ir plašāks aprūpes pakalpojumu apjoms nekā slimnīcām. Cilvēkiem, pārsvarā vecākiem cilvēkiem ar sarežģītiem veselības stāvokļiem, ilgstoši uzturoties šādā vidē, palielinās pacientu drošības incidentu riski. ESAO savā publikācijā par pacientu drošības ekonomiskajiem aspektiem ilgtermiņa aprūpes iestādēs⁶ norāda uz ITA iestādes videi raksturīgākajām pacientu drošības kļūmēm: kritieniem, izgulējumiem, ievainojumiem (traumām), vīrusu infekcijām,

⁶ OECD Health Working Paper No. 121. The Economics of Patient Safety Part III: Long-Term Care; 2020. Pieejams tiešsaistē: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm>

infekcijām, kas saistītas ar stomu kopšanu vai autiņbiksīšu izmantošanu, benzodiazepīnu neatbilstošu lietošanu, polifarmāciju, ierobežošanas pārmērīga izmantošanu un tml. ESAO norāda, ka, turklāt, ITA iestāžu klienti ikdienā saņem aprūpi no darbiniekiem, kuri pārsvarā ir mazāk kvalificēti nekā slimnīcu sektorā strādājošie un nespēj nodrošināt vairāku veselības aprūpes un medicīniska rakstura manipulāciju. Visbeidzot, ITA sektoram ir jāsabalansē šo sarežģīto medicīnisko apstākļu diktētās prasības ar humanizāciju - saprotot, ka ITA sektora iedzīvotājiem tās ir viņu „pēdējās mājas”.

COVID pandēmija izgaismoja vēl vienu unikālu SAC īpašību – tā ir blīva kompakta dzīvesvieta pārsvarā novājinātiem, ar multiplām hroniskām slimībām sirgstošiem vecāka gadagājuma ļaudīm ar uztveres izmaiņām, kas nespēj paši sevi aprūpēt, bet kuru aprūpei tiek izmantota vienota infrastruktūra un personāls. Šādu riska faktoru kopums attiecībā uz pandēmijas izplatīšanu nav nevienā citā vidē (mājsaimniecībā, izglītības iestādēs, darba vietās).

Sociālās aprūpes centru uzdevumi mūsdienās

1. Uz klientu orientēta ilgtermiņa un cieņpilna sociālās aprūpes nodrošināšana ar izmitināšanu un saturīga laika pavadīšanas nodrošināšanu;
2. Pacientu drošības risku mazināšana/novēršana, hronisko slimību paasinājumu un augsta riska saslimšanu notikumu prevencija, veselības uzturēšana un veicināšana ar mērķi mazināt SAC klientu hospitalizāciju;
3. Sociālās un veselības rehabilitācijas nodrošināšana klientiem, ja klientam pastāv rehabilitācijas potenciāls vai tā ir saistīta ar deinstitutionizācijas procesu.

4. Pārbaudes norise un rezultātu vērtēšana

Pārbaudes norise:

Pārbaudi veica Veselības inspekcijas un LM apvienotā speciālistu komanda (turpmāk, Inspekcija)

Pārbaude tika veikta 22 SAC nejaušas izvēles kārtībā, bet tā, lai pārbaudē piedalās dažāda lieluma un dažādas pakļautības (valsts, pašvaldība, privātie) iestādes (Sk.1.Pielikumu.). Pārbaudē tika iekļauts: (1) intervijas, kuru laikā vieni un tie paši jautājumi attiecībā uz vērtējamām jomām (pilnā vai samazinātā apjomā) tika uzdotas četrām intervējamām grupām: SAC vadībai, sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas personālam (turpmāk- aprūpes personāls), ārstniecības personālam, aprūpējamām personām; (2) ārstniecības un sociālās aprūpes personāla darba novērošanu pārbaudes laikā; (3) dokumentācijas pārbaude nejaušas izvēles kārtībā.

Pārbaudāmo jomu vērtēšana:

Vērtējamās jomas ir 8 (skat. III sadaļu) .

Katra vērtējamā joma sastāv no sadaļām. Katra sadaļa satur vairākus apgalvojumus, savukārt, katrs apgalvojums tiek pārbaudīts uz atbilstību, izmantojot mērījumu elementus. Rezultāti tiek vērtēti katram elementam, sadaļai un sadaļu kopvērtējumam. Visu elementu summārais kopvērtējums atbilst līmeņiem A, B un C. Augstākais atbilstības līmenis ir A, zemākais – C.

Atbilstības mērījumu elements tiek vērtēts:

2.0 = pilnībā ieviests: šo vērtējumu izmanto, ja ir pietiekami pierādījumi, kas apliecina atbilstību;

1.5 = ieviests, ir ieviests rīcības plāns, ir vairāki pierādījumi, kas apliecina atbilstību;

1.0 = daļēji ieviests: šo vērtējumu izmanto, ja ir ieviests rīcības plāns vai ir daži pierādījumi, kas apliecina atbilstību, tomēr, nav aptverti daži būtiski šai jomai aspekti;

0.5 = ieviešana uzsākta: šo vērtējumu izmanto, ja ir pierādījumi par rīcības plāna elementu izstrādi.

0 = darbība nenotiek/ nav ieviests/ būtiski trūkumi: šo vērtējumu izmanto, ja rīcības plāna nav vai nav pietiekamu pierādījumu, kas apliecina atbilstību, identificēto trūkumu ir vairāk, nekā pozitīvo atbilstības apliecinājumu.

Atbilstības līmeņa vērtēšana

A – mērījumu elementu kopvērtējums ir vairāk nekā 75% no maksimālā punktu skaita

B - mērījumu elementu kopvērtējums ir 46-75% no maksimālā punktu skaita

C - mērījumu elementu kopvērtējums nesasniedz vai ir 45% maksimālā punktu skaita

Līmenis A netiek piešķirts, ja vērtējums vienā no sadaļām nesasniedz vai ir 45% no maksimālā punktu skaita. Pārbaudes gaitā tiek izveidots Ziņojums iestādei, kas ir Kontroles akta pielikums.

Pārbaudāmās jomas:

1. Uz aprūpējamo personu (klientu/pacientu) orientēta aprūpe;
2. Telpas, vide un aprīkojums;
3. Kvalitātes un drošības pārvaldība;
4. Veselības aprūpes organizēšana;
5. Sociālās aprūpes organizēšana;
6. Zāļu aprites sistēma;
7. Higiēna un epidemioloģiskā drošība;
8. Personāla kapacitāte un kompetence

Saistošie normatīvie akti:

1. Ministru kabineta 2009. gada 20. janvāra noteikumu Nr.60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” (turpmāk – MK 60).
2. Ministru kabineta 2007.gada 27.marta noteikumi Nr.220 “Zāļu iegādes, uzglabāšanas, izlietošanas, uzskaites un iznīcināšanas kārtība ārstniecības iestādēs un sociālās aprūpes institūcijās” (turpmāk-MK 220).
3. Ministru kabineta 2006.gada 04.aprīļa noteikumi Nr.265 „Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība” (turpmāk – MK 265).
4. Ministru kabineta 2018.gada 28.augusta noteikumi Nr.555 „Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” turpmāk -MK 555).
5. Ministru kabineta 2016.gada 16.februāra noteikumi Nr.104 „Noteikumi par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē” (MK 104).
6. Ministru kabineta 2006.gada 21.novembra noteikumi Nr.948 „Noteikumi par gripas pretepidēmijas pasākumiem” (turpmāk – MK 948).
7. Ministru kabineta 2012.gada 13.marta noteikumi Nr.172 “Noteikumi par uztura normām izglītības iestāžu izglītojamiem, sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju klientiem un ārstniecības iestāžu pacientiem”.
8. Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums.
9. Ministru kabineta 2017. gada 13.jūnija noteikumi Nr.338 „Prasības sociālo pakalpojumu sniedzējiem” (turpmāk – MK 338) .
10. Ministru kabineta 2000. gada 12.decembra noteikumi Nr.431 “Higiēnas prasības sociālās aprūpes institūcijām”.

11. SPKC Ieteikumi ārstniecības iestādēm; pieejami tiešsaistē:

<https://spkc.gov.lv/lv/rightmenu/pacientu-drosiba-un-arstniecib/ieteikumi-arstniecibas-iestade>

12. Brūču un izgulējumu asociācijas Izgulējumu profilakses un ārstēšanas vadlīnijas; 06.12.2010. Nr. KV 1-2010.

5. Papildus notikumi pārbaudes periodā

Pārbaudes veikšanai tika paredzēts periods no 2020.gada aprīļa līdz 2020.gada decembrim. Aprīļa mēnesī Latvijā tika pasludinātā ārkārtēja situācija sakarā ar COVID-19 pandēmiju. Pirmā pārbaude tika veikta 18. jūnijā. Ņemot vērā informāciju par pandēmijas „otro vilni” rudenī, tika pieņemts lēmums par klātienē pārbaudžu forsētu veikšanu un pabeigšanu ne vēlāk, kā līdz oktobra beigām, turpinot pieprasītās un saņemtās dokumentācijas attālinātu apstrādi un sniedzot atgriezenisko saikni SAC iestādēm līdz 2021.gada aprīlim.

Veselības inspekcijas un Labklājības ministrijas inspektoriem izdevās izveidot aktīvu sadarbību ar sociālās aprūpes iestādēm un iesaistīt SAC vadītājus aktīvā trūkumu un nepilnību risinājumu apspriedē pārbaudes procesā. Pārbaudes periodā notika 3 Pašvaldību Savienības organizētas SAC sapulces – 26.06.2020 (klātienē); 16.10.2020 (klātienē, vairāk, nekā 100 dalībnieku); 26.11.2020 (attālināti, ZOOM formātā, pieslēdzās 152 SAC). Šajās sapulcēs tika sniegti pārbaudes starprezultāti, diskutēti iespējamie risinājumi, sniegtas konsultācijas.

Dažu ieteikumu ieviešana praksē tika uzsākta jau pārbaudes periodā. COVID-19 straujā izplatīšanās gada nogalē izvirzīja priekšplānā galveno prioritāti - pandēmijas ierobežošanu, līdz ar to individuālās atgriezeniskās saiknes sniegšana katram SAC tika atlikta līdz ārkārtējās situācijas atcelšanai. Tomēr, tā kā pārbaudes gaitā izdarītie secinājumi un izstrādātie priekšlikumi ir svarīgi gan SAC ikdienās, gan pandēmijas, gan pēc-pandēmijas laikā, Inspekcija pieņēma lēmumu par KOPZIŅOJUMA sagatavošanu, nepabeidzot individuālo SAC rezultātu apspriešanu ar šo iestāžu vadībām.

6. Papildus izmantotie rīki SAC vides un pakalpojumu priekšizpētei

Tematiskās pārbaudes ietvaros 2020.gadā tika veiktas divas SAC aptaujas:

- 2020.gada augustā par jautājumiem, kas no veselības aprūpes viedokļa ir īpaši nozīmīgi SAC ikdienas darbā – izgulējumu profilakse un aprūpe ilgstoši guļošiem klientiem; kritienu profilakse (tostarp kritiena riska novērtēšanas protokola un kritiena protokola izmantošana); insultu profilakse (t.sk. trombolītiķu lietošana); arteriālās hipertensijas kontrole; urīna (fēču) nesaturēšana/urīnceļu infekcijas profilakse; vīrusu infekciju profilakse (piemēram, vakcinācija pret gripu u.c.) un dzīves noslēguma aprūpe („End of life protocol”).
- 2020.gada decembrī – par SAC medicīnas personāla iespējām nodrošināt saviem klientiem plašāku medicīnisko aprūpi (ģimenes ārsta SAC klientu aktīva uzraudzība SAC telpās, vitālo radītāju monitorēšana, infūzu un citu injekciju veikšanas iespējas pandēmijas apstākļos.)
- Ārpus tematiskai pārbaudei 2020.gada aprīlī Covid-19 ietvaros tika veiktas 187 kontroles ārkārtējās situācijas laikā, pārbaudot epidemioloģiskās drošības prasību ievērošanu, t.i. gatavību darbam pandēmijas Covid-19 apstākļos.

7. Pārbaudes laikā identificētie drošības riski

1. Ģimenes ārsta ieinteresētības un motivācijas trūkums uzraudzīt SAC iemītniekus

- 1.1. ĢĀ nav ieinteresēti un motivēti uzraudzīt SAC klientus (šajā gadījumā pacientus), jo tie pārsvarā ir polimorbīdi, sarežģīti, prasa paaugstinātu uzmanību.

- 1.2. SAC nākas pierunāt ĢĀ pierakstīt SAC klientus/pacientus, lai vismaz saņemtu norīkojumus un kompensējamo medikamentu receptes. Bieži jālūdz NVD palīdzību.
- 1.3. Ja SAC klientiem ir vairāki ĢĀ, radnieki organizē kompensējamo medikamentu iegādi. Lai nodrošinātu pienācīgu veselības aprūpi, daži SAC slēdz darba līgumus ar ĢĀ vai internistiem.
- 1.4. nepietiekama SAC un ģimenes ārsta sadarbība profilaktisko pasākumu koordinēšanā.
2. **SAC klientu interešu pārstāvēšanas neskaidrības** veselības aprūpes jautājumos;
3. **Augsti riski zāļu aprītē:**
 - 3.1. Zāļu ordināciju un ordināciju izmaiņu NEpārskatāmība, kļūdu riski;
 - 3.2. Zāļu pārrakstīšanas riski no ordināciju saraksta vai el.ordinēšanas sistēmas uz „lapiņām” vai citiem papildus sarakstiem zāļu sadales klientiem nodrošināšanai;
 - 3.3. Zāļu marķējums sadales procesā;
4. **Augsti riski, saistīti ar medicīnisko dokumentāciju un pacientu pārņemšanu :**
 - 4.1. Medicīnisko ierakstu (veselības stāvokļa izmaiņu) NEizsekojamība;
 - 4.2. Būtiskāko ierakstu par veselības stāvokli un zāļu lietošanu nepieejamība NMPD un stacionāriem hospitalizācijas gadījumā;
 - 4.3. Riski ārstēšanas rekomendāciju dokumentēšana un rekomendāciju izskaidrošanā, saskaņošanā ar ģimenes ārstu pēc konsultanta ambulatora apmeklējuma vai izrakstīšanas no stacionāra.
5. **Augsti riski akūtu saslimšanu/hronisko saslimšanu paasinājuma simptomu agrīna atpazīšanā** (piemēram, insults, infekcijas saslimšana, sāpju sindroma maskēšana, dehidratācija un tml.);
6. **Augsta riska klientu identificēšanas un pārvaldes riski** (kritienu risku noteikšana un pārvalde, izgulējumu risku noteikšana un pārvalde; klientu pārvalde ar cukura diabētu, osteoporozi, mirdzaritmiju, paaugstinātu vai mainīgu asinsspiedienu, trombembolijas risku un tml.);
7. **Klienta aprūpes riski saskaņā ar pretepidēmiskā režīma prasībām;**
8. **Aprūpētāju un māsu kompetenču riski, tai skaitā:**
 - 8.1. akūtu saslimšanu hronisko saslimšanu paasinājuma / simptomu agrīna atpazīšana, neefektīva reaģēšana uz izmaiņām;
 - 8.2. vitālo rādītāju mērīšana; augsta riska klientu aprūpes specifika;
 - 8.3. saskarsmes prasmes ar īpašām auditorijām – ar vecāka gadagājuma cilvēkiem, ar klientiem, kuriem ir demence un garīgās slimības; ar klientu tuviniekiem, īpaši klienta dzīves nobeigumā; ar guļošiem un mazkustīgiem klientiem;
 - 8.4. datorprasmes;
9. **Aprūpes (sociālās un veselības) kvalitātes un drošības pārvaldības riski:**
 - 9.1. veselības aprūpes kvalitātes novērtēšanas un pilnveides riski, (t.sk.indikatoru iztrūkums).
 - 9.2. Kvalitātes vadības sistēmas rīki (sūdzību reģistrācija un analīzes; klientu, tuvinieku, darbinieku aptaujas, iekšējo procesu audits vai pašnovērtējums; saprotamu, uzskatāmu iekšējo algoritmu un vadlīniju izmantošana; veselības aprūpes kvalitātes kritēriji) **NETIEK** vai ir NEpietiekoši izmantoti. Iekšējiem procesiem nav pašregulācijas mehānisma;
10. **Digitalizācijas neesamība**
 - 10.1. SAC iestādēs praktiski netiek izmantotas klientu un pakalpojumu uzskaites programmas; iestādes, joprojām, izmanto kladītes, uzskaites žurnālus un tml.;
 - 10.2. Nav iespējas saņemt attālinātās medicīnas pakalpojumus.

8. Kas ir SAC?

Vispārējie dati:

- Veselības Inspekcijā reģistrēti 184 sociālās aprūpes centri (valsts, pašvaldību, privātie)
- Klientu skaits - 12654
- Ārstniecības iestāžu reģistrā reģistrēti **36 veselības punkti** 19 SAC un to filiālēs
- Ārstniecības personu skaits – 539

Saskaņā ar Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumu SAC ir ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcija — sociālā institūcija, kas nodrošina personai, **kura vecuma vai veselības stāvokļa dēļ** nespēj sevi aprūpēt, kā arī bāreņiem un bez vecāku gādības palikušiem bērniem mājokli, pilnu aprūpi un sociālo rehabilitāciju [autoru piezīme: ja sociālā rehabilitācija vai tās elementi ir nepieciešama].

ESAO (OECD) lieto terminus ilgtermiņa aprūpe (ITA) un ilgtermiņa aprūpes iestāde (ITA iestāde)⁷, kas Latvijas vidē ir arī pansionāti jeb sociālās aprūpes centri (SAC). Saskaņā ar definīcijām ITA pakalpojumu klāts bez sociālās aprūpes ietver arī pamata medicīnisko (*nursing*) aprūpi⁸, gan profilaksi, rehabilitāciju, paliatīvo aprūpi, kas nepieciešama ITA saņēmējam. Angļu valodā lietotais termins “*nursing*” ietver sevī “medicīniskās aprūpes komponenti”, kuru nevar nodrošināt personāls bez specifiskas medicīniskās izglītības. Pamatā, saskaņā ar Starptautiskās Māsu Padomes izstrādāto definīciju un skaidrojumiem *nursing* pakalpojumu sniedzējas ir māsas⁹.

Augstāk minēto definīciju izpratnei ir būtiska nozīme sabiedrības un profesionāļu vides diskusijās par to kas ir sociālās aprūpes iestāde. Cilvēku gaidas un uztvere attiecībā uz SAC atšķiras no likumdevēju dotās definīcijas formulējuma izpratnes un interpretācijas.

Kas ir SAC: Mājas vai Aprūpes iestāde ?

Veicot pārbaudi, Veselības un Labklājības ministrijas inspektoru komanda sastapās ar bieži izmantotu saukli, ka sociālās aprūpes iestāde ir klienta „mājas” un visi procesi tiek salīdzināti vai pielīdzināti mājas apstākļiem.

⁷ OECD Health Working Paper No. 121. The Economics of Patient Safety Part III: Long-Term Care; 2020. Pieejams tiešsaistē: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm>

⁸ **Ilgtermiņa aprūpe (ITA)** tiek definēta kā pakalpojumu klāsts, kas nepieciešams personām ar pazeminātu neatkarības un funkcionālo, fizisko vai kognitīvo spēju pakāpi, un kuras līdz ar to ir atkarīgas ilgākā laika posmā no palīdzības ikdienas dzīves pamatdarbībās. Šī personīgās aprūpes sastāvdaļa bieži tiek nodrošināta kopā ar palīdzību pamata medicīniskajos pakalpojumos, piemēram, *nursing* (palīdzība brūču pārsiešanā, sāpju mazināšana, medikamentu lietošana, veselības uzraudzība), kā arī profilaksi, rehabilitāciju vai paliatīvās aprūpes pakalpojumiem. Ilgtermiņa aprūpes pakalpojumi var tikt kombinēti arī ar zemāka līmeņa aprūpi, kas saistīta ar palīdzību mājās vai palīdzību ikdienas dzīves aktivitātēs.

ITA iestādes- attiecas uz aprūpes un rezidences centriem (izņemot slimnīcas), kas nodrošina izmitināšanu un ilgtermiņa aprūpi kā paketi cilvēkiem, kuriem nepieciešama pastāvīga veselības un medicīniska-veselības aprūpes profesionāla līmeņa (*nursing*) aprūpe hronisku traucējumu un samazinātas neatkarības pakāpes dēļ ikdienas dzīvē. Šādas iestādes nodrošina aprūpi dzīvojamā mājā, apvienojot to ar medicīnisku aprūpi, uzraudzību vai citiem personīgās aprūpes veidiem, kas nepieciešami iedzīvotājiem (rezidentiem). ITA iestādes - īpaši izveidotas iestādes, kur galvenā pakalpojumu sastāvdaļa ir ilgtermiņa aprūpe un pakalpojumi tiek sniegti cilvēkiem ar mēreniem vai smagiem funkcionāliem ierobežojumiem.

ITA vide (setting): vieta, kur dzīvo aprūpes pakalpojumu saņēmēji, piemēram, pansionāts, asistētas dzīvošanas telpas /rezidences vai privātmājas, aprūpe mājās un sabiedrībā.

⁹ *Nursing, as an integral part of the health care system, encompasses the promotion of health, prevention of illness, and care of physically ill, mentally ill, and disabled people of all ages, in all health care and other community settings. Within this broad spectrum of health care, the phenomena of particular concern to nurses are individual, family, and group "responses to actual or potential health problems" (ANA, 1980, P.9). These human responses range broadly from health restoring reactions to an individual episode of illness to the development of policy in promoting the long-term health of a population.* <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions> (The International Council of Nurses)

Inspekcija pilnībā piekrīt, ka SAC jānodrošina „mājīgas” telpas, „mājai un ģimenei pietuvinātu” vidi (jēdziens „ģimeniska vide” atšķiras pilngadīgai personai un bērniem, kas palikuši bez vecāku aprūpes), atsaucīgu empātisku personālu, „mājas” virtuvi un saturisku laika pavadīšanu, lai klients justos kā „mājās”. Tomēr, esošās prasības telpām pieļauj, ka t.s. „mājas” ir pretrunā ar māju kā vides būtību:

- Mājās guļamistabās neatrodas kopā 2-3-4-7 **sveši** cilvēki (bez radniecības vai civillaulības);
- Mājās nedala zāles **30-420 „ģimenes locekļiem”**;
- Mājās nav vienādu, palātas tipa, istabiņu;
- Mājās nav maiņu darba, personāla maiņas;
- Mājās nav reglamentētas iekšējās kārtības.

1.fotoattēls. SAC klientu dzīvojamā-guļam telpa (7 iemītnieki), Latvijā, 2020.



Pārbaudes laikā tikai 3 no 22 SAC (valsts; privāti SAC) klienti tika izvietoti 1-vietīgās un 2-vietīgās istabiņās). Pārējās iestādēs prevalē 3-vietīgas un 4-vietīgas istabiņas.

SAC pakalpojuma ietvaros parasti tiek nodrošināta:

- dzīvesvieta ar sadzīvei nepieciešamo inventāru atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajām prasībām;
- ēdināšana 4 reizes dienā;
- personīga veļa, apģērbs un apavi;
- reģistrācija pie ģimenes ārsta; ārsta un citu speciālistu nozīmētā ārstēšanas plāna izpilde;
- brīvā laika pavadīšanas aktivitātes;
- kultūras pasākumi, kā arī pēc personas vēlēšanās tiek organizēta garīgā aprūpe atbilstoši personas konfesionālajai piederībai;
- palīdzība personas individuālo sociālo problēmu risināšanā [ja nepieciešams].

KAS ir SAC: Sociālās vai sociālās un veselības aprūpes iestāde?

Iepriekš minēta pakalpojuma ietvars arī saskaņā ar ESAO definīcijām pilnībā atbilst to cilvēku vajadzībām, kuriem ir noteikts 1.aprūpes līmenis, (proti, personas fiziskās vai garīgās spējas ir mēreni ierobežotas. Persona **spēj un prot veikt pašaprūpi atbilstoši savām vajadzībām un savam veselības stāvoklim**. Nepieciešams minimāls personāla atbalsts. Personas spējas saglabātas 75%-100% robežās). Jāatzīmē, ka Latvijā iedzīvotāju mentalitāte paredz pēc iespējas ilgāku laiku dzīvot savās mājās, patstāvīgi. Latvijā nav attīstīta kultūra pārcelties uz dzīvi pansijā pensijas vecumā, kad cilvēks vēl spēj pats sevi aprūpēt un gatavs iesaistīties dažādās aktivitātēs.

2.aprūpes līmeņa definīcija nosaka, ka tā ir persona, kuras fiziskās vai garīgās spējas ir mēreni vai smagi ierobežotas; persona spēj un prot veikt pašaprūpi atbilstoši savām vajadzībām un savam veselības stāvoklim, bet ir iespējama spēju vai prasmju pazemināšanās, tās saglabājās 74%-50% līmenī (nav skaidrs, kā persona var sevi veikt pašaprūpi atbilstoši savam veselības stāvoklim, ja ir spēju un prasmju pazemināšana 50%?) Pie šādiem procentiem var nonākt, ja klients vairs nespēj veikt mājas uzkopšanu, pagatavot ēdienu, iepirkties, brīvi pārvietoties telpās un ārpus tām bez citu palīdzības. Ja attiecinām šo definīciju uz spēju rūpēties par savu veselību, tad jāsecina, ka 2.aprūpes līmeņa persona nespēj patstāvīgi iepirkt zāles, sadalīt sev zāles, sekot to pareizai lietošanai).

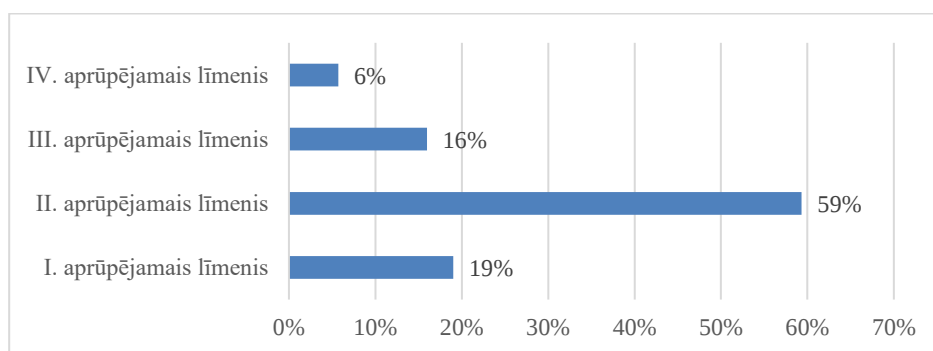
3.aprūpes līmenis -pašaprūpes vajadzības pārsniedz pašaprūpes spējas: ir traucēta spēja veikt noteiktas pašaprūpes darbības, kuras ietver klienta spēju novērtēt vajadzību pēc pašaprūpes, pieņemt lēmumu rīkoties un kontrolēt pašaprūpes darbības. Spēju kritums nozīmīgs, tās saglabājās 49%-25% līmenī;

4.aprūpes līmenis -izteikta pašaprūpes spēju nepietiekamība, lai veiktu pašaprūpes darbības. Personas fiziskās vai garīgās spējas ir ļoti smagi ierobežotas, izteikta pašaprūpes spēju nepietiekamība, persona pilnībā aprūpējama un uzraugāma visu diennakti. Sociālās aprūpes pakalpojuma sniedzējs nodrošina ārstniecības personas noteikto klienta uzraudzību un novēro funkcionālo traucējumu izmaiņas. Spēju kritums ievērojams, spējas ir 24%-0% līmenī).

Pārbaudes laikā tika vērtēta SAC klientu aprūpes līmeņu struktūra. Zemāk redzamos grafikos (1.grafiks; 2.grafiks; 3.grafiks) parādītas SAC ar minimālu, vidēju un maksimālu 3.un 4. aprūpes līmeņa klientu īpatsvaru (vērtējumā nepiedalījās bērnu SAC).

1.grafiks.

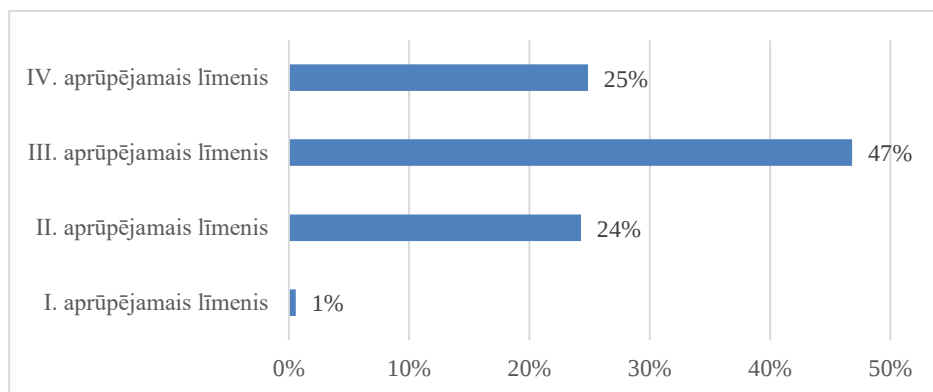
Aprūpes līmeņu īpatsvars SAC (kurā 1.un 2.aprūpes līmeņa klienti, 3.un 4.līmenis -22%).



22%

2.grafiks.

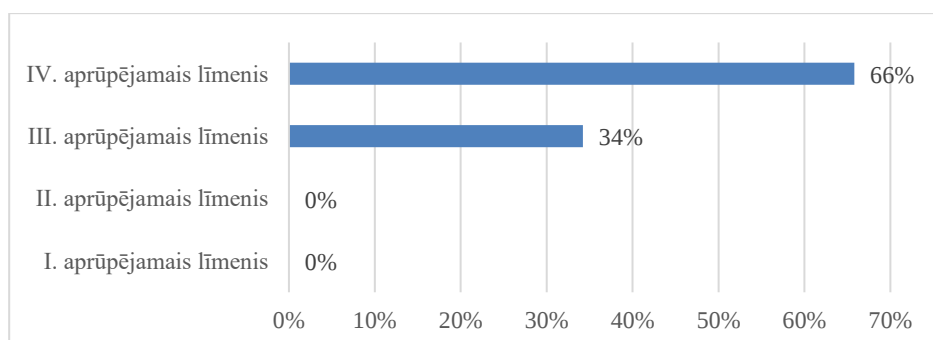
Aprūpes līmeņu īpatsvars SAC (tipiska sadale, 3.un 4.līmenis -72%)



72%

3.grafiks.

Aprūpes līmeņu īpatsvars SAC (kurā i prevalē 3.un 4.aprūpes līmeņa klienti; 100%).



100 %

Jāatzīmē, ka jau iepriekš minētajā ESAO ziņojumā norādīts, ka mūsdienīga tendence ESAO valstu vidū ir aprūpes virzība no pansionātiem un rezidentu (institūcijas vidē dzīvojošu personu) aprūpes uz aprūpi mājās, atbalstot vecāka gadagājuma cilvēkus pēc iespējas ilgāk dzīvot patstāvīgi vai kopā ar ģimeni.

Klientus, kuri „vecuma vai veselības stāvokļa dēļ nespēj sevi aprūpēt”, ar 3.un 4., daļēji ar 2.aprūpes līmeni, **nespēj aprūpēt sarežģīta veselības stāvokļa dēļ arī viņu tuvinieki** (situācijās pēc insulta, pēc mugurkaula un gūžu locītavas lūzumiem/traumām, dažādas pakāpes demence un tml.).

Līdz ar to secināms, ka tādas ilgtermiņa aprūpes iestādes, kādi ir Latvijas SAC, nākotnē aprūpēs vēl lielāku procentu tādu klientu, kuriem ir nopietni veselības un funkcionēšanas traucējumi, proti – 3.un 4.līmeņa klientus. Jau šobrīd sociālās aprūpes iestādēs, arī vienas iestādes vērojamā dinamikā, ievērojami pieaug 3. un 4.aprūpes līmeņa klientu īpatsvars, un saskan ar ESAO secinājumiem, ka „ITA iestādes tagad nodrošina aprūpi lielākam skaitam cilvēku un vairāk iedzīvotāju ar hronisku slimību apstākļiem un vairākām blakusslimībām nekā jebkad agrāk”.

Tādejādi **šādu klientu aprūpes neatņemama sastāvdaļa ir sarežģīti un atbildīgi ārstniecības procesi**, kuru realizēšanā ir nepieciešams personāls ar medicīnisko izglītību, savukārt, procesiem medicīniskās aprūpes nodrošināšanai **ir jābūt tikpat labi pārvaldītiem, kādi tie ir ārstniecības iestādēs**. Tie ir:

- Zāļu sadales un aprites process;
- Akūtu saslimšanu vai hronisku saslimšanu paasinājuma agrīnā atpazīšana
- Augsta riska klientu/pacientu ar smagām hroniskām saslimšanām aprūpe;
- Izgulējumu pārvalde;
- Masveidīgi infekciju un epidēmijas profilakses pasākumi (vakcinācija; epid.drošība);
- Efektīva komunikācija un komandas darbs, t.sk.medicīnisko ierakstu uzturēšana, integrēta aprūpe un aprūpes koordinēšana, tai sk.sadarbība ar ģimenes ārstu, pacienta pārņemšana (*handover*) pārvešanas procesos, veselības stāvokļa komunikēšana maiņu nodošanas procesā utml.;
- Pacientu drošības kultūra, tai sk.nevēlamu notikumu ziņošana-mācīšanās (ESAO uzsver pacientu drošības un kultūras riskus ilgtermiņa aprūpes iestādēs).

Arī ESAO ziņojumā norādīts, ka kaut arī pansionāti ir nedaudz unikāli, jo tie ir cilvēku „mājas”, nevis slimnīcas, jābūt ieviestiem līdzīgiem pamatprincipiem veselības aprūpes (ārstniecības) procesu nodrošināšanā, kādi noteikti akūtai aprūpei, lai mazinātu kļūmju riskus un to izmaksas (OECD Health Working Paper No. 121. 1.3.5. Economics of safety in the context of LTC)

Ļoti nopietni ir izvērtējams fakts, ka ārstniecības iestāžu reģistrā reģistrēti tikai 36 veselības punkti 19 SAC un to filiālēs (no 184 reģistrētajiem SAC), kas norāda uz to, ka veselības aprūpes procesu pārvaldība pārējos SAC nav apzināta kā būtiska, SPKC ieteikumi pacientu drošībai un ārstniecības kvalitātei netiek ieviesti, mūsu kompetences uzturēšana nav obligāta (nereti strādā nesertificētas māsas) un SAC aprūpes procesi netiek (nav tikuši) kontrolēti no Inspekcijas puses, izņemot zāļu aprites procesus atbilstoši MK 220¹⁰, saņemot atļauju zāļu iegādei lieltirgotavā vai aptiekā. Tomēr, šis zāļu aprites process neietver zāļu ordinēšanas, sadales un ievades procesus. Arī higiēnas procesi ir atšķirīgi un nav atbilstoši tām prasībām, kas noteiktas ārstniecības iestādēm.

Piezīme:

Zāļu ordinēšana no kvalitātes viedokļa Veselības inspekcija tiek vērtēta izskatot saņemtos iesniegumus par veselības aprūpi SAC

¹⁰ Ministru kabineta 2007.gada 27.marta noteikumi Nr.220 “Zāļu iegādes, uzglabāšanas, izlietošanas, uzskaites un iznīcināšanas kārtība ārstniecības iestādēs un sociālās aprūpes institūcijās” (turpmāk-MK 220).

Kas ir SAC

Atbildot uz jautājumu kas ir Sociālās aprūpes centrs, Inspekcijas ieskatā – **tā ir iestāde ar „mājīgu”, „mājai pietuvinātu”, bet profesionāli organizētu vidi*, ar nopietniem ārstniecības procesiem** (t.sk. veselības uzturēšanas, profilakses, paliatīvās aprūpes u.c. aprūpes procesiem)**, kas nodrošina personai, kura vecuma vai veselības stāvokļa dēļ nespēj sevi aprūpēt, pilnu aprūpi (gan sociālo, gan medicīnisko) un sociālo/veselības rehabilitāciju, ja tādai rehabilitācijai ir potenciāls un tā ir nepieciešama.

* „Mājai pietuvināta, bet profesionāla vide” - nozīmē, ka darbiniekiem jābūt laipniem, empātiskiem, bet nedrīkst pārkāpt robežas – pieņemt no klientiem dāvanas, solot darīt neizpildāmas lietas; veidojot pārāk ciešas saiknes ar aprūpējamiem, ātri izdeg, vērojot klientu aiziešanu no dzīves.

** „nopietni ārstniecības procesi”

Zāļu sadales un aprites process;

- Akūtu saslimšanu vai hronisku saslimšanu paasinājuma agrīnā atpazīšana;
- Augsta riska klientu/pacientu ar smagām hroniskām saslimšanām aprūpe;
- Izgulējumu pārvalde;
- Masveidīgi infekciju un epidēmijas profilakses pasākumi (vakcinācija; epid.drošība);
- Efektīva komunikācija, t.sk.medicīnisko ierakstu uzturēšana, aprūpes koordinēšana, tai sk.sadarbība ar ģimenes ārstu, pacienta pārņemšana (handover) pārvešanas procesos, veselības stāvokļa komunikēšana maiņu nodošanas procesā utml.;
- Pacientu drošības kultūra, tai sk.nevēlamu notikumu ziņošana-mācīšanās (ESAO uzsver pacientu drošības un kultūras riskus ilgtermiņa aprūpes iestādēs).

9. Ģimenes ārsta loma SAC klientu uzraudzībā

Riska zonas attiecībā uz ģimenes ārsta darbu:

- **Nepietiekošā informācija ģimenes ārsta izziņā** par klienta diagnozēm, veselības stāvokli un lietotajiem medikamentiem, stājoties SAC;
- **Nepietiekoša motivācija SAC klientu uzraudzībā;**
- **Zāļu ordināciju apstiprināšana** (piemēram, vitāli nepieciešamo ordināciju apstiprināšanas laiks no ģimenes ārsta puses, klientam atgriežoties no stacionāra SAC vai pēc ārsta speciālista apmeklējuma);
- Zāļu pārskatīšana, saskaņošana - periodiska lietojamo zāļu saraksta pārskatīšana, polifarmācijas risku¹¹ izvērtēšana, antipsihotisko zāļu lietošanas periodiska izvērtēšana;

¹¹OECD Health Working Paper No. 121. (173.p) **Polifarmācija ir saistīta ar sliktu ordināciju ievērošanu, zāļu blaknēm un zāļu mijiedarbību, medikamentu kļūdām un nevēlamiem notikumiem**, ieskaitot kritienus, gūžas kaula lūzumus, apjukumu un delīriju. **Apmēram katrs trešais sabiedrībā dzīvojošais vecākais pieaugušais, kas pakļauts polifarmācijai, piedzīvo pacientu drošības negadījumu un to pieredzes risks palielinās ar katru nākamo medikamentu** (Skots un Dž.Jayathissa, 2010 [162]; Viktil et al., 2007 [163]). Pacientiem, ar kuriem noticis negadījums, bieži nepieciešama akūta aprūpe, kas bieži rezultējas ar ārkārtas stacionēšanu, pagarinātu uzturēšanās laiku slimnīcā, papildus izmeklēšanām un intensīvākas novērošanas nepieciešamību laika gaitā (Monégat, 2014; Gallagher, 2007). **Sistemātiskā pārskatā tika lēsts, ka 3,6% no visām hospitalizācijām Eiropā izraisa nevēlama zāļu reakcija, un vairāk nekā viens no desmit pacientiem piedzīvo nevēlamu zāļu negadījumu, nonākot slimnīcā (Bouvy, Bruin un Koopmanschap, 2015 [165]).**

177.Zāļu saskaņošanas (*review of medication*) ieviešana un stingrāka polifarmācijas pacientu novērošana, kurā iesaistīti kopienas farmaceiti, ir saistīti ar ievērojami zemāku hospitalizācijas līmeni zāļu negadījumu rezultātā, kā arī slimnīcu izmaksu samazināšanā (Trygstad et al., 2009 [170]; Malet-Larrea et al., 2016 [171]).

176. Arī farmaceita un ģimenes ārsta sadarbība polifarmācijas gadījumā tiek akcentēta kā iedarbīga.

- **Ģimenes ārsta un pediatra atbildības robežas bērnu sociālās aprūpes iestādēs.**

Nepietiekoši informatīva ģimenes ārsta izziņa 027/u

Sociālajam dienestam, formējot dokumentāciju, no ģimenes ārsta ir nepieciešama izziņa (MK.265, 73.pielikums), ka pacientam nav kontrindikāciju ievietošanai SAC (tajā jānorāda diagnozes; atradnes RTG; alerģiskas reakcijas. Šajā pielikumā NETIEK PRASĪTA INFORMĀCIJA PAR MEDIKAMENTOZU TERAPIJU [autoru piezīme: vēsturiski reti kāds ģimenes ārsts izmanto 73.formu, aizvietojot to ar 027/u].

MK 138 paredz sniegt informāciju plašākā veidā:

10.2. ģimenes ārsta izsniegtu izziņu par personas veselības stāvokli, kurā norādīts(-i) funkcionālo traucējumu veids(-i) un akūtas infekcijas (piemēram, plaušu tuberkuloze aktīvajā stadijā, akūtas infekcijas slimības) pazīmes (ja tādas ir), kas var ietekmēt sociālo pakalpojumu sniegšanas kārtību. Izziņā papildus norāda rekomendācijas aprūpei un profilaksei, ja persona vēlas saņemt aprūpi mājās (tai skaitā drošības pogas pakalpojumu), pakalpojumu grupu mājā (dzīvoklī), pusceļa mājā, dienas aprūpes centrā, specializētās darbnīcas pakalpojumu, īslaicīgās sociālās aprūpes jeb atelpas brīža pakalpojumu vai ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu institūcijā;

10.3. psihiatra atzinumu par personas psihisko veselību un speciālajām (psihiatriskajām) kontrindikācijām sociālo pakalpojumu saņemšanai (1. pielikums) (attiecināms tikai uz personām ar garīga rakstura traucējumiem, ja tās vēlas saņemt aprūpi mājās (tai skaitā drošības pogas pakalpojumu), pakalpojumu grupu mājā (dzīvoklī), pusceļa mājā, dienas aprūpes centrā, specializētās darbnīcas pakalpojumu, īslaicīgās sociālās aprūpes jeb atelpas brīža pakalpojumu vai pakalpojumu ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā);

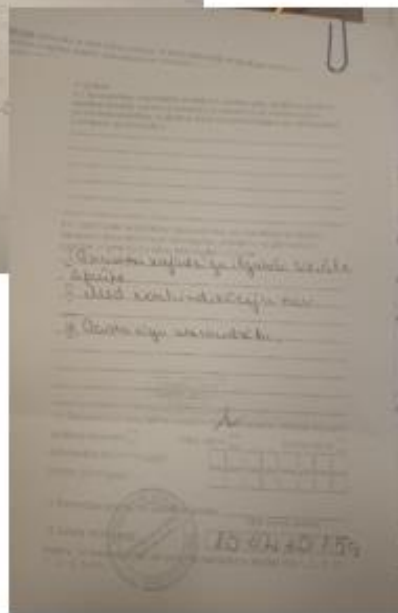
Savukārt, klientam iestājoties SAC, iestādes personālam **veselības aprūpes nodrošināšanas turpināšanai** vitāli nepieciešams ĢĀ izraksts no ambulatorās kartes (MK265, 12.pielikums, jeb forma 027/u), **ar nozīmīgāko slimību/operāciju apkopojumu, un medikamentiem** (pareizās devās), **kurus klients saņem un lieto**. Normatīvie akti šādu ierakstu veikšanu nenosaka, tāpēc SAC darbinieki spiesti paši meklēt šādu informāciju, sazināties ar ģimenes ārstiem, „lūgties” precīzu informāciju par klienta lietojamiem medikamentiem, saslimšanām, augsta riska saslimšanām, alerģijām un tml., kas var izraisīt zāļu lietošanas kļūdas, terapijas pārtraukšanas un veselības pasliktināšanās riskus.

Pārbaudes laikā konstatēts, ka vairums gadījumos informācija izziņā par medikamentozu terapiju un pārciestām slimībām/operācijām ir niecīga, pavirša. Pilnvērtīgi izraksti ir reti. Praktiski visi SAC atzīmēja, ka SAC darbinieki meklē savu klientu ģimenes ārstus, lai noskaidrot, kādus konkrēti medikamentus klientiem ir jālieto, jo klienti bieži atved savas zāles līdzi, bet nevar precīzi izskaidrot, kādās devās un cik ilgi zāles ir lietojuši.

Inspekcija konstatēja, ka ģimenes ārsti, arī SAC darbinieki bieži jauc abas formas un ārsti abos gadījumos gatavo 027/u formu, neizmantojot speciālo formu (MK.265, 73.pielikums), kas domāta sociālā dienesta vajadzībām. Neskaidrības ar medikamentozās terapijas vai īpašajiem nosacījumiem parasti tiek precizētas 2-5 dienu laikā, **kas ir nopietns drošības risks klientiem, kuriem nepieciešama nepārtraukta zāļu lietošana (piemēram, saņemot antihipertenzīvu, trombolītisku un anti ritmisku terapiju).**

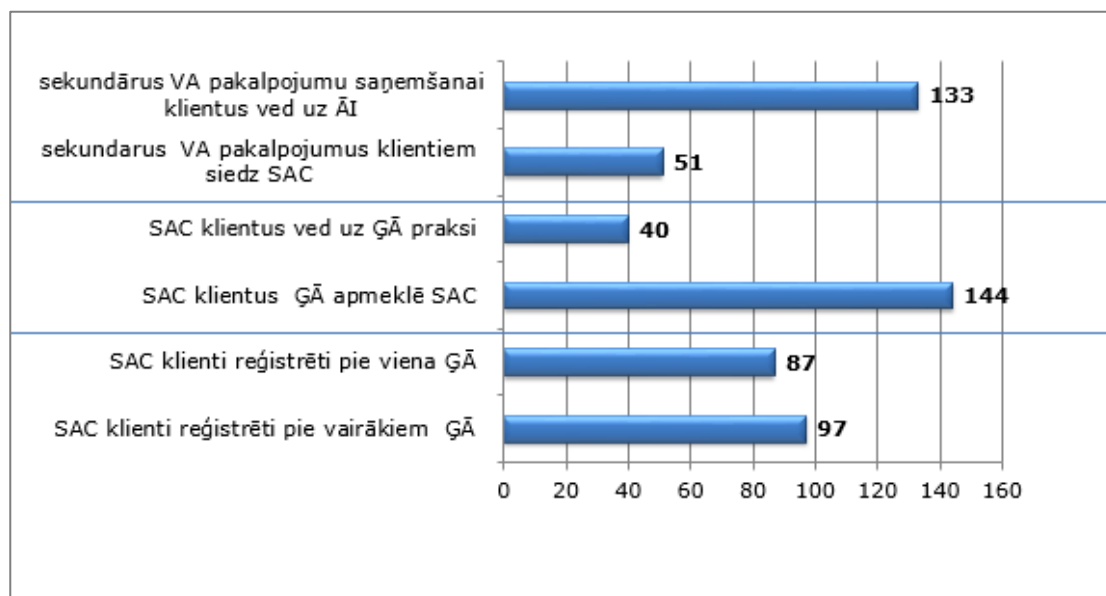
178. Dažās veselības sistēmās ir ieviesti pielāgoti digitālie zāļu izrakstīšanas rīki polifarmācijas gadījumiem. Tie ietver jaunus digitālos rīkus, lai reģistrētu un dalītos zināšanās par drošu zāļu izrakstīšanu (Bruyère Research Institute, 2019 [172]); un zāļu izrakstīšanas pētnieki, farmaceiti, ārsti un pacienti, lai izstrādātu ne-izrakstīšanas stratēģijas (Canadian Deprescribing Network, 2019 [173]).

027/u ģimenes ārsta izzinas, nosūtot u SAC, aizpildes kvalitāte.



SAC „Dzintaru melodija”- 170 klienti un 120 ĢĀ. Šie ĢĀ savus klientus praktiski neaprūpē. Darbs formāls, radinieki organizē kompensējamo medikamentu iegādi. Lai nodrošinātu klientiem pienācīgu veselības aprūpi, SAC noslēdza darba līgumu ar vienu blakus SAC strādājošu ĢĀ un ar vienu internistu, kurš regulāri apskata klientus, veic izmaiņas ordinācijās. Pie blakus SAC strādājošā ģimenes ārsta ir pierakstīti mazāk, nekā 50 SAC klienti.

Primāras un sekundārās aprūpes saņemšana SAC klientiem, telefona aptaujas dati, 2020.gads



Nepietiekoša motivācija SAC klientu uzraudzībā

Vairums gadījumos SAC medicīnas personāls organizē konsultācijas, zāļu izrakstīšanu, pierakstus pie speciālistiem un uz izmeklējumiem, sadarbojoties ar 5-10 ģimenes ārstiem. No veiktajām intervijām ar ģimenes ārstiem Inspekcija secināja, ka ģimenes ārstiem nav īstas motivācijas un intereses aprūpēt SAC klientus, īpaši SAC telpās. Klienti ir ar sarežģītām slimību kombinācijām (polimorbīdi), prasa ilgāku laiku sarunai. Šādus klientus reti kad konsultācijā pavada tuvinieks, kurš varētu iesaistīties klienta aprūpē un palīdzēt īstenot ārsta rekomendācijas, tāpat kā laika trūkuma dēļ ģimenes ārsta konsultācijās nepiedalās SAC pārstāvis (piemēram, māsa), kuram klātienē tiktu izskaidrota turpmākā terapija un rekomendācijas, kas ir arī risks nesaņiegt ārstniecības rezultātus. Turklāt, ārstiem jāveic atkārtotas vizītes un ierakstus **dubultā** – savas prakses pacienta ambulatorajā kartē un SAC klienta medicīniskā dokumentācijā. SAC klientu aprūpe notiek ārpus ģimenes ārsta pieņemšanas laika, papildu samaksu par šo darbu ģimenes ārsti no SAC nesaņem. Pārbaudes ietvaros Inspekcijas veiktajās intervijās ar ģimenes ārstiem, tika minēts, ka ģimenes ārsti labprāt atteiktos no SAC klientu apkalpošanas, jo nokļūšana līdz SAC patērē daudz laika un tas nav izdevīgi. SAC nav gatavi maksāt par šādu vizīti maksas pakalpojuma noteiktajā apmērā kā „mājas vizīti”. Līdzīgu viedokli pauda SAC ģimenes ārsti, kuri sniedza skaidrojums sakarā ar Inspekcijas saņemtajām sūdzībām par veselības aprūpes kvalitāti SAC iestādēs.

Inspekcijas komentārs:

- (1) Viens no faktoriem labai sadarbībai starp SAC un ģimenes ārstu piemērā par iestādi, kurā visi klienti reģistrēti pie viena ĢĀ (ja nepieciešams ĢĀ apskata klientus arī ārpus darba laika, ir saņemams brīvdienās un svētku dienās, aktīvi konsultē attālināti) slēpjas faktā, ka SAC ir daudz paliatīvi aprūpējami pacientu un 1.grupas invalīdu, un vizītes pie šiem klientiem formētas kā ģimenes ārsta vizīte mājās, kas apmierina gan ārstu gan SAC.

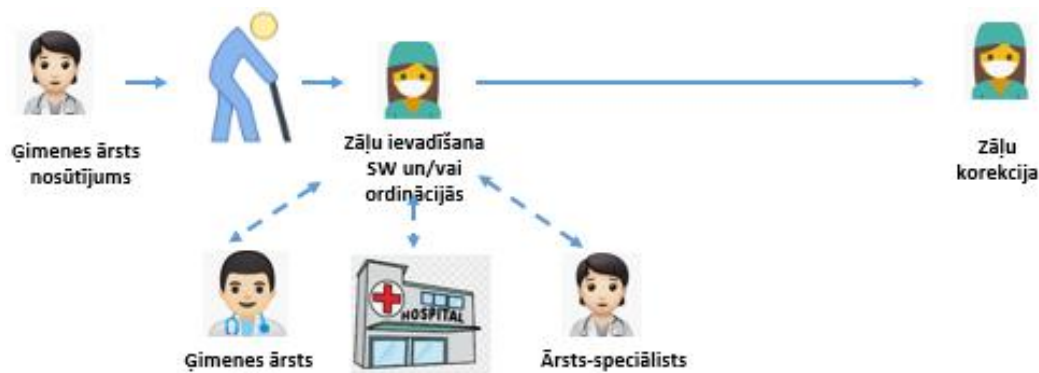
Informācijai: valsts finansē ģimenes ārsta mājas vizīti pacientiem, kuri saņem paliatīvo (gulošiem pacientiem ar noteiktām diagnozēm.) un med. aprūpi mājās; pirmās grupas invalīdiem. Personām, kas vecākas par 80 gadiem par ģimenes ārsta mājas vizīti jāmaksā pacienta iemaksa 2,85 eiro. Pārējiem SAC iedzīvotājiem ģimenes ārsta mājas vizīte ir maksas pakalpojums atbilstoši ārstniecības iestādes vai ģimenes ārsta prakses apstiprinātam maksas pakalpojumu cenrādim.

- (2) Cits veiksmīgas sadarbības faktors balstās uz SAC mājas aktīvu piedalīšanās ģimenes ārsta pieņemšanās, kurās māsa aizpilda zāļu un citas ordinācijas praktiski jau pieņemšanas laikā, tādējādi nodrošinot ātru informācijas nodošanu ģimenes ārstam par klientam veiktajiem izmeklējumiem, speciālistu ieteikumiem, savukārt, saņemot no ģimenes ārsta apstiprinājumu lietojamiem medikamentiem un veicamām procedūrām.

Jāatzīmē, ka tāda darba organizācija, kur SAC mēsa aktīvi piedalās ģimenes ārsta pieņemšanā bija novērota tikai 1 no 22 pārbaudītiem SAC. Pārējās iestādēs SAC personāls nepiedalās ģimenes ārsta pieņemšanā, skaidrojot, ka māsu ir maz un tam nepietiek laika.

Zāļu ordināciju apstiprināšana no ģimenes ārsta puses

SAC iestādēs veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu organizē māsas. Klientam, iestājoties SAC, nepieciešamās zālēs ordinācijās ieraksta vecākā māsa. Arī izmaiņas ordinācijās ievada vecākā māsa/māsa. Šo procesu vienkāršā veidā atspoguļo zemāk redzama shēma:



Par ārsta informēšanu par izmaiņām ordinācijās sakarā ar izrakstīšanu no stacionāra atbildīgā persona (parasti, bet ne vienmēr) ir vecākā māsa. Izmaiņas ordinācijās SAC klientam pēc izrakstīšanas no stacionāra veic vecākā māsa/māsa. Vecākā māsa nestrādā brīvdienās/svētku dienās. Ja izrakstīšana no stacionāra notiek vakarā, tad māsa ideālā gadījumā telefoniski informē ĢĀ un no rīta ievada izmaiņas Dežūru pieņemšanas/ nodošanas žurnālā. Ļoti reti, kad nav izsniegts izraksts no stacionāra izrakstīšanas brīdī, tad sazinās ar stacionāra ārstu un mutiski vienojas par aprūpi un ārstēšanu. Izraksts ir nākamajā dienā (vēlākais), „ja vajag, tad SAC darbinieks aizbrauc pakal”. Izrakstā parasti tiek norādīts – turpināt ārstēšanu ambulatori ģimenes ārsta uzraudzībā.

Pēc izrakstīšanas no stacionāra Klientu pieraksta uz pieņemšanu pie ģimenes ārsta. Ja ģimenes ārsts pieņem SAC (1x mēnesī; 1x nedēļā, 2x nedēļā), tad pieraksta uz tuvāku pieņemšanu vai ĢĀ konsultē attālināti - telefoniski.

Šajā procesā ir riski, kas saistīti ar klienta veselības stāvokļa atbilstošu novērošanu un faktu, ka **izmaiņas ordinācijās veic māsa**, sevišķi gadījumos uz “polifarmācijas” pacientiem, piemēram:

1. risks, ka ordinācijās paliek zāles, kas nav savietojamas ar tām, kas zāļu ordinēšanas sistēmā ievadītas papildus (asinsspiediena zāles, antikoagulanti, antiaritmiski, insulīna preparāti utml.).
2. risks, ka SAC uz laiku tiek pārtraukta vai netiek laicīgi uzsākta slimnīcā nozīmēta terapija (piemēram, antibakteriālā terapijā, zāles paaugstināta asinsspiediena gadījumā, trombolītiķi)



Inspekcija uzskata, ka **visas izmaiņas ordinācijās** (no citiem speciālistiem, no stacionāra izrakstiem) **ģimenes ārstam jāredz kopumā, jāapstiprina un jāapliecina ar savu parakstu.**

SAC jābūt atrunātam un dokumentētam procesam, kā māsa saskaņo ar ģimenes ārstu ordinācijas pēc klienta izrakstīšanas no stacionāra vai konsultācijas līdz ģimenes ārsta veiktai ambulatorai apskatei un ordināciju apstiprināšanai.

Inspekcijas komentārs:

- (1) Jautājums par zāļu ordināciju apstiprināšanu būtu pārrunājama lieta gan ar ģimenes ārstu asociācijām, gan ar slimnīcām t.s. zāļu pārskatīšanas (*medication reconciliation, review of medication*) ietvaros. Slimnīcām būtu jāizsniedz lietošanai apstiprinātās zāles – pilns zāļu saraksts, ne tikai jaunās zāles. Savukārt, ģimenes ārsts varētu pārskatīt pacienta zāles e-veselībā, apstiprinot vai veicot cita veida korekcijas.
- (2) Šī brīža risinājums, klientu hospitalizējot, no elektroniskās zāļu sistēmas izdrukāt, ja SAC tāda ir, vai speciāli izveidotājā veidlapā (sk. 2. Pielikumu.) ierakstīt pilno zāļu sarakstu ar visām devām, vai nokopēt zāļu ordinācijas un nodot NMPD/stacionāra vajadzībām, sagaidot no slimnīcas, ka zāļu saraksts, pacientu atvedot atpakaļ, ir pārskatīts pilnībā.
- (3) Ir apspriežams jautājums attiecībā uz SAC par veselības aprūpi atbildīgās personas piekļuvi informācijai par klientiem nozīmētajām zālēm un diagnozēm.
- (4) Inspekcijas ieskatā, attīstoties likumdošanai par attālinātām konsultācijām, zāļu saskaņošana būtu veicama attālināti, video režīmā (ordināciju apstiprināšanai un norādījumiem SAC personālam, kā arī periodiska zāļu saraksta pārskatīšana), elektroniski apliecināta.

Ģimenes ārsta un pediatra atbildības robežas bērnu sociālās aprūpes iestādēs

Tematiskās pārbaudes ietvaros apsekoja arī bērnu sociālās aprūpes iestādi Valsts bērnu sociālās aprūpes centru „Rīga” filiāli „Rīga”, par kuru iepriekš tika saņemts iesniegums ar lūgumu izskatīt vienu no aprūpējamā bērna veselības aprūpes kvalitāti. Pārbaudes gaitā Inspekcija konstatēja sistēmisku problēmu – neskaidru pienākumu un atbildības sadalījumu starp ģimenes ārstu un VSAC pediatru: par vakcinācijas kalendāra izpildi atbild GĀ, tomēr, ikdienā bērnu VSAC iestādē uzrauga pediatrs, tai skaitā risina vakcinācijas jautājumus.

Inspekcijas ieskatā VSAC bērniem ar 3.un 4. aprūpes līmeni, sarežģītu habilitācijas/rehabilitācijas procesu, iedzimtām patoloģijām, pediatra uzraudzība ir nepieciešama ievērojami biežāk, nekā veselam vai ģimenē aprūpējamam bērnam. Inspekcijas ieskatā ģimenes ārsta un sociālās aprūpes centra (tajā nodarbinātā pediatra) pienākumi un atbildība ir jāprecizē. **Bērnu aprūpes iestādēs, kurās atrodas bērni ar 3.un 4.aprūpes līmeni, nepieciešams Ārstniecības iestāžu reģistrā reģistrēts veselības punkts, kurā strādā sertificēts pediatrs un māsa, kuri novēro bērna attīstību un atbild par profilakses pasākumiem, tai skaitā par vakcināciju, kā arī nodrošina ārstniecības procesu akūtu saslimšanu gadījumā, ja nav nepieciešama hospitalizācija.** VSAC pediatram ir būtiska loma ārstniecības nepārtrauktības nodrošināšanā pēc bērna izrakstīšanas no stacionāra, kā arī rekomendāciju izpildes nodrošināšanā, tai sk. pēc konsultantu apmeklējuma.

Inspekcija saskata risinājumu ģimenes ārsta funkciju deleģējumā pediatram (norīkojumu izsniegšanu, kompensējamo zāļu izrakstīšanu; atbildība par vakcinācijas procesu) konkrētos centros. VSAC pediatram būtu jābūt iespējai nosūtīt bērnus uz izmeklējumiem un izrakstīt bērniem nepieciešamos medikamentus, slēdzot līgumu starp VSAC nodarbinātu pediatru un Nacionālo veselības dienestu.

Ģimenes ārsta loma SAC

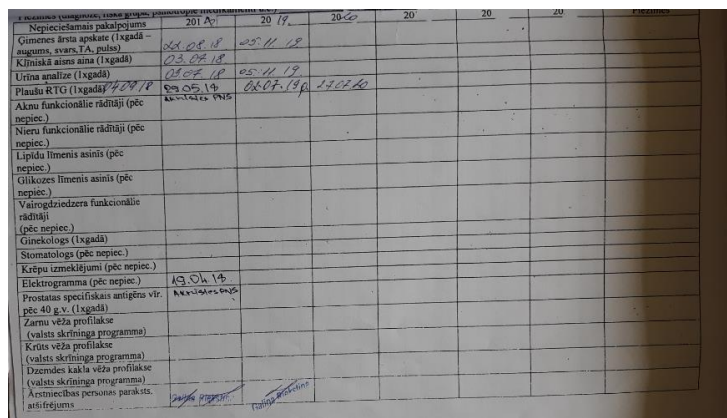
Nemot vērā SAC klientu sarežģītas hroniskas saslimšanas (polimorbīdas), lietojamo zāļu komplikētas kombinācijas (polifarmācija), ka arī faktu, ka SAC ordināciju pārvaldē un zāļu sadalē, ievadē klientam iesaistīti vairāki darbinieki (ordinācijas aizpilda viena māsa, zāļu sadali noteiktām reizēm dienā ievades devās (pat uz veselu nedēļu!) nodrošina cita māsa, un zāļu nogādi līdz klientam/ievadi veic maiņas māsa) **ģimenes ārsta loma ir īpaši nozīmīga** un ir saistīta ne tikai ar klientu veselības stāvokļa uzraudzību un ārstēšanu, bet arī ar rūpīgu zāļu ordināciju pārbaudi, saskaņošanu un apliecinājumu.

10. Profilaktiskās apskates

Pētot, vai SAC ir procesi, kā pārliecināties, ka aprūpējamās personas profilaktiskās apskates veiktas ne retāk kā reizi gadā, Inspekcija saskārās ar faktu, ka tādu procesu SAC nav. Veselības aprūpes dienestam nav ne rīku, ne procesu kā sekot līdzi tam, lai katrs SAC klients vismaz reizi gadā būtu saņēmis profilaktisku ģimenes ārsta vizīti. SAC paļaujas uz ģimenes ārstu, kam šādas pārbaudes ir jāveic. Izvēles kārtībā, pārbaudot SAC klientu lietas, valsts pakļautībā esošajos SAC bija pieejamas klientu lietās ielīmētas lapas, kas atspoguļoja konsultācijas un izmeklējumus, kas tika veiktas noteiktajā gadā un kurus varētu attiecināt uz prof. apskašu sastāvdaļu.

3.fotoattēls.

SAC Klienta lietā redzamā profapskašu lapa



	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nepieciešamais pakalpojums						
Ģimenes ārsta apskate (1x gadā)	2019.11.18	2020.11.18				
Klīniskā anamnēze (1x gadā)	2019.11.18	2020.11.18				
Urina analīze (1x gadā)	2019.11.18	2020.11.18				
Plaušu RTG (1x gadā)	2019.11.18	2020.11.18				
Aknu funkcionālie rādītāji (pēc nepieciešamības)						
Nieru funkcionālie rādītāji (pēc nepieciešamības)						
Lipīdu līmenis asinīs (pēc nepieciešamības)						
Glikozes līmenis asinīs (pēc nepieciešamības)						
Vairogdziedzeris funkcionālie rādītāji (pēc nepieciešamības)						
Ginekologa (1x gadā)						
Stomatologa (pēc nepieciešamības)						
Krūšu izmeklējumi (pēc nepieciešamības)						
Elektrogramma (pēc nepieciešamības)	19.04.18					
Prostata specifiskais antigēns (pēc nepieciešamības)						
Zema vēža profilakse (valsts skrīninga programma)						
Krūšu vēža profilakse (valsts skrīninga programma)						
Daudzpusēja vēža profilakse (valsts skrīninga programma)						
Ārstniecības personas paraksts, atzīstojums						

Vienā no SAC, kurā 100% klientu ir 3. un 4.aprūpes līmeņa klienti, personāls izteica viedokli, ka [...ņemot vērā SAC klientu struktūru un ciešu sadarbību ar ģimenes ārstiem, nepieciešamību pēc norīkojumiem pie neirologa, EHO, analizēm un tml, praktiski nav klientu, kas nebūtu apskatīti pie ģimenes ārsta vismaz 1 x gadā...], tomēr, Inspekcijas ieskatā to nevar attiecināt uz 1x gadā veicamām profilaktiskām apskatēm.

Pēc intervijas ar vienu no ģimenes ārstiem, kas aprūpē SAC klientus, Inspekcija pārbaudīja NVD mājas lapā <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/5ec7e889b2b16.pdf> izvietotu informāciju par šī ārsta kvalitātes kritēriju izpildi. No mājas lapas datiem izriet, ka ģimenes ārsts 2019.gadā izpildījis vairākus kvalitātes kritērijus, kuros ietilpst t.sk. mērīta izelpas maksimuma plūsma bronhiālās astmas pacientiem, veikti glikohemoglobīna mērījumi 2.tipa cukura diabēta pacientiem, pacientiem vecumā no 50-74 gadiem veikts slēpto asiņu tests fēcēs, veikta mikroalbuminūrijas noteikšana 2.tipa cukura diabēta gadījumā, noteikts zema blīvuma holesterīna līmenis, manipulāciju, papildu pakalpojumu daudzveidība, jauno reģistrēto pacientu apskate 3 mēn. laikā. Iespējams, starp šiem pacientiem ir arī SAC klienti, bet šādu klientu identifikācija no Inspekcijas puses veikta netika.

Inspekcijas ieskatā, lai sekot profilaktisko apskašu procesam optimāls risinājums būtu profilaktisko apskašu reģistra izveide veselības aprūpes pakalpojumu uzskaites sistēmā (VAPUS, OPTIMA, citās).

11.SAC klientu interešu pārstāvēšana veselības aprūpes jautājumos

Pārbaudes laikā tika pievērsta uzmanība jautājumam, vai SAC ir noformēts (līgumā vai citādi) klienta pilnvarojums izmantot klienta datus un pārstāvēt viņu veselības aprūpes jautājumos – saņemt konsultanta slēdzienu, izrakstu no stacionāra klienta ārstniecības vajadzību nodrošināšanai, un vai klienti sniedz savu piekrišanu par datu apstrādi, par ko parakstās Centra sagatavotajā veidlapā. Ir konstatēts, ka nevienā no pārbaudītajām iestādēm tāda veida pārstāvniecība nav noformēta.

Līgumos, kas noslēgts dažos SAC starp SAC un klientu, ir atrunātas tiesības „pārstāvēt Klienta intereses citās institūcijās jautājumos, kas ir Centra kompetencē”, bet nav atrunāts, kas tieši ir Centra kompetencē. Inspekcijas ieskatā Līgums būtu papildināms ar pilnvarojumu izmantot klienta datus, saņemt un pieprasīt ar klienta veselības aprūpi saistītu informāciju, un pārstāvēt viņu veselības aprūpes jautājumos – piedalīties speciālistu konsultācijās, saņemt konsultanta rekomendācijas, slēdzienu, izrakstu no stacionāra klienta ārstniecības vajadzību nodrošināšanai, vai arī atrunāti

tuvinieku pienākumi klienta veselības aprūpes nodrošināšanā. Šo pilnvarojumu apjoms varētu atšķirties atkarībā no klienta aprūpes līmeņa.

Iepriekš aprakstītais veiksmīgas sadarbības piemērs, kad SAC māsa aktīvi piedalās ģimenes ārsta pieņemšanā (SAC telpās), daļēji pildot ģimenes ārsta prakses māsas funkcijas bija vērojama tikai 1 no 22 pārbaudītajiem SAC. Pārējās iestādēs SAC personāls ģimenes ārsta pieņemšanās nepiedalās. Arī gadījumos, kad SAC personāls pavadā savu klientu pie ārsta vai speciālista, to parasti veic kāds no aprūpētajiem, kas pilda tikai pavadona funkcijas. Ir izņēmumi un praksē esam redzējuši pozitīvos piemērus, ka ārstniecības procesu uzrauga SAC ārsta palīgs; kā pavadonis uz ārstniecības iestādēm dodas medicīnas māsa vai pieredzējis māsas palīgs.

Inspekcijas uzskata, ka klientus ar 2., 3., un 4. aprūpes līmeni pie ārstiem speciālistiem būtu jāpavada personām ar medicīnisko/soc. izglītību, kas varētu pārstāvēt SAC klienta intereses (kā to dara gādīgi piederīgie), uzklaut rekomendācijas, kas turpmāk īstenojamas SAC, noteiktos likumā pieļaujamajos gadījumos (nepilngadīga persona vai persona ar garīga rakstura traucējumiem, nav tuvinieku) piedalīties informētās piekrišanas procesā, t.sk. lēmuma pieņemšanā par ārstēšanas taktiku un tās alternatīvām.

Pārbaudē netika iekļauti bērnu SAC un ārstu speciālistu pieejamība SAC klientiem, tomēr interviju laikā tika iezīmētas problēmas par stomatoloģisko palīdzību, proti, speciālisti cenšas atteikties, jo ir ļoti grūti strādāt ar SAC pacientiem. Bērnu namos bērniem ar garīga rakstura traucējumiem slimnīcas pieprasa auklītes, bet arī SAC nav personāla, kas būtu nosūtāms bērna aprūpei slimnīcā, jo SAC auklītes aprūpēt citus bērnus (arī personāla darba līgums neparedz dežūras slimnīcā un bērna aizbildnis ir SAC vadītājs).

Klientu interešu pārstāvēšana veselības aprūpes jautājumos

SAC līgumā ar Klientu jābūt atrunātām **pilnvarām saņemt un pieprasīt** ar klienta veselības aprūpi saistītu informāciju- saņemt konsultanta slēdzienu, izrakstu no stacionāra klienta ārstniecības vajadzību nodrošināšanai.

SAC personālam jābūt **tiesībām pavadīt, ir jāpavada un jāpiedalās 2., 3., un 4.aprūpes līmeņa klientu konsultācijā, izmeklējumos, lai nodrošinātu rekomendāciju izpildi SAC. Attālinātās konsultācijās SAC medicīnas darbinieka klātbūtne būtu obligāta.**

Pacientu tiesību likuma ietvaros būtu precizējamas klienta tuvinieka un SAC pienākumi veselības aprūpes nodrošināšanā: līdzdalība konsultācijās un informētās piekrišanas procesā.

12.Drošības riski zāļu aprītē

- Zāļu ordināciju un ordināciju izmaiņu NEpārskatāmība, kļūdu riski;
- Zāļu pārrakstīšanas riski no ordināciju saraksta vai ordinēšanas sistēmas uz lapiņām, papildu sarakstiem zāļu sadales nodrošināšanai ievades devās;
- Zāļu marķēšana izdales procesā;

Zāļu ordināciju un ordināciju izmaiņu NEpārskatāmība, kļūdu riski

- Zāļu ordinēšana, sadale ievades devās un izsniegšana/ievadīšana klientam SAC ievērojami atšķiras no zāļu lietošanas mājās, vairāk līdzinoties procesiem slimnīcā, tomēr ar būtiskām atšķirībām, kas rada papildu riskus;
- Slimnīcā zāles ordināciju lapā vai elektroniskajās ordinācijās ieraksta ārsts, kamēr SAC visbiežāk tā ir māsa, kura caurlūko ārsta rekomendācijas pēc konsultācijas;
- Slimnīcā māsa, kura sagatavo zāles ievadei, nolasa informāciju tieši no ordinācijām (jāatzīmē, ka zāļu pārrakstīšanas risks joprojām pastāv arī slimnīcās, tomēr slimnīcas pamazām ievieš SPKC ieteikumus drošai zāļu ordinēšanai un ievadīšanai, kamēr tikai 19

SAC (36 filiāles) ir reģistrējuši veselības punktus un ir apzinājuši šos zāļu aprites riskus¹²), sagatavo zāles sadalei vienai reizei vai maksimāli vienai dienai vai zāļu injekcijas/infūzus pirms ievadīšanas. Mājās, savukārt, zāles tiek izņemtas no zāļu iepakojuma tieši pirms lietošanas, to veic pacients pats vai viņa radnieks;

- SAC informāciju ordināciju lapās, „mazās lapiņās”, sarakstos, retāk veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas elektroniskajās ordinācijās, ievada SAC vecākā vai atbildīgā māsa (Jāatzīmē, ka pusē no pārbaudē iekļautajiem SAC neizmanto zāļu ordināciju lapas, kas nozīmē zāļu pārrakstīšanu vai pārskatāmības trūkumu par to, vai klients zāles vispār ir saņēmis). Informācijas avoti par nozīmētajām zālēm SAC ir dažādi: ārstu speciālistu slēdzieni, medicīniskie ieraksti, kopijas no ģimenes ārsta ambulatorās kartiņas, izraksti-epikrīzes no slimnīcām. 3 no 22 SAC tika izmantotas Slimību vēstures (SAC Mentamed; PSIA Veselības un sociālas aprūpes centrs Sloka, Ogres pansionāts, kas vēsturiski izveidojušies no slimnīcu nodaļām). Ordināciju lapās praktiski nav atrodamu māsu paraksti kā apliecinājumi par ordināciju izpildi, kā tas ir ierasts un tiek prasīts no slimnīcām. Reti redzami paraksti vai māsu iniciāļi, kas apliecina, ka un kura māsa ir izsniegusi zāles. Savukārt, informācija par māsu, kura ieraksta zāles ordināciju sarakstā un māsu, kura tās sadala - saliek zāles penāļos, nav atrodama vispār.

4.fotoattēls Dažādu SAC ordinācijas



Pa kreisi ordināciju piemērs (vienīgais no 22 SAC), kurā ir ārsta paraksts un to māsu iniciāļi, kuras klientam izsniedza medikamentus. Vidējā attēla augšdaļā – ordinācijās nav ārsta paraksta, ir atsevišķi māsu paraksti (nav skaidrs, ko šis paraksts apliecina: ierakstu? Sadali pa penāļiem? Izsniegšanu?). Vidējā attēla lejasdaļā – nav neviena paraksta (pozitīvi atzīmējams, ka šajā ordinācijā parādās AS mērījumi, kas dod priekšstatu ārstam, kā nozīmētā terapija ietekmē asinsspiedienu). Pa labi – zāļu nozīmējumi „mazās lapiņās”.

3 no 22 SAC uzsākta klientu un pakalpojumu uzskaites sistēmu izmantošana pilota projekta režīmā, tostarp arī elektroniskas ordinācijas (1 SAC izmanto programmu, kas adaptēta Latvijas vajadzībām no Eiropas Savienības, 2 SAC izmanto vietējā ražotāja produktu VAPUS – Veselības Aprūpes Pakalpojumu Uzskaites sistēma). Ierakstu veikšana VAPUS sistēmā ir uzskatāma par progresīvu, bet šobrīd nepietiekami drošu. Tā būtu uzskatāma par drošu, ja vien tiktu ievēroti drošības principi attiecībā uz simbolu un saīsinājumu, starptautisko zāļu nosaukumu lietošanu, tajā elektroniskās ordinācijas tiktu papildinātas ar iespēju atzīmēt nozīmējumu izpildi, terapijas uzsākšanas un atcelšanas brīdi (ar referenci, kad un kāds ārsts ir to nozīmējis vai atcēlis); kurš ievadīja

¹² SPKC. Ieteikumi ārstniecības iestādēm drošai zāļu ordinēšanai un ievadīšanai
<https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4060/download>

elektroniskajā sistēmā ordinācijas, ar iespēju ievadīt vitālos radītājus. Sistēmai kopumā jāatbilst drošības prasībām par ierakstu auditācijas iespējām, kas izslēdz pierakstus un informācijas izdzēšanu.

Veicot pārbaudi, Inspekcija katrā SAC izskatīja 3 nejauši izvēlētu klientu medicīniskos ierakstus atbilstoši noteiktiem kritērijiem (klienti, kuri atradās SAC ilgāk nekā 1 gadu, ir guļoši vai mazkustīgi; ar cukura diabētu vai citām augsta riska saslimšanām) un pētīja ierakstu atbilstību ārsta ordinācijām. Jāatzīmē, ka izsekošana, kurš ārsts, kādā laika vienībā un uz kādu periodu ir nozīmējis medikamentu, aizņēma vismaz stundu. Atsevišķos gadījumos tas nav izdevies vispār. Ordināciju izpildē atbilstoši ārsta rekomendācijām konstatētas būtiskas nesakritības, kuru iemesls, visticamāk, ir zāļu pārrakstīšana, zāļu sadale izdalīšanai no mazām lapiņām (risks, ka pārrakstītajā sarakstā izmaiņas ir aizmirsts ievadīt utml.), nevis klienta ordināciju lapas (papīrformāta vai elektroniskās):

1. Klients – Ņ. M.(Nr.168/15; atrodas SAC no 18.05.2018) . Zāles Ferrum-Lek ordinētas uz 4 nedēļām februārī, bet nav atceltas un saņem tās joprojām, proti 6 mēnešus.

2. Tai pašai klientei Ņ. M. uzskaites programmā VAPUS ir norādīts Amlodipīns, bet šādas zāles nav pārrakstītajā lapiņā un tātad klients šo medikamentu nesaņem, bet VAPUSā izpilde atzīmēta kā izpildīta. Amlodipīna piemērs liecina, ka izpilde tiek atzīmēta automātiski norakstīšanai.

3. Klients E.F.(Nr.131/19; SAC atrodas no 2016.gada): Truxal nav atrodama ordinācija pacienta ambulatorajā kartē – nav saprotams, kurš ordinējis, cik ilgi klients jau saņem un vai ģimenes ārsts to akceptējis kā turpināmu. Truxal ir atrodams 17.03.2016. izrakstā no slimnīcas, tātad klients tās regulāri saņem 4 gadus bez apliecinājuma, ka šādas ordinācijas joprojām ir spēkā un ģimenes ārsta akceptētas, klientam nepieciešamas.

4. Izrakstā no slimnīcas Torasemid (10 mg) nozīmēts pārdienās, zāļu „lapiņā” Torasemid (10 mg) nozīmēts katru dienu, “zāļu lapiņā” atrodams arī (visticamāk, palicis no iepriekšējām ordinācijām) arī Spirix (25mg), līdz ar to pacients SAC saņem pārlieku lielu diurētiku devu. Ordināciju izmaiņu apliecinājumu medicīniskajos ierakstos atrast neizdevās (skat.4.att.).

5.fotoattēls

Zāļu nozīmējumu salīdzinājums: izrakstā no slimnīcas un SAC ordinācijā/„lapiņā”

ATJAUNOTS UZ 19.09.2020.

1.MĀJA

8. [redacted] "Gaismas", Gīve

Siguldas nov. LV-2154, dr. I. Janmire (29389312)

RĪTIS	VAKARS	PAMPERI
Cigirin/Sandimmun (50mg) 1tab. CellCept (250 mg) 2tab. Concor (5mg) 1tab./Coronal/ Bisoprololi Torasemids (10mg) 1tab. Spirix (25mg) 1tab. Ventolin 1pū.	Orfalin (3mg) 1/2tab. (vai Xarelto 15mg) 2. CellCept (250 mg) 2tab. Cigirin/Sandimmun (25mg) 1tab. Kventiax (25mg) 1tab. Vigantol 6pil.	M vienreizējās lietošanas bičsītes 2 gab.

Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību
"PAULA STRADIŅA KLĪNISKĀ UNIVERSITĀTES SLIMNĪCA"
Vienotais reģ. Nr. 40003437109 • Pilsoņu iela 13, Rīga, LV-1002
Iestādes kods 6000-11803
Reģistrācijas tālrunis 67069280
Adresāts: Cien. ģimenes ārstam

KONSULTANTA SLĒDZIENS

Pacienta vārds, uzvārds: [redacted]

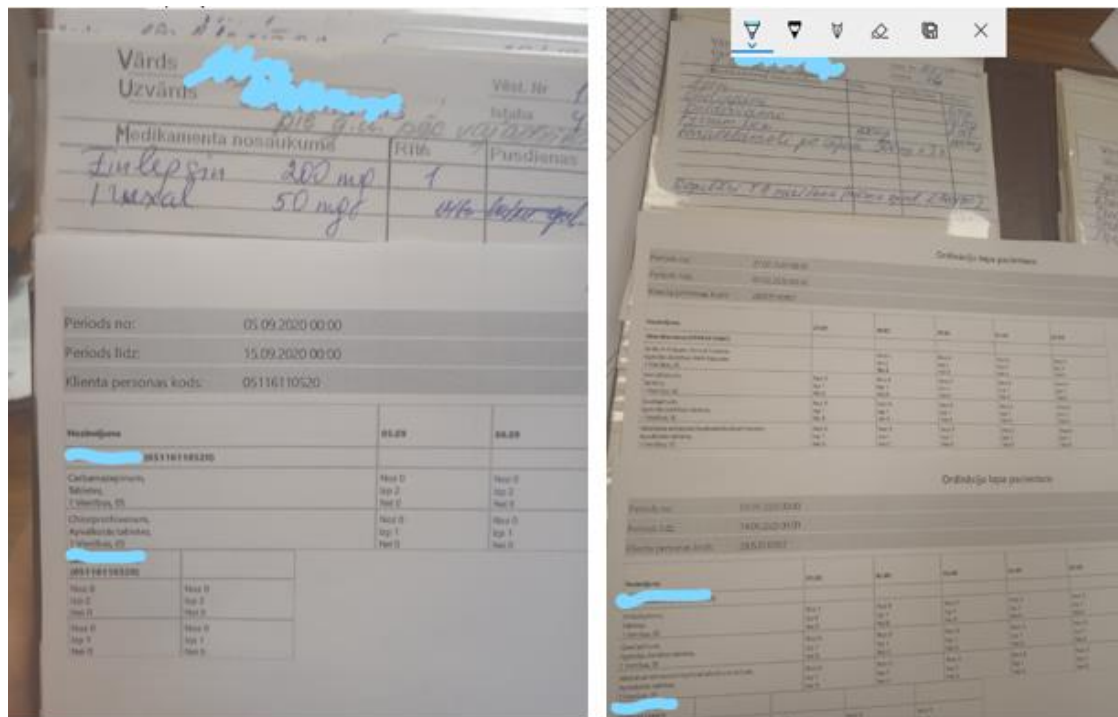
Rekomendācijas (izmekļumi, ārstēšana, režīms):

- Nieres transplantācija apmierinoša: apr. GFR 85 mL/min.
- Imūnsupresīvā terapija turpināt Cap. Cell-Cept 500 mg 2 x dienā, Cap. Neoral 50 mg no rīta un 25 mg vakarā.
- Pārējo komplikāciju ārstēšanai:
 - Turpināt kardiotiskus medikamentus: T. Concor 5 mg dienā, vakarā, T. Cardace 2.5 mg dienā, no rīta un Tab. Torasemid 10 mg pārdienās.
 - Tab. Xarelto 15 mg 1 x dienā.
 - Inhalācija: Salvia 9222 2x dienā un Spiriva 18 µg x 1d.
 - Sol. Vigantol 6 pil. X 1d.
- Urīna nesaturēšanai rekomendē izrakstīt valsts kompensētos pampurus.
- Pārveida kārtā nogūta pie transplantologa, lai lemtu jaūtājumu par iespējamo A-V fistulas sāgšanu (10.08.2020, 11.08.2020).
- Kontroles pie transplantācijas nefrologa ik pēc 3 mēn., nākamā kontrole 01.10.2020 g.
- Izraksta kompensējamā E-receptes, kā arī nosūtījumu uz laboratoriskiem izmekļumiem.
- Pirms analīžu nodošanas nedrīkst cīklosporināt!

Datums: 02.07.2020.g. Ārsts: Imants Pūlmanis (paraksts, zīmogs) Asins. Prof. [redacted]

Citi drošības riski zāļu aprītē saistīti ar vāju SAC digitalizāciju. Trūkumi vāji attīstītajās SAC uzskaites programmās, programmu neesamība, personāla zemas datorprasmes, darba organizācijas nepilnības, visi šie faktori kopumā uztur personāla vēlmi pārrakstīt ordinācijas „mazās lapiņās” vai atsevišķos sarakstos, lai būtu ērtāk veikt zāļu sadali („mazās lapiņās” saliktas polietilēna „kabatiņās”, tajās tiek norādīti klienta vārds, uzvārds, istabiņas numurs; „kabatiņās” saliktas secīgi atbilstošu istabiņu numerācijai- skat.5.att.).

6.fotoattēls
Atšķirības SAC el.ordinācijās un sadales „lapiņās”



Pa kreisi- zāļu devu nesakritībā elektroniskajās ordinācijās un pārrakstītās lapiņās (autora piezīme: nosaukumi, kas vizuāli ir atšķirīgi, ir pareizi, jo ordinācijās tika izmantots starptautiskais nosaukums, bet „lapiņā”- konkrētā preparāta nosaukums); Pa labi – zāles Ferrum lek, kas medicīniskos ierakstus izrakstīts uz 1 mēnesi, bet sadalēs „lapiņās” tas nav izņemts un tika dots praktiski 6 mēnešus. Atcelts Inspekcijas pārbaudes laikā.

Inspekcija saskata sekojošus ar zāļu ordinēšanu, sadali reizes devās un izdalīšanu/ievadi saistītus riskus:

1. pārrakstīšana, papildināšana, ko veic māsa bez saskaņošanas ar ģimenes ārstu/SAC ārstu;
2. laika rāmja (nozīmējums uz laiku) izsekošanas grūtības pārrakstīšanas procesā;
3. ordināciju apstiprināšana no ārsta puses;
4. neesošs process, kas tiek rekomendēts starptautiskajā praksē, tai sk. norādīts iepriekš minētajā ESAO darba dokumentā –zāļu terapijas regulāra pārskatīšana (*review of medication*) mijiedarbības, lietošanas nepieciešamības izvērtēšanai KOPUMĀ;
5. dažviet – ordināciju lapu neesamība. To vietā tiek izmantotas lapiņas, burtnīcas un tml.-ordināciju neizpildes vai dubultas izpildes risks;
6. elektroniskās sistēmas – esošās elektroniskās sistēmas pamatā izstrādātas norakstīšanai, nevis kā ordinēšanas sistēmas, ar lielu kļūdīšanās risku, ja sāktu izmantot ordinēšanai-ievadei (piemēram, nav tablešu devu, ievades veida atzīmēšanai lieto ciparus, kas ir maldinoši utml.);
7. riska zonā – arī dažādām akūtām situācijām epizodiski lietotas zāles – pretsāpju, pret paaugstinātu asinsspiedienu, pret temperatūru, insulīna devas, zāles miegam – parasti netiek dokumentētas ordināciju lapā, labākajā gadījumā – dežūru burtnīcā.

Izmaiņas ordinācijās ir cieši saistītas ar ģimenes ārsta lomu sociālās aprūpes iestādēs – zāļu ordināciju apstiprināšanu. Izrakstot no stacionāra vai pēc speciālista konsultācijas, pacientam tiek izsniegts izraksts, kurā speciālists norāda rekomendācijas, kas īstenojamas ģimenes ārsta uzraudzībā (šis punkts ir iekļauts praktiski visos izrakstos- turpināt ārstēšanu ambulatori ģimenes ārsta uzraudzībā), līdz ar to zāļu turpināšana, saskaņojot no jauna nozīmētās ar jau iepriekš ordinētajām, ir ģimenes ārsta kompetencē, bet SAC kā klienta pārstāvis realizē (atbalsta) klienta pienākumu izpildīt rekomendācijas. **Ja SAC strādā Ārsts, kurš nav ģimenes Ārsts, šie pienākumi un atbildība saskaņojami, nodrošinot, ka ģimenes Ārsts ir informēts par sava pacienta ārstniecības procesa turpināšanu.**

SAC būtu jābūtu atrunātam un dokumentētam procesam, kā māsa saskaņo ar ģimenes ārstu ordinācijas pēc klienta izrakstīšanas no stacionāra (vai pēc speciālista konsultācijas) līdz ģimenes ārsta veiktai ambulatorai apskatei un ordināciju apstiprināšanai. Veicot izmaiņas ordināciju sarakstā, māsai būtu jānorāda zāļu nozīmēšanas datums un dokuments, uz kā pamata māsa izmaiņas veic (piemēram, 28.okt., neirologs, izraksts no stac.), savukārt, ārstam veicams saskaņojums, veicot ierakstus ambulatorajā kartē un saskaņojot izmaiņas zāļu ordinācijās.

Markējums zāļu izdales procesā

Zāles, sadalot ievades devās pārsvarā vadoties no pārrakstītiem sarakstiem vai „mazām lapiņām”, saliek penāļos, nelielās „kastītēs”, „korķīšos”. Nelielos SAC (līdz 100 klientu) zāles tiek saliktas zāļu penāļos uz vairākām dienām, pat uz nedēļu. Lielos SAC (virs 100 klientu) tās tiek dalītas katru dienu. Parasti māsa, kas saliek medikamentus izdalīšanai nav tā pati māsa, kura pārraksta medikamentu nosaukumus ordinācijās pēc ārsta vizītes, konsultanta apmeklējuma vai izrakstīšanas no stacionāra. Savukārt, māsa, kura izsniedz medikamentus klientam (vidēji lielos un lielos SAC), nav tā pati māsa, kura zāles reizes devās saliek zāļu penāļos (kastītēs).

Šādā zāļu izdales procesā ir saskatāmi būtiski riski. Māsa, kura fiziski iedod klientam zāles, ja trauciņi nav marķēti ar zāļu nosaukumiem un devām, nevar uzņemties par to atbildību – viņa dod zāles, pati nezinot, ko dod.

7.fotoattēls

Zāļu izdales piemēri.



Pa kreisi – zāļu sadales rati ar labi strukturētu zāļu penāļu uzglabāšanas formu, pa labi – zāļu sadalei tiek izmantoti pudeļu „korķīši”, kuri izvietoti koka paplātē ar nodalījumiem, kas atbilst vienas klientu istabiņai (zālēs uzglabājās atvērtā veidā, klienta identifikators ir viens, nevis divi, pie tam tas ir piestiprināts pie paplātes sienas. Vienā nodalījumā tiek uzglabāti divu klientu zāles, „korķīši” ir viegli pārvietojami. Šāda veida zāļu izdaiļi ir augsts zāļu sajaukšanas risks).

Pārbaudes laikā Inspekcija saskarās ar dažādiem viedokļiem attiecībā uz to, kas īsti ir **zāļu marķēšana**: vai ar to jāsaprot pacienta identifikāciju (vismaz ar diviem identifikatoriem: vārds, uzvārds – viens identifikators; dzimšanas gads vai vecums - otrs identifikators), vai arī zāļu nosaukums un devas. Zāļu marķēšanas ieteikumi atrodami SPKC ieteikumos drošai zāļu ordinēšanai un ievadīšanai.

Tā kā medikamenti netiek izsniegti klientam no zāļu iepakojuma (pēc būtības zāles māsu kabinetā sagatavo izdaiļi, uzreiz neiedod un neievada) tās būtu jāmarķē, marķējumā norādot, kuram pacientam (ja lieto zāles – klients būtībā ir ambulators pacients) tās zāles paredzētas un kādas

zāles tiek izsniegtas. Jābūt saprotamam – kādas zāles penāļos atrodamas, kuram tās domātas. Nevajadzētu marķēt tad, ja no iepakojuma tableti izņemtu klienta klātbūtnē un uzreiz iedotu, kā tas notiek VSAC klientiem ar psihoneiroloģiska rakstura saslimšanām (VSAC „Latgale” filiāle „Mēmele” zāles tiek dalītas no zāļu oriģināla iepakojuma ēdnīcas priekšstelpā pirms ēdienreizēm, izmantojot speciālos ratiņus).

8.fotoattēls
Zāļu sadales penālis.



Vienīgā SAC piemērs, kurā papildus klienta uzvārdam norādīts medikamenta nosaukums un tā deva.

Jāatzīmē, ka praksē uz lietojamiem medikamentu penāļiem ir grūti izvietot prasāmo informāciju pilnā apjomā.

SAC daudzi klienti ierodas ar savām personīgajām zālēm, daži no viņiem vēlās turpināt lietot savas zāles patstāvīgi. Pārņemot klienta zāles, zāļu inventarizācija SAC nenotiek. Dažu klientu specifiskās zāles uzglabā mūsu postenī, skapjos, marķētas ar klienta uzvārdu. Inspekcijas ieskatā, ir svarīgi, lai arī šīs zāles tiek uzskaitītas kopējā zāļu aprītē, un būtu redzamas ordinācijās.

9.fotoattēls.
Klientu personīgo zāļu uzglabāšanas skapis.

SAC ģimenes ārstam, ņemot vērā klienta aprūpes līmeni, jānosaka, vai clients var lietot zāles patstāvīgi, tomēr arī šajā gadījumā saglabājas zāļu centralizēta izsniegšana. Pārņemot klienta zāles uzglabāšanai, māsai jāpārlicinās, ka pacienta zāles ir skaidri identificējamās (redzams pilns zāļu nosaukums, deva), iepakojums nav bojāts, derīguma termiņš ir skaidri saredzams, un zāles ir derīgas). Pacienta zāles jāuzglabā zāļu skapī atsevišķi no SAC zālēm, marķējot tās ar pacienta identifikatoriem un norādi par pacienta personīgajām zālēm. Personīgo zāļu lietošana jāatrunā SAC zāļu aprites kārtībā, veidojot atsevišķu sadaļu, atrunājot, kādā veidā šīs zāles tiks uzskaitītas kopējā zāļu aprītē un zāļu ordinācijās.

Tā kā tikai nedaudzi SAC reģistrējuši veselības punktus ārstniecības iestāžu reģistrā, SPKC ieteikumi ārstniecības iestādēm drošai zāļu ordinēšanai un ievadīšanai lielākajā daļā SAC netiek izmantoti un līdz šim arī nav šādā kontekstā kontrolēti no Inspekcijas puses, jo šādu konkrētu prasību nav MK 220.



Zāļu aprites process tomēr nebeidzas ar zāļu izvietojumu plauktos pēc to iegādes, bet zāļu norakstīšana pēc būtības ietver sevī arī zāļu izlietošanu, tātad arī sadali un ievadi katram individuālam klientam (pacientam), tāpēc normatīvais regulējums attiecībā uz zāļu drošu apriti Inspekcijas ieskatā būtu pārskatāms un papildināms. Pārbaudes laikā Inspekcija secināja, ka **nevienā no pārbaudītajiem sociālās aprūpes iestādēm netiek nodrošināta zāļu marķēšanas laba prakse pilnā apmērā** (vismaz divi pacienta identifikatori un zāļu nosaukums ar zāļu devu).



Starptautiskajā praksē izmanto divus risinājumus: zāļu marķēšanu ar uzlīmēm (kā to veic precēm tirdzniecības centros), izmantojot klientu sistēmas datus/ordinācijas (šis variants būtu piemērojams Latvija pēc SAC digitalizācijas – uzskaites programmu ieviešanas) vai veic zāļu fasēšanu SAC klientam tuvākās aptiekās (Inspekcijas ieskatā tas ir pētāms jautājums, saistīts ar aptieku iespējām izmantot specifiskas tehnoloģijas un elastīgi reaģēt uz zāļu ordināciju izmaiņām).

Drošības riski zāļu aprītē

Zāļu aprites process – nopietns, sarežģīts ārstniecības process, kurā jau pēc būtības saskatāmi augstas pakāpes drošības riski, tāpēc ir ieviešami risku mazinoši pasākumi gan īstenojot normatīvo aktu prasības (LV-MK220), gan izstrādājot vadlīnijas/rekomendācijas/ieteikumus un ieviešot tos praksē (LV – SPKC ieteikumi ārstniecības iestādēm drošai zāļu ordinēšanai un ievadīšanai). Pārbaudes laikā Inspekcija nesaskatīja nopietnus riskus zāļu iegādē, uzglabāšanā, uzskaitē (izņemot klientu personīgo zāļu lietošanas gadījumus, kur uzskaitē ir reducēta) un iznīcināšanā, jo šie procesi tradicionāli tikuši uzraudzīti no Inspekcijas puses atbilstoši MK220 prasībām. Savukārt, zāļu izlietošanas procesā, kas ietver **zāļu precīzu sadali atbilstoši ārsta nozīmējumiem (ieskaitot ordināciju aizpildīšanu) un zāļu marķēšanu** konstatēja nopietnus drošības riskus un trūkumus.

1. **Esošā prakse** zāļu ordināciju aizpildīšanā tiek vērtēta ka **augsta riska process** zāļu ordināciju ierakstu un ordināciju **izmaiņu NEpārskatāmības dēļ**.

MK 220 48.punkts: Zāles lieto, pamatojoties uz ārstniecības personas ierakstu slimības vēsturē vai ambulatorā pacienta medicīniskajā kartē, kas nozīmē to, ka:

- visiem zāļu nozīmējumiem jābūt nepārprotami dokumentētiem, viegli izsekojamiem gan nozīmējuma laika ziņā, gan tās ārstniecības personas ziņā, kura šīs zāles ordinējusi, gan tām personām, kas veica ierakstus ordinācijas lapā, kas sadalīja un izsniedza klientam/pacientam nozīmētas zāles, gan jebkurām izmaiņām devā vai lietošanas biežumā, ilgumā, izlietojumā;
- veicot izmaiņas ordināciju sarakstā, māsai būtu jānorāda zāļu nozīmēšanas datums un dokuments, uz kā pamata māsa izmaiņas veic (piemēram, 28.okt., neirologs, izraksts no stac.), savukārt, ārstam veicams saskaņojums, veicot ierakstus ambulatorajā kartē un apstiprinot izmaiņas zāļu ordinācijās;
- zāļu ordināciju lapā būtu jāparādās jebkurām zālēm, kuras māsa kādu veselības iemeslu dēļ ar vai bez mutiska utml. saskaņojuma ar ārstu dod klientam, norādot zāļu nosaukumu, datumu, iemeslu (māsu dokumentācijā). Ārstam, lai pieņemtu

klīniskus lēmumus, jāredz visu zāļu ordināciju kopaina (tai sk.papildu iedotas asinsspiediena, temperatūras vai pretsāpju zāles, insulīns utml.);

- elektronisko ordināciju attīstība un ierakstu veikšana VAPUS sistēmā ir uzskatāma par progresīvu, bet šobrīd nepietiekami drošu. Tā būtu uzskatāma par drošu, ja vien tajā elektroniskās ordinācijas tiktu papildinātas ar iespēju atzīmēt nozīmējumu izpildi, terapijas uzsākšanas un atcelšanas brīdi (ar referenci, kad un kāds ārsts ir to nozīmējis vai atcēlis); ar iespēju ievadīt vitālos rādītājus un sistēmā kopumā pastāvētu drošu ierakstu auditācijas iespējas, kas izslēdz pierakstus un informācijas izdzēšanu;
 - nav pieļaujam zāļu pārrakstīšana no ordinācijām „mazās lapiņās” vai citā „sarakstā”, kas ievērojami palielina zāļu sadales riskus;
 - SAC pilnveidojama zāļu sadales kārtība, iekļaujot tajā precīzas un konkrētas rīcības katrai procesā iesaistītajai personai, nosakot katras personas atbildību, sākot no brīža, kad ĢĀ izraksta zāles līdz brīdim, kas klients saņem zāles. Zāļu sadales kārtība papildināma ar detalizētu aprakstu kā rīkoties ar klienta personīgajām zālēm, iekļaujot to uzskaites sistēmā un norādot klienta ordinācijās, ja tās tiek lietotas;
2. Pastāvoša prakse Zāļu marķēšanā pārbaudītajos SAC svārstās starp vidēja riska un augsta riska procesiem. Praksē marķēšanas process ir attiecināms uz zāļu konteineriem, kuros glabājas vienas zāļu reizes deva (penāļi, speciālie rati, zāļu planšetes), kā tvertnes ir identificējamas, izmantojot vismaz 2 klienta identifikatorus, un kā tiek marķēti medikamenti (nosaukums un deva), kas atrodas tvertnē. **Īstermiņa medikamentu uzglabāšanu pirms izsniegšanas klientam Inspekcija kopumā vērtē kā vidēji drošu, klienta identifikāciju – kā vidēji drošu, zāļu nosaukumu un devu marķēšana ir vērtējama kā augsta riska process visās sociālās aprūpes iestādēs, tomēr šo risku mazināšanai nepieciešami sistēmiski risinājumi, kā piemēram, marķējuma uzlīmes no elektroniskās sistēmas vai arī zāļu sadale ievades devās jau aptiekā, kā tas ir līdzīga tipa iestādēs citās valstīs.**

13.Drošības riski, kas saistīti ar medicīnisko dokumentāciju

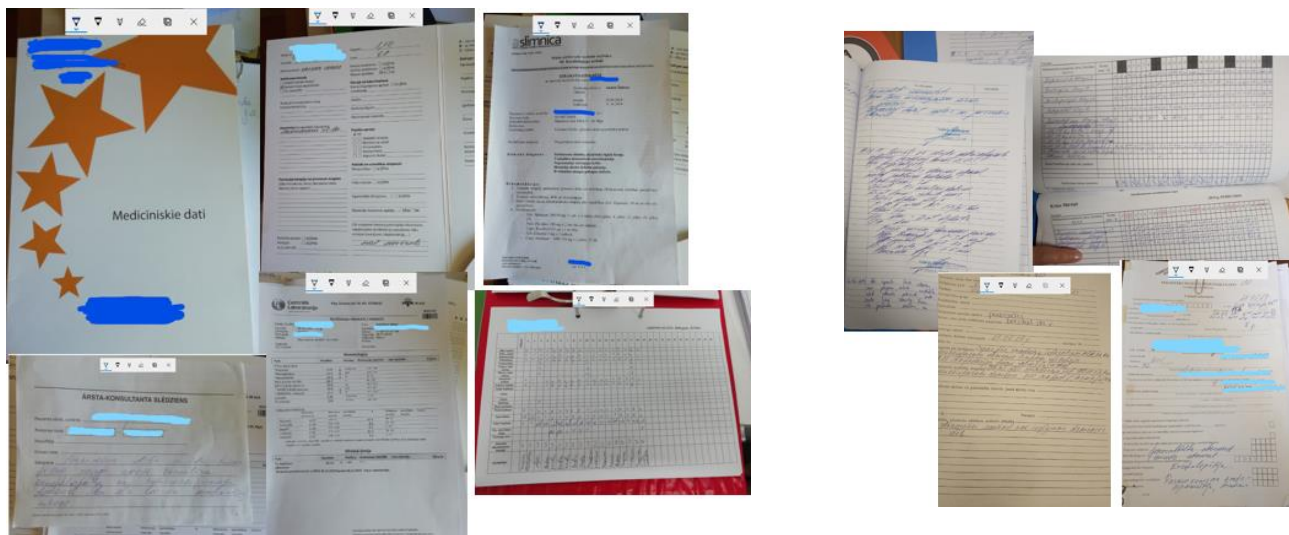
- Medicīnisko ierakstu (veselības stāvokļa izmaiņu) **NEizsekojamība**;
- Slimību un notikumu apkopojuma trūkums (MK 265. p.17);
- Ordināciju lapu nepilnības;
- Vitālo rādītāju dokumentēšana;
- Uzņemtā uztura un šķidruma daudzuma dokumentēšana;
- Maiņas pieņemšanas-nodošanas žurnālu lietderība – māsu un aprūpētāju komandas darba riski, neefektīva komunikācija;
- Dokumentācijas, kas būtu sniedzama slimnīcai (NMPD), iztrūkums, klienta lietas nepieejamība NMPD izsaukuma laikā ārpus māsas darba laika;

Medicīniskie ieraksti

SAC, uzņemot klientu, jāsaņem no ģimenes ārsta izziņa par personas veselības stāvokli (forma 027/u), kurā sniegta informācija par pacientu, ārstēšanās kursu, galvenās veselības problēmas, diagnozes, zāles, ko lieto pacients un ieteikumus tālākam ārstēšanas posmam. Visos pārbaudē iekļautos SAC personāls atzīmē, ka liela daļa no ģimenes ārstiem nesniedz pilnu informāciju par pacientu, izziņās nav norādīti visi medikamenti, ko lieto pacients, nav norādītas visas galīgās diagnozes. Šādos gadījumos informācija par klienta veselības stāvokli, anamnēzi, lietojamiem medikamentiem, nepieciešamo papildus aprūpi tiek iegūta no klienta vai radniekiem, kā arī sazinoties ar ģimenes ārstu vai speciālistiem.

SAC klienta medicīniskie ieraksti sociālās aprūpes iestādēs tiek veidoti dažādi, īpašas prasības, kas būtu attiecināmas uz SAC medicīnisko dokumentāciju nepastāv. SAC iestādes, kas ir reģistrētas kā ārstniecības iestādes, vai kuros ir reģistrēts veselības punkts, izmanto ambulatorā pacienta medicīniskās kartes, retāk stacionārā pacienta medicīniskās kartes ietvaru. SAC iestādēs, kas nav reģistrētas Ārstniecības iestāžu reģistrā, arī tās, kur reģistrēts veselības punkts, uzglabā atsevišķus ierakstus, ģimenes ārsta ierakstu kopijas, izrakstus no stacionāriem, speciālistu konsultāciju izrakstus, analīžu rezultātus, signālatzīmes, izmeklējumu oriģinālus vai kopijas. Šī dokumentācija bieži salikta haotiski, neievērojot hronoloģiju, tāpēc tajā grūti orientēties. SAC medicīniskais personāls norāda, ka visa informācija tiek uzglabāta pie ģimenes ārsta viņa praksē, un, lai uzturētu medicīniskos ierakstus iestādē, nākas kopēt to, kas ir pieejams. Vienā no iestādēm ģimenes ārstam, kas pieņem klientus SAC telpās, tika nodrošinātas paškopējošas lapiņas, lai varētu uzturēt ģimenes ārsta medicīniskos ierakstus, pieejamus SAC. Šāda duāla situācija, kad informācija par klientiem (kas ir klienti ar 3. un 4.aprūpes pakāpi, polimorbīdi, saņem sarežģītas zāļu kombinācijas, tā saucamā polifarmācija) tiek uzturēta ģimenes ārsta praksē un zemā kvalitātē ir pieejama SAC, rada nenoteiktību, nepārskatāmību, nozīmējumu izsekošanas grūtības un līdz ar to pacientu drošības riskus klientu ārstēšanas procesā.

11.fotoattēls. Medicīniskie ieraksti.



Pa kreisi – atsevišķi izraksti, analīžu rezultāti, konsultantu slēdzienu kopijas, neievērojot hronoloģiju, brīvā veidā ievietoti mapē „Medicīniskie dati”. Pa labi – SAC, pārsvarā VSAC, izmantojamā “slimību vēstures”(stacionārā pacienta medicīniskās kartes) forma.

Slimību un notikumu apkopojuma trūkums

MK 265 p.17. nosaka, ka viena no ambulatorās ārstniecības iestādes medicīnisko ierakstu sastāvdaļām ir apkopojums. [...Apkopojums satur šādu informāciju: galīgā diagnoze; ziņas par iepriekš pārciestajām slimībām (arī infekcijas slimībām) un traumām (pēc pacienta vārdiem); zināmās svarīgākās ķirurģiskās un invazīvās procedūras; zināmās nelabvēlīgās un alerģiskās reakcijas; ziņas par medikamentiem, kas lietotami regulāri. Apkopojums atrodas pacienta ambulatorajā kartē vienā un tajā pašā vietā. To aizpilda pirmreizējas saslimšanas gadījumā un hroniskas saslimšanas paasinājuma gadījumā, pacientam pirmo reizi apmeklējot ārstniecības personu. Turpmāk apkopojumu ārstniecības personas papildina pēc pacienta apmeklējuma. Ja nozīmīga informācija par pacientu atrodas arī vēl kādā citā medicīniskajā ierakstā, apkopojumā ir rakstiska norāde, kur atrodama attiecīgā informācija. Diagnozi vai stāvokļa novērtējumu nav nepieciešams norādīt atkārtoti vienas un tās pašas ārstēšanas laikā...]. Inspekcija uzskata, ka šāda veida apkopojums svarīgs gan ģimenes ārstam, gan SAC. Īsa veida apkopojums ar informāciju par klienta regulāri lietojamam zālēm, iespējamām alerģiskajām reakcijām, nozīmīgajām diagnozēm un citu būtisku informāciju (izgulējumi un tml.) būtu svarīgs arī nodošanai NMPD/stacionārā, klientu

hospitalizējot. Diemžēl, Inspekcijai neizdevās pēc nejaušības principa izvēlētajās klientu lietās iegūt apliecinājumus šādiem apkopojumiem.

Ordināciju lapu nepilnības (daļēji aprakstīti iepriekšējā 12.sadaļā „Drošības riski zāļu aprītē”)

Inspekcija pozitīvi vērtē SAC, kas zāļu nozīmējumos izmanto ordināciju lapas papīra formātā un uzskata par progresīvu elektronisko ordināciju izmantošanas attīstību. Tā kā SAC ilgstoši uzturas klienti ar 3. un 4.aprūpes līmeni, ar komplicētām hroniskām saslimšanām un sarežģītu kombinētu zāļu terapiju, **ordināciju lapa ir izcils rīks klienta novērošanai dinamikā** (zāles, vitālie rādītāji, manipulācijas ir redzamas vienuviet noteiktajā laika periodā), **hronisko slimību paasinājumu un augsta riska saslimšanu notikumu prevencijai ar mērķi mazināt SAC klientu hospitalizāciju bez papildu resursu piesaistes.**

SAC Ordināciju lapās tiek ierakstīti zāļu nozīmējumi. Stacionāros apstiprinātajās ordināciju lapās (MK265; 3. pielikums 4. ieliekamā lapa veidlapā Nr.003/u) paredzēts veikt ierakstus par veicamām manipulācijām un vitāliem mērījumiem. SAC ordināciju lapās tiek atzīmētas pastāvīgi dotas zālēs, **bet ļoti reti tās zāles, kas tiek dotas pēc ārsta mutiska nozīmējuma akūtā situācijā** (parasti saistībā ar psihiska rakstura paasinājumiem, pie temperatūras, sāpēm. paaugstināta asinsspiediena u.c.). Pārskatāmības dēļ SAC ordināciju lapā ir mērķtiecīgi veikt nozīmējumus un ierakstus, piemēram, par izgulējumu apstrādi; stomas aprūpi, atzīmēt katetra ievietošanu). 12.sadaļā tika minēti riski, kas saistīti ar zāļu ierakstīšanu ordinācijās, ka Ordināciju lapās reti kad parakstās māsa, kura sadala un izsniedz medikamentus, bet tajā nav ārsta paraksta vai references uz ārstu, kurš un kad ir nozīmēja zāles un nav māsas paraksta, kura aizpildījusi ordināciju lapu.

Inspekcija ir guvusi tikai dažus apliecinājumus, ka sistemātiskā veidā tiktu dokumentēti vitālie rādītāji, piemēram, ordināciju lapās-temperatūra; asinsspiediena mērījumi, **kā arī uztura uzņemšana un hidratācija**. Nepietiekams uzturs saskaņā ar pētījumiem ir **izplatīta parādība ITA** un var izraisīt veselības stāvokļa pasliktināšanos¹³. SAC aprūpes dokumentācijā tika veiktas atzīmes par uztura uzņemšanu, dokumentējot ēdiena izsniegšanas faktu, bet ne uzņemto ēdiena daudzumu (piemēram, vai klients izēdis visu porciju vai tikai kādu daļu vai atteicies vispār). Pēc Inspekcijas ieteikuma pārbaudes laikā, vairāki SAC jau uzsāka dokumentēt ēdiena daudzumu. Līdzīgi, uzņemtā šķidruma daudzuma dokumentēšanā ir nepilnības, bet uzņemtā šķidruma daudzums ir būtisks jo īpaši akūtu saslimšanu gadījumos.

Vitālo rādītāju mērījumu rezultātu pierakstīšanai vai uzskaitē ir liela nozīmē, piemēram, asinsspiediena rādītājiem, ja pacients saņem antihipertensīvo terapiju; cukura rādītājiem, ja klientam ir cukura diabēts; uzņemtā un izvadītā šķidruma daudzums; uzvedības izmaiņas un tml), kurus lietderīgi izvērtēt dinamikā kontekstā ar lietojamiem medikamentiem. Mērījumu rezultāti tiek reģistrēti māsu maiņas nodošanas žurnālā (papīra formātā) un tā informācija īslaicīgi ir vērtīga, bet kopumā nedod priekšstatu par klienta stāvokļa izmaiņām ilgākā periodā. Vitālos rādītājus iespējams dokumentēt ordinācijās vai arī ieviešama papildu lapa pārskatāmā veidā, lai varētu izvērtēt klienta veselības stāvokļa izmaiņas dinamikā. Inspekcija vērs uzmanību, ka, atzīmējot pārskatāmā veidā

¹³OECD Health Working Paper No. 121

191. Nepietiekams uzturs ir izplatīta parādība ITA. Vecākām iedzīvotāju grupām nepietiekams uzturs var izraisīt vai pasliktināt nestabilitātes stāvokli un izraisīt intensīvāku pieprasījumu pēc aprūpes pakalpojumiem. Turklāt nepietiekams uzturs var veicināt saslimstības, noved pie esošo slimību prognozes pasliktināšanās un palielina saslimšanas risku, mirstību (Srp, 2007 [205]). Pētījumi par pansionāta iemītniekiem Itālijā atklāja, ka vairāk nekā 30% iedzīvotāju bija nepietiekams uzturs, un vēl 50% bija pakļauti riskam (Pezzana et al., 2015 [206]). Turcijā vairāk nekā 10% pansionātu iedzīvotāju ir nepietiekams uzturs, un gandrīz 40% tika konstatēts, ka viņiem ir nepietiekama uztura risks (Cankurtaran et al., 2013 [207]).

192. EUR tiešās malnutrīcijas izmaksas tiek salīdzinātas ar Īrijas veselības sistēmas budžetu - USD 764,95 miljoni gadā jeb 6% no veselības aprūpes budžeta (Abizanda et al., 2016 [208]).

193. Tāpat kā citu nelabvēlīgu notikumu gadījumā, nepietiekama uztura novēršana prasa, lai pakalpojumi būtu koncentrēti uz kvalitatīvu aprūpi, tostarp uztura un uztura pieejamības nodrošināšanu, atbalstu. Nepietiekamu uzturu var novērst arī ar farmācijas palīdzību, pārskatot opioīdu, antipsihotisko līdzekļu lietošanu un polifarmāciju.

gan ierastās, gan mutiskās ordinācijas, kā arī konkrētā reizē ārpus nozīmējuma vai pēc vajadzības gadījuma dotās zālēs un veiktās manipulācijas, vitālos rādītājus, veidojas pārskatāma un viegli uztverama informācija par klienta izmaiņām veselības stāvoklī.

Mainas pieņemšanas-nodošanas žurnālu lietderība

Medicīnas māsām ir maiņas nodošanas-pieņemšanas žurnāls, kurā raksta svarīgāko informāciju par klientu (piemēram, ja izsaukta NMPD, ja iestājies jauns klients, ja klients bijis nemierīgs, nav gulējis utt.), par problēmām, par izmaiņām, tai skaitā veselības stāvoklī, būtiskas lietas aprūpes procesā.

Aprūpētājiem ir savs maiņas nodošanas-pieņemšanas žurnāls, kurā tiek rakstītas arī medicīnas māsām svarīgas lietas, medicīnas māsa lasa arī šo žurnālu. Inspekcija salīdzināja abu žurnālu saturu.

Aprūpētāju žurnāla ierakstu grupas	Māsu žurnāla ierakstu grupas
Temperatūra	Temperatūra
Maz ēd (1; 1/2; 1/4; 0)	Asinsspiediens,
Maz dzer	Pulss
Sauss pampers	Elpošana,
Kritiens	Sausa āda
Izgulējums	Nav ēstgribas,
Sāp, vaid	Akūtas ordinācijas
Savāds	Akūta procedūra
Agresīvs	Nemierīgs
citi	citi

Inspekcija nav konstatējusi drošības riskus abu žurnālu uzturēšanā, bet apšaubā tās lietderību, jo izvērtējot abu žurnālu informāciju, nonāca pie secinājuma, ka tie satur svarīgu informāciju abiem dienestiem un būtisku iemeslu, kāpēc lai neizmantotu vienotu maiņas nodošanas-pieņemšanas žurnālu nav. Turklāt, Inspekcijas ieskatā svarīgs ir komandas darbs starp māsu un aprūpētāju. Savukārt, ja būtiski vitālo funkciju rādītāji fiksēti tikai dežūrburtnīcas ierakstos, ir visai grūti iegūt pārskatāmu informāciju par klienta stāvokļa izmaiņām dinamikā (piemēram, asinsspiediena izmaiņām, sāpēm, papildus dotām zālēm, pulsa frekvenci u.c.-izmaiņas aktivitātē, vēdera izejā, izgulējumi, cukura līmenis).

Inspekcija aicina SAC **izvērtēt apvienota (māsu un aprūpētāju) (elektroniskā vai papīra formātā) maiņas nodošanas žurnāla izmantošanu**, jo ieraksti aprūpētāju un māsu žurnālos ir lietderīgi abu jomu darbiniekiem, ir saistīti ar klienta aprūpi un nodrošina pilnvērtīgas informācijas nodošanu. Inspekcijas ieskatā māsām informāciju par tām zālēm, kas tiek dotas pēc ārsta norīkojuma akūtā situācijā (arī telefoniski), par vitāliem rādītājiem vai to izmaiņām, jāatzīmē ordināciju lapā (vai vitālo rādītāju dokumentēšanai ieviešamas atsevišķas lapas īpaši pielietošanai akūtu saslimšanu, paasinājumu gadījumos vai situācijās, kad rodas izmaiņas klienta veselības stāvoklī) un jāieraksta Klienta medicīniskajā dokumentācijā. Tādā veidā fiksēta informācija būs viegli pārskatāma un pieejama nepieciešamības gadījumā ģimenes ārstam, speciālistam un NMPD.

Dokumentācijas, kas būtu sniedzama slimnīcai (NMPD), nepieciešamība

Pārbaudes laikā Inspekcija vērtēja, vai SAC tiek nodrošināts, ka pacienta medicīniskā dokumentācija, zāļu terapija tiek nodota/nokomunicēta neatliekamās palīdzības procesā vai pacientu stacionējot. Inspekcija secināja, ka SAC nepastāv speciāli izveidotas veidlapas vai papīra formātā nododamās informācijas, kurā būtu aizpildāma un redzama klienta saņemamā terapija, alerģijas, izgulējumu esamība un tml.

Ja izsaukta NMPD, tad brigādei tiek uzrādīta ambulatorā karte vai medicīniskie ieraksti un NMPD varot norakstīt nepieciešamo informāciju. Tomēr, daudzos SAC māsas nestrādā 24/7; nedežurē naktīs, brīvdienās un svētku dienās, līdz ar to medicīniskie ieraksti nav pieejami.

Svarīgākā informācija par klienta stāvokli, lietojamām zālēm, alerģiskām reakcijām ir svarīga ne tikai NMPD/stacionāram, bet arī SAC. Veicot šī gada augustā aptauju par jomām, kas no veselības aprūpes viedokļa ir īpaši nozīmīgas SAC ikdienas darbā, tostarp par izgulējumiem un izgulējumu profilaksi, SAC norādīja, no 266 klientiem, kas atrodas iestādē ar izgulējumiem, **102 tika ar tādējiem pārvesti no dažāda līmeņa slimnīcām, lai arī pirms stacionēšanas SAC šiem klientiem izgulējumu nebija.** Sociālās aprūpes iestādes pauda neapmierinātību ar šādu situāciju un piedāvāja, papildus minētai informācijai (par lietojamām zālēm un alerģiskām reakcijām) norādīt/atzīmēt izgulējumu esamību/neesamību pirms hospitalizēšanas, tādējādi noraidot klientu tuvinieku pārmetumus, ka SAC nepienācīgi aprūpē savus klientus.

Inspekcijas komentārs:

Pēcpārbaudes periodā, ārkārtējās situācijas izsludināšanas ietvaros, sakarā COVID-19 pandēmiju NMPD izveidoja iesniegšanai slimnīcā, kurā nogādāts klients, veidlapu „Informācija par Sociālās aprūpes centra (SAC) klienta veselības stāvokli”, kas ir labs pamats nododamai informācijai starp SAC, NMPD un stacionāru. (Sk. 2.Pielikumu. Informācija par Sociālās aprūpes centra klienta veselības stāvokli)

Drošības riski, kas saistīti ar Medicīnisko dokumentāciju

Ieraksti medicīniskajā dokumentācijā ir būtisks komunikācijas (informācijas nodošanas, apmaiņas) rīks starp aprūpē iesaistītajiem. Augstas pakāpes drošības riski SAC aizpildāmā medicīniskajā dokumentācijā ir saistīti **ar Medicīnisko ierakstu NEsakārtotību, un ar to saistīta NEizsekojamība** (uzstādīto diagnožu, pārciesto operāciju/manipulāciju apkopojuma trūkums; hronoloģiski nesakārtoti ieraksti, ierakstu uzglabāšana atsevišķu dokumentu veidā, kas ir viegli pazaudējami).

Ordinācijas lapas nav pārskatāmas, tajās netiek atzīmētas zāles, kuras ārsts nozīmē akūtā gadījumā, netiek norādīts kurš ārsts un uz kādu periodu zāles ir nozīmējis; ordinācijās nav ģimenes ārsta/ārsta apliecinājuma par zāļu saskaņošanu, kā arī nav atbildīgo māsu apliecinājumu par ordināciju lapas ieraksta pareizību, par zāļu sadali atbilstoši ordinācijas lapai, un atzīmes par medikamenta izsniegšanu.

Nav nodrošināta drošas informācijas par klienta stāvokli, diagnozēm, lietojamām zālēm nodošana/komunikācija NMPD/stacionāram.

14. Riski veselības stāvokļa pasliktināšanās atpazīšanai

(piemēram, insults, infekcijas saslimšana, sāpju sindroma maskēšana, dehidratācija un tml.)

Pārbaudes laikā Inspekcija veica intervijas ar SAC personālu (aprūpētāji, māsas, vecākā māsa, vadītā), lai gūtu pārlicību kā iestādē praksē organizēti procesi, lai nodrošinātu akūti slimu, ambulatoram aprūpes līmenim atbilstošu pacientu ārstēšanu (izolēšana nepieciešamības gadījumā, ārsta apskašu organizēšana, ordināciju izpilde, stāvokļa novērtēšana dinamikā).

Tiešā un visbiežākā saskarsmē ar aprūpējamiem klientiem ir aprūpētāji. Iestādēs, kurās nav diennakts dežurējošas māsas, tieši aprūpētāji, veicot nakts apgaites vai nakts aprūpi **varētu atpazīt** akūtas saslimšanas simptomus (karsta āda, mitra āda, šķidra vēdera izeja, klients vaid, ir savādāks, nekā parasti, nespēj parunāt, bremsēts, klientam neparasti “vājas” kājas, rokas, asimetriski sejas vaibsti). Intervijās ar aprūpētajiem uz jautājumu, kādās situācijās aprūpētāji sauc māsu vai ieraksta informāciju maiņas nodošanas žurnālā (ne visos SAC ir diennakts vai brīvdienās dežurējošas māsas) ierasta atbilde - „ja ir paaugstināta temperatūra. Tad māsa konsultējas ar vecāko māsu, kura sazinās ar ģimenes ārstu, un sauc NMPD”. Māsu atbildes ir līdzīgas - „, pamēru temperatūru, spiedienu, nododu informāciju vecākai māsai, tā iedod tabletīti, vai sazinās ar ģimenes ārstu, vai izsauc NMPD”. Situācijā, kad ģimenes ārsti veic pieņemšanas sociālās aprūpes iestādē, klientus, apskatei pieraksta māsa. Iestādēs, kurās ģimenes ārsti reti apmeklē vai neapmeklē SAC klientus,

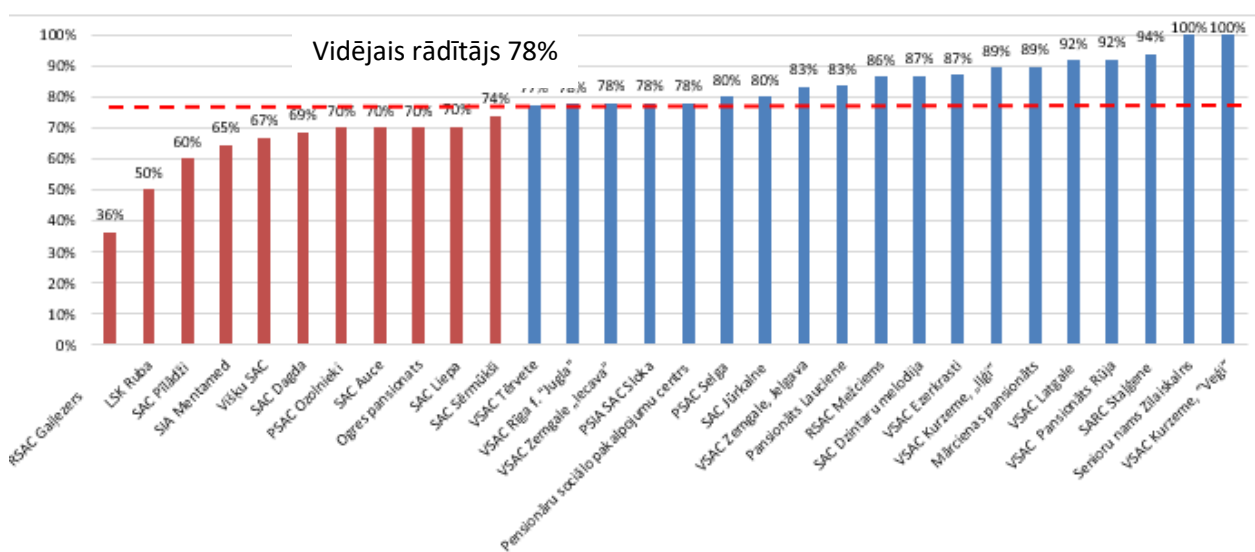
rīcība ir atkarīga no māsas kompetences un iespējas nogādāt klientu ģimenes ārsta praksē. Abās situācijās saziņa ar ģimenes ārstu notiek attālināti, parasti otrajā-trešajā saslimšanas dienā.

Inspekcija secināja, ka lai arī SAC ir procesi, kā nodrošināt akūti slimu pacientu ārstēšanu (izolēšana nepieciešamības gadījumā, ārsta apskašu organizēšana, ordināciju izpilde, stāvokļa novērtēšana dinamikā), ir iekšējās komunikācijas mehānisms, kā ārsta rekomendācijas, specifiskās aprūpes vajadzības, izmaiņas veselības stāvoklī tiek nodotas, mainoties māsai/aprūpētājam, tai skaitā māsas norādījumi aprūpētājam (maiņas nodošanas žurnāli), **personāla kompetence akūtu saslimšanu/hronisko saslimšanu paasinājuma simptomu agrīnā atpazīšanā nav nodrošināta un ir nepietiekoša**. Inspekcija neguva apliecinājumus, ka aprūpētājiem un māsām ir veiktas apmācības kā atpazīt un iespējami ātri reaģēt uz pacienta stāvokļa pasliktināšanos. **Algoritmi par akūtas saslimšanas vai paasinājuma simptomu agrīno atpazīšanu, viegli uztverami, konkrēti un saprotami personālam nav izstrādāti un netiek izmantoti**. Savukārt, akūtas saslimšanas **agrīna diagnostika un ārstēšanas uzsākšana tiek kavēta efektīvas komunikācijas ar ģimenes ārstu trūkumu dēļ** (tostarp arī konkrētas informācijas par klienta stāvokli un vitāliem rādītājiem).

Personālā zema kompetence akūtu saslimšanu/hronisko saslimšanu paasinājuma simptomu agrīnas atpazīšanā un ģimenes ārsta SAC iemītniekiem ierobežota pieejamība no vienas puses kavē ārstēšanas procesa savlaicīgu uzsākšanu, un komplikāciju attīstību; no otras puses, veicina SAC personālu nepamatoti noslogot NMPD ar ambulatora tipa izsaukumiem, īpaši pirms brīvdienām un svētku dienām. Netiešā veidā to apstiprina NMPD izsaukumu rādītāji, kas rezultējās ar hospitalizāciju. 5.grafikā redzams, ka ir iestādes, kurās tikai 36%-60% gadījumos klients pēc NMPD apskates tika nosūtīts uz stacionāru.

5.grafiks

Hospitalizāciju īpatsvars % no visiem NMPD izsaukumiem uz SAC (zems hospitalizāciju īpatsvars nozīmē, ka izsaukumu iemesli ir ambulatori ārstējami gadījumi), 2020. 1 pusgads.



Dotais rādītājs nav specifisks, līdz ar to turpmākai analīzes kvalitātes sistēmas un drošības pārvaldes ietvaros būtu lietderīgu izmantot un vērtēt dinamikā citu rādītāju, piemēram, hospitalizācijas skaitu SAC uz 1000 rezidentu dienām (ESAO darba dokumentā: *Number of hospitalizations per 1,000 long-stay resident days*) un tml. un NMP vizīšu skaits uz 1000 rezidentu dienām (*Outpatient emergency department visits per 1,000 long-stay resident days*; LV gadījumā – ambulatoru NMPD izsaukumu skaits uz 1000 rezidentu dienām), vai citādi.

COVID-19 pandēmija izgaismoja nopietnus trūkumus SAC personāla apmācībā, personāla kompetencēs. Iepriekšējās prasības attiecībā uz epidemioloģisko drošību izradījās nepietiekošas cīņā ar jauno vīrusu. Piemēram, prasība, lai SAC būtu nodrošināta 1 vai 2 izolācijas telpas infekcioziem klientiem izradījās neefektīva – iestādēm jābūt izstrādātiem, ar Inspekciju un SPKC saskaņotiem konkrētiem plāniem un rīcībai kā ātri nošķirt slimu/veselu klientu plūsmas, kā sadalīt

personālu šo plūsmu neatkarīgai aprūpei, kā nodrošināt slimo klientu uzraudzību un simptomu monitorēšanu, nodrošinot pilnvērtīgu izolāciju vismaz 30% no klientiem un ievērojot bīstamo/infekciozo atkritumu savākšanu un utilizāciju.

Akūtu saslimšanu/hronisko saslimšanu paasinājuma simptomu agrīna atpazīšanās

Inspekcijas saskata nopietnus trūkumus akūtu saslimšanu/hronisko saslimšanu paasinājuma simptomu agrīnā atpazīšanās un nepiekrīt dažu SAC vadītāju paustiem uzskatiem, ka atpazīt saslimšanas pazīmes neietilpst aprūpētāju kompetencē.

Inspekcija ieskatā aprūpētājiem (neskatoties uz to, ka māsa ir pieejama 24/7) un masām būtu jāatpazīst un jāreaģē uz klienta stāvokļa pasliktināšanas pazīmēm un neatliekamās situācijas iestāšanās (piemēram, bāla un nosvīdusi āda; asimetriska seja insulta pazīmes, paaugstināta spiediena pazīmes, sāpju sindroma izvērtēšana pacientiem ar demenci, paaugstināta un samazināta cukura līmeņa pazīmes cukura diabēta gadījumā utml.) Aprūpētājam jāpārzin simptomus, kas raksturo pēkšņus veselības traucējumus un kuriem jāpievērš uzmanība, jāzin, kā izmērīt vitālos rādītājus (asinsspiediens; pulss; elpošanas frekvence; cukura līmeņa mērīšana ar glikometru skābekļa piesātinājums/saturācija un tml.) un kā rīkoties māsas prombūtnes laikā.

Novēlota pacienta stāvokļa pasliktināšanās atpazīšana ir biežākais cēlonis neatliekamām situācijām un pēkšņiem, neparedzētiem nāves gadījumiem. Savlaicīgi atpazīstot problēmu, kāpēc SAI klienta veselības stāvoklis pasliktinās un savlaicīgi veicot ārstēšanas un aprūpes plāna korekcijas, var izvairīties no pēkšņas stacionēšanas nepieciešamības vai Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta (NMPD) iesaistes ambulatori risināmu problēmu gadījumos.

Veselības inspekcija pārbaudes un ziņojuma sagatavošanas periodā ir saņēmusi un izskatījusi vairākus tuvinieku iesniegumus, kur nepietiekama klienta veselības stāvokļa izmaiņu novērtēšana (**nesistemātiska vitālo rādītāju noteikšana vai nenoteikšana vispār, neefektīva komunikācija starp aprūpētāju un māsu, ar ģimenes ārstu izraisīta krasu klienta veselības stāvokļa pasliktināšanos, klientu tuvinieku iniciētu NMPD izsaukšanu un neatliekamu hospitalizēšanu**).

15. Riski augsta riska klientu identificēšanā un pārvaldē

Augsta riska klientu pārvalde ir viena no svarīgākajām jomām, kuras efektīvas realizācijas gadījumā SAC uzlabotu savu klientu dzīves kvalitāti un ievērojami samazinātu klientu hospitalizāciju skaitu, atslogojot slimnīcas no nepieciešamības papildus veselības aprūpei nodrošināt sociālas aprūpes pakalpojumus, kam slimnīcās nav attiecīgu resursu un kompetences.

Pārbaudes gaitā Inspekcija pētīja un vērtēja **vai SAC ir identificēti augsta riska pacienti** (pacientam vienlaikus ir vairākas slimības; pacients saņem augsta riska zāles, piemēram, insulīnu, gulošs pacients; onkoloģijas pacients, pacients ar gūžas kaula u.c. lūzumu, stomas pacients; pacients iepriekšējā gada laikā ticis atkārtoti hospitalizēts; pacientam pēdējo sešu mēnešu laikā atkārtoti saukta neatliekamā medicīniskā palīdzība; pacientam ir psihiski un uzvedības traucējumi; pacients ir nepietiekoši līdzestīgs ārsta norādījumu izpildē; pacientam tiek uzsākta jauna veida ārstēšana u.c.) **un kā SAC nodrošina risku mazinošus pasākumus augsta riska pacientiem** vai pacientu grupām, kas saistīti ar pacientu vecumu, veselības stāvokli un nepieciešamību pēc īpašās aprūpes (piemēram, kritienu risks, lūzumu risks, izgulējumu risks, pašnāvības risks, veselības stāvokļa pēkšņas pasliktināšanās risks atkarībā no manipulācijas vai saslimšanas- klientu pārvalde ar cukura diabētu, osteoporozi, mirdzaritmiju, paaugstinātu vai mainīgu asinsspiedienu, trombembolijas risku).

Veicot tematisko pārbaudi, Inspekcija uzsāka izpēti un vērtēšanu iestādēs ar labu reputāciju un labam atsauksmēs par labi organizētu darbu, lai vēlāk salīdzināt šo iestāžu labās prakses ar situāciju citās sociālās aprūpes iestādēs. Jau pašā sākumā Inspekcija saskarās ar faktu, ka šo iestāžu vadītāji labi izprot vajadzību pēc augsta riska klientu pārvaldes, mēģina adaptēt kādu no pieredzes apmaiņas braucienos iegūtajiem riska protokoliem (piemēram, kritiena riska protokolu), bet reālai ieviešanai traucē 5 faktori:

1. resursu trūkums šādu risku protokolu izstrādei un ieviešanai (piemēram, attiecībā uz izgulējumu pārvaldību, ir LV pieejamas vadlīnijas, tomēr to ieviešanas pakāpe SAC ir vērtējama kā zema);
2. metodisko materiālu, ieteikumu trūkums Latvijā (piemēram, attiecībā uz vitālo rādītāju monitorēšanu un pasliktināšanās agrīnu atpazīšanu un reaģēšanu; kritiena risku pārvaldību)
3. aprūpes personāla kompetence;
4. SAC digitalizācijas neesamība (tikai 4 no 22 SAC ir uzsākts darbs pie veselības pakalpojumu uzskaites sistēmas izstrādes un pielāgošanas);
5. uzskats, ka augsta riska klientu identificēšana un pārvalde vairāk ir ģimenes ārsta kompetencē.

Lai iegūtu plašāku informāciju, negaidot pārbaudes rezultātus, Inspekcija 2020.gada augustā veica SAC aptauju par jomām, kas no veselības aprūpes viedokļa ir īpaši nozīmīgas SAC ikdienas darbā – izgulējumu profilakse un aprūpe ilgstoši guļošiem klientiem; kritienu profilakse; insultu profilakse; arteriālās hipertensijas kontrole; urīna (fēču) nesaturēšana/urīnceļu infekcijas profilakse; vīrusu infekciju profilakse un dzīves nobeiguma aprūpe („*End of life protokol*”). Aptaujā piedalījās 102 sociālās aprūpes iestādes un uzrādīja sekojošu:

Izgulējumu profilakse:

- tikai 29 (28%) no 102 iestādēm aptaujas laikā nebija klientu ar izgulējumiem;
- kopējais klientu skaits ar izgulējumiem 102 iestādēs - 266 (vidēji 2,6 klientu/iestāde). 38% gadījumos tos veidoja izgulējumi 2.-4.smaguma pakāpē;
- 88% iestāžu norādīja, ka palīglīdzekļi un medikamenti izgulējumu pārvaldei ir pietiekošā daudzumā;
- SAC norādīja, (85) 32% klientiem izgulējumi radās slimnīcās, jo pirms hospitalizācijas izgulējumi nav bijuši;
- Apliecinājumi par izgulējumu riska novērtēšanu un dokumentēšanu netika iegūti, izņemot 2 SAC, kuri vēl pirms pārbaudes izstrādāja attiecīgas veidlapas un veica dažus vērtējumus.

Kritienu profilakse:

- 86 (84%) SAC norādīja, ka kritienu fakts tiek fiksēts Klientu medicīniskā dokumentācijā;
- 81 (79%) atbildēja, ka iestādē tiek veikta kritienu analīzē, tomēr klātienē pārbaudēs apliecinājumi šādai analīzei netika iegūti;
- 2019.g. šajās iestādēs tika reģistrēti 136 kritieni (vidēji 1.3, kas ir zems rādītājs un liecina, ka tika fiksēti tikai nopietni kritieni, kam sekoja ārsta konsultācija vai izmeklējums); 104 klientiem (76% no kritienu skaita) 63 iestādēs tika konstatēti lūzumi, kas prasīja klientu hospitalizāciju;
- 35 (33%) iestādes norādīja, ka ir izstrādāta kritienu riska noteikšanas un mazināšanas standartprocedūra. Pārējās iestādes uz šo jautājumu atbildēja, ka kritienu riska noteikšana iestādē nenotiek. Jāatzīmē, ka klātienē pārbaudēs tikai 2 (1%) iestādēs no 22 uzrādīja atsevišķi aizpildītus kritiena/traumas protokolus. Kritiena riska novērtēšanas protokolu uzrādīja tikai 1 iestāde (sk.10.attēlu);
- uz jautājumu vai iestāde apkopo datus par klientiem ar osteoporozī (lūzumu provocējošais faktors) pozitīvu atbildi sniedza 41 iestāde, tomēr, klātienē pārbaudes dati liecina, ka šāda

informācija ir iegūstama, bet iestādē speciāli netiek apkopota, netiek analizēta un netiek izmantota. No SAC med. personāla teiktā varēja saprast, ka iestādēs valda priekšstats, ka ar medicīnas diagnozēm saistīta analītiskā darbība ir ārstu/ģimenes ārsta kompetence;

- 3 SAC norādīja, ka praktiski visiem saviem klientiem tiek nozīmēts vitamīns D (kaulu un imunitātes stiprināšanai), 2 SAC norādīja, ka vitamīnu D dod klientiem tikai ziemas mēnešos. 21 iestādē neviens klients nesaņem vitamīnu D.

12.fotoattēls

Klienta kritiena riska izvērtēšana.

Inspekcijas ieskatā kritienu risks ir neapzināts kā būtisks risks un līdz ar to nepietiekami pārvaldīts. Saskaņā ar pētījumiem, aptuveni 30-50% no ilgtermiņa aprūpes klientiem katru gadu krīt, un gandrīz puse no šiem iedzīvotājiem piedzīvo vairākus kritienus (PVO,2007 [175])¹⁴.

Daļēji, kā tas norādīts darba dokumentā ITA iestādēs krišana ir saistīta ar vides faktoriem (pledi, zemi matračī, nepareizi uzstādīts vai izmantots aprikojums, diennakts laiks), kā arī jautājumiem, kas saistīti ar aprūpes organizāciju (laika ierobežojumi, ar kuriem saskaras personāls, saziņa par izmaiņām rezidenta kognitīvajā statusā, ierobežotu ergoterapiju) (Welch et al., 2017 [176]).

Pētījumi liecina, ka arī palielināta kritienu, atkārtotu kritienu un kaitīgu kritienu sastopamība saistīta ar polifarmāciju (lietojot ≥ 4 zāles) (Zia, Kamaruzzaman and Tan, 2015 [177]). Uz pierādījumiem balstīta pieeja, lai samazinātu ierobežojumu izmantošanu un tajā pašā laikā samazinātu kritienus, notiek ar lieliem panākumiem, veidojot labākās prakses čempionu tīklus (RNAO, 2012 [184]) (RNAO, nd [185]).

ESAO (OECD) ieskatā Ontario reģistrēto mūsu asociācijas (RNAO) “**Labākās prakses vadlīnijas (BPG): kritienu novēršana un kritienu traumu samazināšana**”, ceturtais izdevums (2017)¹⁵, ir uz pierādījumiem balstīts resurss, kurā izklāstīti ieteikumi medmāsām un starpprofesionāļu komandai, pedagogiem, administratoriem un politikas veidotājiem par efektīvām profilakses stratēģijām kritienu un to traumu samazināšanai.

Klientu vakcinācija

Aptaujā, uz jautājumu, vai SAC klienti tika vakcinēti pret gripu 2019.gadā, pozitīvi atbildēja 51 iestāde, tomēr Inspekcijai neizdevās iegūt objektīvu informāciju, jo anketās norādīts vai nu tikai klientu skaits vai vakcinācijas aptveres %, tomēr, atzīmējams, ka 3 SAC ziņoja par 100% vakcinācijas aptveri un 8 SAC 51-99%. Klātienēs pārbaudē RSAC „Mežciems” tika iegūti apliecinājumi, ka 2019.gadā pret gripu vakcinēti 240 no 315 klientiem (76.2%).

Atsevišķas anketās norādīts, ka klienti nav piekrituši vakcinācijai pret gripu. Diemžēl, aptaujā netika paredzēts jautājums par personāla vakcināciju. Darbinieku vakcinācija epidēmiju un pandēmiju ietvaros ir nopietns nosacījums klientu veselības saglabāšanā un iestādes funkcionēšanā.

¹⁴ OECD Health Working Paper No. 121. (4.2.6., p.179-180):

¹⁵ The Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) Best Practice Guideline (BPG): Preventing Falls and Reducing Injury from Falls Fourth Edition (2017); https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf (11,12,2020,)

Atkārtoti, bet telefoniskā aptaujā, laika posmā no 12. oktobra līdz 17. novembrim tika aptaujāti visi uzraudzībā esošie SAC, citu starpā noskaidrojot, kā iestādē klientiem un personālam tika veikta (2020.gadā) vai ir plānota vakcinācija pret gripu. Balstoties uz informāciju, kas tika iegūta otrā COVID-19 viļņa klātbūtnē, un pieņemot lēmumu turpināt uzraudzīt SAC epidemioloģiskās drošības prasību ievērošanu infekcijas slimības Covid-19 izplatības apstākļos attālināti, (kas nozīmē telefonzvans - e-pasts – jautājums – atbilde), tika secināts, ka brīvi izvēlas gripas vakcināciju 14% SAC klienti un 40% SAC personāls.

Brīvās izvēles vakcinācijas minētie kritēriji vai komentāri:

Personālam

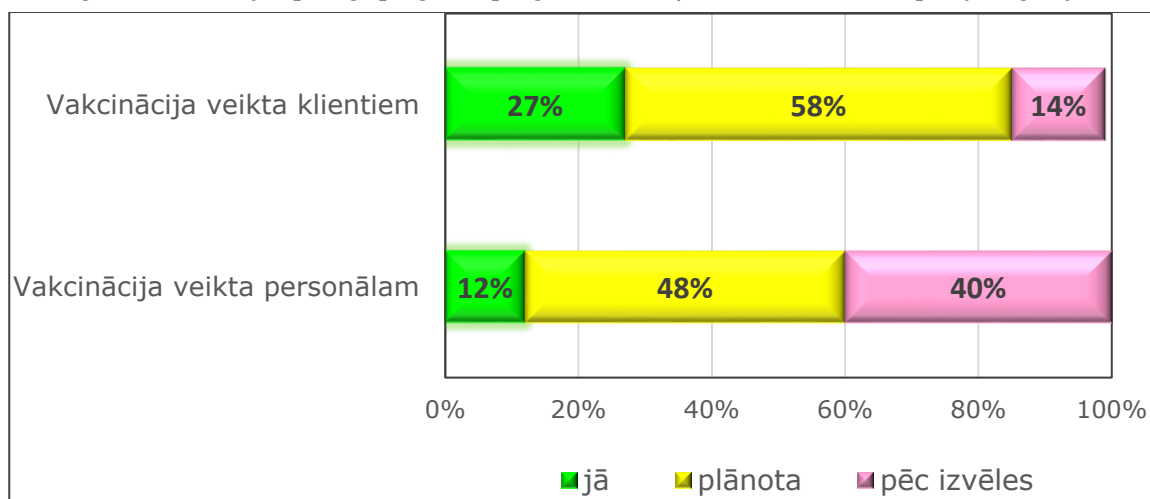
- Ir informēts, ka jāvakcinējas;
- Brīvi izvēlas vakcinēties/nevakcinēties;
- Kategoriski atsakās;
- SAC neorganizē centralizētu vakcināciju; darbinieks saskaņo to ar ģimenes ārstu;
- SAC nav informācijas cik no personāla ir vakcinējies;

Par klientiem

- Brīvi izvēlas vakcinēties / nevakcinēties;
- Par vakcināciju bērniem atbild viņu vecāki vai likumiskie pārstāvji kopā ar ģimenes ārstu;

6.grafiks.

2020.gada vakcinācijas pret gripu gaitas prognoze saskaņā ar SAC telefona aptaujā iegūtajām atbildēm



Ņemot vērā 2019.gada vakcinācijas aptveres augstu procentu 11 SAC (3 SAC ziņoja par 100% vakcinācijas aptveri un 8 SAC 51-99%), Inspekcija uzskata, ka veiksmīga vakcinācija SAC ir iestādes vadības efektivitātes un nozīmīguma izpratnes par vakcinācijas svarīgumu rādītājs.

Insultu profilakse

- insultu skaits 2019.gadā, kas noticis iestādē (ja arī diagnoze uzstādīta slimnīcā) – 107;
- uz jautājumu vai klienti lieto zāles trombembolijas profilaksei, 5 iestādes (4%) atbildēja negatīvi;
- klātienes pārbaudēs netika gūti apliecinājumi, ka SAC klientiem, kas saņem pretspiediena zāles, vai uzsākot antihipertenzīvu terapiju, vai pēc pārciesta insulta, regulāri tiek mērīts asinsspiediens (kā to iesaka darīt pacienta tuviniekiem mājās, atzīmējot mērījumus burtnīcās). Asinsspiediena mērījumus veic pēc klienta lūguma vai pēc medicīnas māsas uzskatiem, ordinācijās nav atrodamī ieraksti par regulāriem mērījumiem, biežāk izmērītā asinsspiediena rezultāti tiek ierakstīti maiņas nodošanas žurnālā, kas ir mazinformatīvi ārstam.
- Vienā no SAC, kurā ir izveidojusies efektīva sadarbība ar ģimenes ārstu, ģimenes ārsts atzīmējis ievērojamu pozitīvu dinamiku insultu skaita samazināšanā [...astoņus gadus atpakaļ tie bija 5-

7 gadījumi gadā, 2019. un 2020.gadā (1.pusgads) tie bija 1 gadījums periodā...]. Ģimenes ārsts uzskata, ka tāds rezultāts sasniegts pateicoties SAC iestādes vadības izpratnei un pretimnākšanu trombolītisko medikamentu iegādē, tai skaitā Xarelto.

Urīna nesaturēšana/urīnceļu infekcijas profilakse

Urīnceļu infekcijas profilaksei ir liela nozīme SAC mazkustīgu un guļošu klientu aprūpē. Tā ir cieši saistīta ar autiņbikšīšu savlaicīgu nomaiņu, starpenes higiēnu, urīnstomas vai urīnkatetru aprūpi. Saskaņā ar aptaujas datiem 102 SAC iestādēs atrodas 4498 klienti, kam ir nepieciešamas autiņbikšītes, un 106 klienti, kam ir urīnstomas vai urīnkatetri. 2020.gada ietvaros Inspekcija saņēma divus iesniegumus no SAC klientu tuviniekiem sakarā ar savlaicīgi nediagnosticētu urīninfekciju, kuras rezultātā attīstījās urosepse un iestājās klientu nāve. Urīnceļu iekaisums vecākā gājuma gada klientiem bieži noris ar mazizteiktu un niecīgu simptomātiku, tās profilakse balstās uz pienācīgu, regulāru starpenes aprūpi un pietiekoša šķidruma daudzuma patēriņu.

Vērtējot klātienēs pārbaudēs iegūto informāciju, tostarp lūdzot sagatavot informāciju par augsta riska klientiem Inspekcija secināja:

1. SAC ir iespēja identificēt augsta riska klientus, bet šobrīd tāda klientu identifikācija **netiek veikta** (izņemot atzīmi par demenci medicīniskos ierakstos vai uzskaites sistēmā). Likumsakarīgi arī analītiskā rakstura darbības iestādēs nenotiek;
2. SAC nodrošina pacientam aprūpi atbilstoši noteiktajai diagnozei, bet konkretizēts aprūpes plāns augsta riska pacientiem **nav** izstrādāts. Inspekcija augsti vērtē atsevišķu SAC labo praksi, veicot preventīvas darbības klientu grupām (piemēram trombolītiskā terapija; pretgripas vakcinācija ar aptveri virs 72%; osteoporozes profilakse, nozīmējot D vitamīnu).
3. Augsta riska klientiem aprūpes plānā varētu iekļaut regulāru vitālo rādītāju mērīšanu, noteiktu laiku pastaigām svaigā gaisā, ādas apstrāde klientiem ar izgulējumu risku, precīzu uzturamā uztura daudzuma un šķidruma uzskaiti, svara kontroli, kā arī stomu aprūpe utml;
4. SAC nodrošina risku mazinošus pasākumus (t.sk. asinsspiediena mērīšana, glikozes līmeņa mērīšana, urīnpūšļa kateteru aprūpe, stomas aprūpe, izgulējumu profilakse un ārstēšana, cits). Inspekcija **nav guvusi apliecinājumus**, ka augsta riska pacientiem, piemēram ar paaugstinātu asinsspiedienu tiek **mērķtiecīgi** veikti kontroles mērījumi, vai pacientiem ar cukura diabētu mērķtiecīgi tiktu veikta glikometrija
5. SAC **nav izstrādātas** aprūpes metodes, algoritmi, rekomendācijas utml. hronisko/pacientu/klientu ar īpašām vajadzībām aprūpei (piemēram, personālam viegli uztverami, konkrēti un saprotami algoritmi, infografika, kā veikt glikometrijas veikšana/cukura līmeņa kontroli; izgulējumu profilaksi, aprūpi; kritiena riska noteikšanu un aprūpe riska gadījumā; stomas aprūpi; parenterālā barošanu vai enterālā barošanu caur zondi; urīnpūšļa katetra aprūpi, traheostomas aprūpi, pacienta ar mugurkaula/gūžas kaula aprūpi).
Trijās (3) iestādēs ir uzsākts darbs pie algoritmu izstrādes. Ir izveidots kritienu/traumu protokols, veidlapa izgulējumu aprūpei. Aprūpētāju un māsu efektīvai rīcībai būtu izstrādājami viegli uztverami, infografikas veidā aprūpes algoritmi, rīcības soļu algoritmi pie noteiktajām situācijām, uzskatāmi aprūpes metožu apraksti un vitālo rādītāju mērījumi.
6. SAC aprūpes personālam (māsas un aprūpētāji) tiek veiktas apmācības par neatliekāmās palīdzības sniegšanu, par izgulējumu aprūpi un aprūpes ergonomiku, pat aprūpes īpatnības klientiem ar demenci, bet Inspekcija neguva apliecinājumus, ka aprūpētāji/māsas tiek izglītoti/apmācīti par augsta riska slimības specifiskajiem simptomiem un brīdinošām izpausmēm, kuru gadījumā jāiesaista SAC māsa/ jāmeklē ārsta palīdzība, un kuros gadījumos izsaukt neatliekamo palīdzību;

Augsta riska klientu identificēšanā un pārvaldē

Augsta riska klientu pārvaldei un agrīnai akūtu saslimšanu simptomu atpazīšanai ir svarīga loma klientu dzīves kvalitātes uzturēšanā, hospitalizācijas samazināšanā, tādējādi atslogojot slimnīcas no nepieciešamības papildus veselības aprūpei nodrošināt sociālas aprūpes pakalpojumus, kurai slimnīcām nav attiecīgu resursu un kompetences.

Augsti drošības riski SAC pacientiem vai pacientu grupām ir specifiski un saistīti ar pacientu vecumu, veselības stāvokli, polifarmāciju un nepieciešamību pēc īpašās aprūpes. Šo risku mazināšanai nepieciešama plaša aprūpes personu (aprūpētāju un māsu) apmācība (tai skaitā izmantojot apmācības īstenošanā sertificētas māsas, ārstus, profesionālās asociācijas.

Lai arī daudzi SAC riski ir saistīti ar veselības aprūpi (osteoporoze, izgulējumi, lūzumi, trombolīzija utml.), atbildība par šo risku pārvaldi, gadījumu analīzi un citu analītisku darbību attiecināma uz SAC, kam jāuzņemas šī procesa vadību, koordināciju, veicinot ģimenes ārsta iesaistīšanās šajā darbā.

16. Klienta aprūpe saskaņā ar pretepidēmiskā režīma pamatprasībām

Sociālās aprūpes iestāde, neatkarīgi no klientu daudzuma ir kompakta un blīvi apdzīvota dzīves vieta cilvēkiem/klientiem, kurus apvieno kopējās telpas, infrastruktūra, aprūpes personāls. Daudziem šiem klientiem ir multiplas un komplicētas hroniskas slimības, novājināta imunitāte. Šādu apstākļu kombinācijas ir īpaši bīstamas izteikti kontagiozo (lipīgu) slimību gadījumā. COVID-19 pandēmija norādīja uz nopietniem trūkumiem SAC izbūvē, personāla kompetencēs, personāla pandēmijas situācijas uztverē un reaģēšanas ātrumā, ka arī to, ka pretepidēmiskā režīma pamatprasības ierastajām infekcijām (bakteriālas un vīrusa infekcijas) izrādījās nepietiekošas pandēmijas apstākļos.

Informācijai:

Kopumā 2020.gadā tika veiktas 22 plānveida kontroles tematiskās pārbaudes ietvaros (22, t.sk. trijās plānveida kontrolēs, optimizējot kontroles un uzraudzības darbu, paralēli tika izskatīti saņemtie iesniegumi/ sūdzības), 184 kontroles Covid-19 ietvaros, 16 kontroles iesniegumu izskatīšanai (+ trīs kontroles, veicot plānveida kontroles; kopā izskatīti 19 iesniegumi), 15 kontroles tikai zāļu atļaujas saņemšanai (šāda veida kontroles tiek iekļautas arī plānveida vai cita veida kontrolēs) un 5 priekšlikumu izpildes kontroles.

Veicot 22 klātienes pārbaudes tematiskās pārbaudes ietvaros 19 SAC higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasību ievērošanas jomā, Inspekcija nav konstatējusi nopietnus pārkāpumus pamatprasību ievērošanā (izņemot SAC „Liepas”, Fonda „Cilvēks cilvēkam” sociālās aprūpes centrs f. „Jūrkalne”; Sociālās aprūpes mājā, Saulkrastos).

Veicot pārbaudes šī gada aprīlī, vadoties no VM un LM izstrādātajām vadlīnijām aprūpes nodrošināšanai ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās Covid-19 izplatības ierobežošanai 184 iestādēs, Inspekcija secināja:

1. *Visas kontrolētas SAC ir iepazinušās ar Vadlīnijām.*
2. *61 (jeb 33 %) no kontrolēto 184 SAC ir iespējams izolēt personas ar apstiprinātu COVID-19 infekciju un nodrošināt atsevišķu personālu saslimušo klientu aprūpei.*
3. *Lielākai daļai kontrolēto SAC trūkumi rekomendāciju saistībā ar COVID-19 izpildē saistītas ar problēmām:*
 - 3.1. *fiziskās distancēšanās pasākumu nodrošināšanā –166 (jeb 90 %) SAC;*
 - 3.2. *personu ar apstiprinātu COVID-19 izolēšanas un aprūpes nodrošināšanā – 123 (jeb 66%) SAC;*
 - 3.3. *personāla personīgā aizsardzībā un individuālo aizsardzības līdzekļu (turpmāk – IAL) lietošanā – 115 (jeb 63 %) SAC;*

3.4. veselības skrīninga pasākumu nodrošināšanā – 73 (jeb 40 %) SAC.

Distancēšanās nodrošināšanas problēmas galvenokārt saistītas ar to, ka nav iespējas izsaukt dežurējošo personālu attālināti, ir apgrūtināti organizēt personu plūsmu koplietošanas telpās īpaši personām ar garīgā rakstura traucējumiem, nav nodrošināti bezkontakta termometri vai termometri klientiem individuālai lietošanai; nav iespējams klientu gultas izvietot maksimāli attālināti – ne tuvāk par 2 m viena no otras.

Personu ar apstiprinātu Covid-19 izolēšana un aprūpe SAC būs problemātiska, ja izolācija būs nepieciešama lielākam personu skaitam. Pašreiz lielākai daļai SAC izolatori paredzēti nelielam personu skaitam (2- 4 personas). Pārbažu laikā konstatētas problēmas SAC ar IAL nodrošināšanu. SAC nav pietiekami daudz personāla, līdz ar to nav iespējams nodrošināt personālu, kas varētu aprūpēt tikai ar COVID-19 saslimušos iemītniekus. SAC personālam, īpaši SAC, kurās nav reģistrēta ārstniecības iestāde, trūkst kompetences (zināšanu un prasmes) personu ar apstiprinātu COVID-19 aprūpei.

Pašvaldības, kurās atrodas SAC, kas nevar nodrošināt saslimušo izolāciju, nepieciešams apsvērt nepieciešamību ierīkot atsevišķas izolācijas telpas ar COVID-19 saslimušajiem SAC personām.

Katrs SAC saņēma individuālu novērtējumu ar rekomendācijām, kā arī norādi, ka nedēļas laikā jāsniedz atgriezeniskā saite Inspekcijai par rekomendējamo pasākumu izpildes iespējamību. Nodrošinot atgriezenisko saiti, Inspekcija saņēma informāciju, ka 48 SAC (iepriekš – 123) dotajā brīdī **nevar pilnībā izpildīt** minētās rekomendācijas, norādot sekojošus iemeslus:

- nav iespējams nodrošināt personālu, kas aprūpē tikai ar COVID-19 saslimušos iemītniekus;
- nav iespēju ierīkot telpas ar atsevišķu sanitāro mezglu personu ar apstiprinātu COVID-19 infekciju izolācijai, kā arī atsevišķu telpu personālam, kas veiks ar COVID-19 saslimušo personu aprūpi;
- nav nodrošināti visi nepieciešamie individuālie aizsardzības līdzekļi personālam.

Laika posmā no 12. oktobra līdz 17. novembrim veicot attālinātu uzraudzību SAC, t.i. - telefoniska informācijas aptauja par esošo situāciju, akūtākajām problēmām Covid-19 apstākļos, aptaujājot visus uzraudzībā esošos SAC, kā arī Ministru kabineta 2020. gada 9. jūnija noteikumu Nr. 360 „Epidemioloģiskās drošības pasākumi un pretepidēmijas pasākumi Covid-19 izplatības ierobežošanai” noteikto prasību izpildi, kā realizēti iepriekšējās uzraudzības rezultātā uzdotie korektīvie pasākumi, ar kādām problēmām saskaras gan darbinieki, gan klienti.

Attālinātas pārbaudes secinājumi:

1. Visi SAC ir nodrošināti ar visiem nepieciešamajiem IAL, salīdzinājumā ar pavasara pārbaudē konstatēto - nodrošinājums ar IAL bija 100%.
2. Visi SAC ir nodrošināti ar dažādiem atbilstošiem roku un virsmu dezinfekcijas līdzekļiem pietiekošā apjomā.
3. Lielākajai daļai SAC izolatora telpas ir un nepieciešamības gadījumos tās varēs ierīkot iestādē, ir izstrādāti rīcības plāni par telpu lietojuma maiņu, lai nodrošinātu papildus telpas Covid-19 infekciju saslimušo personu izolēšanai, salīdzinājumā ar pavasara pārbaudē konstatēto – iespēja ierīkot izolatora telpas bija 84% (iepriekš 33%) - tas nozīmē, ka SAC ir darījuši visu iespējamo, lai kaut minimāli ievērotu noteiktās prasības. Tāpat ir piestrādāts pie tā, lai rastu iespēju telpas pārgrupēt, pieaugot COVID-19 inficēto aprūpējamo personu skaitam, lai šīs personas izmitinātu atsevišķi no neinficētajām. Šāda iespēja apsvērtā 77% SAC. Argumenti, kāpēc nav iespējama telpu pārgrupēšana: telpu plānojums to nepieļauj; nav lieko telpu; SAC visas klientu vietas ir piepildītas.
4. iespēju robežās tiek ievērotas Ministru kabineta 2020. gada 9. jūnija noteikumu Nr. 360 „Epidemioloģiskās drošības pasākumi un pretepidēmijas pasākumi Covid-19 izplatības ierobežošanai” noteiktās prasības.

Šobrīd ir skaidrs, ka iepriekšējās prasības attiecībā uz epidemioloģisko drošību ir nepietiekošas cīņā ar jauno vīrusu un nākotnē iespējamām citām pandēmijām. Saskaņā ar prasībām iestādēs bija pieejamas 1-2 izolācijas telpas ar atsevišķiem sanitārajiem mezgliem infekcijas saslimšanas gadījumiem, kas izrādījās nepietiekoši, savukārt, esošu istabiņu pārgrupēšanu ierobežo labierīcību neesamība klientu istabās, nepietiek personāla, lai nošķirti un neatkarīgi aprūpēt inficētus un neinficētus klientus, kā nodrošināt nošķirtu ēdināšanu, bioatkritumu atsevišķu savākšanu. Inficēšanās riskus ievērojami palielina 3-4-5-7 klientu izmitināšana vienā istabā, personālā apjukums, kompetences un speciālo zināšanu trūkums.

Pretepidēmijas pasākumu nodrošināšana

Iestāžu, pirms COVID-19 izstrādātie epid.režīma plāni izrādījās neefektīvi vai mazefektīvi pandēmijas situācijā. Savukārt, „Epidemioloģiskās drošības pasākumi un pretepidēmijas pasākumi Covid-19 izplatības ierobežošanai” noteikto prasību izpildi ierobežoja telpu tehniskie ierobežojumi, aprūpes personāla nepietiekošas kompetences un zināšanu trūkums.

Iestādēm būs jāpārstrādā rīcības plānus pretepidēmijas pasākumu nodrošināšanai un to realizācijai nepieciešamus ieguldījumus tehniskos risinājumos un personāla apmācībā, kā efektīvi, ievērojot inficētu/slimu/veselu klientu plūsmu sadali, nodrošināt izolāciju vismaz 50% no saviem klientiem.

Inspekcijas piezīme:

COVID 19 „otrā viļņa laikā” SAC izvēlējās pasargāt savus klientus un personālu no vīrusa infekcijas ievērojot stingras izolācijas principus, slēdzot iestādes un liedzot saviem klientiem satikt savus tuviniekus vairākas nedēļas un mēnešus. Vienlaicīgi, ievērojot ierobežojumus cilvēku pulcēšanai, bija spiesti atteikties no jebkāda veida pasākumiem, tādējādi ievērojami ietekmējot savu klientu socializāciju, vecinot nolemtību un depresiju. Šajā laikā Veselības inspekcija saņēma daudz telefona zvanus no SAC klientu piederīgajiem, kuri sūdzējās, ka nevar apmeklēt savu tuvinieku, arī ievērojot drošības pasākumus. Inspekcija norāda, ka starptautiskā praksē ir labi piemēri, kā COVID laikā tiek realizēta klientu vēlme satikt sev tuvu cilvēkus.

13.fotoattēls.

Komunikācijas risinājumu ar tuviniekiem Itālijā un Lielbritānijā COVI-19 pandēmijas laikā



17.Telpas un vide

Šīs sadaļa tika skatīta gan vai telpas un vide atbilst likumdošanā noteiktām prasībām, gan kā SAC rūpējās par savu klientu komfortu, kā ir ierīkotas koplietošanas telpas, kā ir ierīkotas klientu istabiņas, vai ir „mājīguma sajūta”, vai klientiem ir pieejamas pastaigas vai atrašanās apzaļumotā teritorijā, vai ir iespēja attālināti izsaukt aprūpes personālu (trauksmes pogas), vai ir iespēja pasēdēt ar tuviniekiem vai draugiem kādā nošķirtā no citiem vietā, vai ir iespēja pagatavot sev un izdzert kādu kafijas vai tējas tasīti. Vai istabiņu iekārtojums ir tikai funkcionāls vai arī „mājīgs” un „mājai pietuvināts”.

14.fotoattēls.
Koplietošanas telpu piemēri



Situācija SAC ir ļoti atšķirīga un Inspekcijas ieskatā nav saistīta ar īpašuma formām (valsts, pašvaldības, privāts), bet ir atkarīga no iestādes vadītāja, viņa mērķtiecības, aktīvas pozīcijas un globālās vīzijas, kas ļauj izmantot un adaptēt citu valsts un iestāžu labo praksi.

Klienti parasti tiek izvietoti 2-3-4 vietīgās istabiņās, retāk vienvietīgās istabās. Tomēr, pārbaudes laikā Inspekcija sastapās ar 7 klientu izvietojumu vienā istabā (ievērojot prasības par 6m² uz 1 klientu).

15.Fotoattēls
Piemēri.



Pa kreisi – 6 fotoattēlu bloks ar piemēriem Klientu istabām. Pa labi – fotoattēls par mūsdienīgu aprīkojumu klientu un mazkustīgu klientu mazgāšanai kādā no reģionu pašvaldību SAC.

Inspekcija atzīmē, lai arī formāli 12 m² istabā 2 klientu izmitināšana atbilst prasībām, ja istabiņā tiek ievietotas divas funkcionālas gultas, tehniskās palīdzības ierīcēm klientu vajadzībai vai vieta aprūpētājiem, lai pilnvērtīgi aprūpēt klientu vairs nepaliek.

Vairums SAC klientu istabās nav pieejamas labierīces (tualetes un izlietne). Mazkustīgiem klientiem blakus gultai ievieto speciālu krēslu ar atvērumu fizioloģisko vajadzību kārtošanai, kas ir saprotama izvēle, tomēr, no higiēnas, epidemioloģijas un privātuma viedokļa rada drošības riskus. Ir SAC, kuros klientu istabu iekārtošanā ir vērojama dažādība, tiek lietotas kumodes (alternatīva skapjiem), nelielas sekcijas, dažādi galdi, dažādi aizskāri, mīkstie (dezinficējamie) krēsli, nelieli dīvāniņi, kas piešķir telpai individualitāti, un ir iestādes, kur telpu istabu iekārtojums ir standartizēts. Tikai 8 no 22 SAC tika vēroti pārdomāta vienota dizaina elementi koplietošanas un nedzīvojamās telpās. Inspekcija saskarās ar pieticīgu iekārtošanu un prasību formālu izpildi nelielos (līdz 30 klientiem) privātajos SAC (piemēram, iestādē nav lifta, ir pacelājs, bet mazkustīgi klienti un klienti ratiņkrēslos ir izvietoti 2.stāvā. Inspekcija neguva apliecinājumus, ka pacelājs tiktu izmantots šo klientu pastaigu organizēšanai). Tomēr, secinājumu izdarīšanai nepieciešama padziļināta nelielu privātu SAC izpēte.

Liela pieprasījuma pēc SAC pakalpojumiem dēļ iestādes maksimāli izmanto telpas klientu istabu ierīkošanai, bieži vien uz klientu koplietošanas telpu rēķina. Ņemot vērā, ka klientu telpas praktiski ir guļamtelpas vairākiem iemītniekiem, nevis dzīvojamā-guļamā istaba vienam klientam, SAC ar lielu klientu skaitu trūkst atpūtas stūrīši, telpas, nelielas klientu virtuves, kur klients varētu privāti pasēdēt ar saviem tuviniekiem, draugiem („tējkannu uzvārīt, bulciņu apēst”), privāti parunāt pa telefonu vai izbaudīt klusumu ārpus savas istabas („privāti paslēpties no citiem”). SAC, kuros rūpējās par klientu privātumu, papildus telpām kopējām aktivitātēm un lasītavai, mēģina šim nolūkam izmantot gaiteņus un gaiteņu nobeigumus, tomēr izveidot privātumu reti kad izdodas.

Ir iestādes, kas pievērš lielu uzmanību teritorijas iekārtošanai, apzaļumošanai, celiņu un aktivitāšu lauku izveidei, ja arī apkārtēja teritorija ir neliela. Lauku teritorijās plaši tiek izmantotas iespējas ierīkot siltumnīcas un puķu/dārzu dobes (augstas dobes klientu ērtībai). Ārī šajā jomā Inspekcija vēroja izņēmumus, kad samēra liela teritorija nav pietiekami apsaimniekota un nerada klientiem komfortu sajūtu un vēlmi tajā atrasties.

Telpas un vide

Inspekcijas ieskatā, uz klientu orientētas aprūpes ietvaros, klientu istabu ierīkošanai ir svarīga funkcionalitāte un komforta sajūta („mājīga”, „mājai pietuvināta vide”). Tās iegūšanai ir iespējama istabu aprīkošana ar alternatīviem risinājumiem (skapja vietā – kumode vai slēgtie plaukti, mīkstie, bet viegli dezinficējamie krēsli vai nelieli dīvāni, nodalīta “virtuves zona”, ja klienta stāvoklis atļauj („tējkannu uzvārīt, bulciņu apēst”).

Inspekcija uzskata, ka epidemioloģijas drošības nodrošināšanai, realizējot cilvēka tiesības uz privātumu, un visbeidzot, tiesības uz cieņpilnu attieksmi, noteikt prasības, ka dzīvojamā-guļamā telpā drīkst ievietot ne vairāk ka 2 klientus, ievērojot 6 m² minimālo normu uz 1 klientu un papildus minimālo distanci starp gultām- 2 m, ierīkojot katrā istabiņā sanitāro mezglu (tualetes un izlietne).

18.Darbspēks. Aprūpētāju un māsu kompetences

Pietiekams un atbilstoši apmācīts veselības aprūpes darbspēks ir viena no visvairāk aktuālajām problēmām, ar kurām šodien saskaras nozare. Darbinieku trūkums nav vienīgā problēma. ITA sniegtie pakalpojumi un to sniedzēju zināšanas, kompetence un prasmes bieži neatbilst aprūpes vajadzībām (pieprasījumu) un cilvēku resursiem (piedāvājumu), ieskaitot spēju, kompetences un prasmju kombināciju. Mūsdienā vidē, kur daudzas ITA iestādes sniedz pakalpojumus, kas iepriekš tikuši sniegti tikai slimnīcās, ieguldījumi pienācīgi kvalificētā darbspēkā ir galvenie, lai nodrošinātu SAC iemītnieku drošību. Kā norādīts ESAO ziņojumā,-neskatoties uz ierobežoto

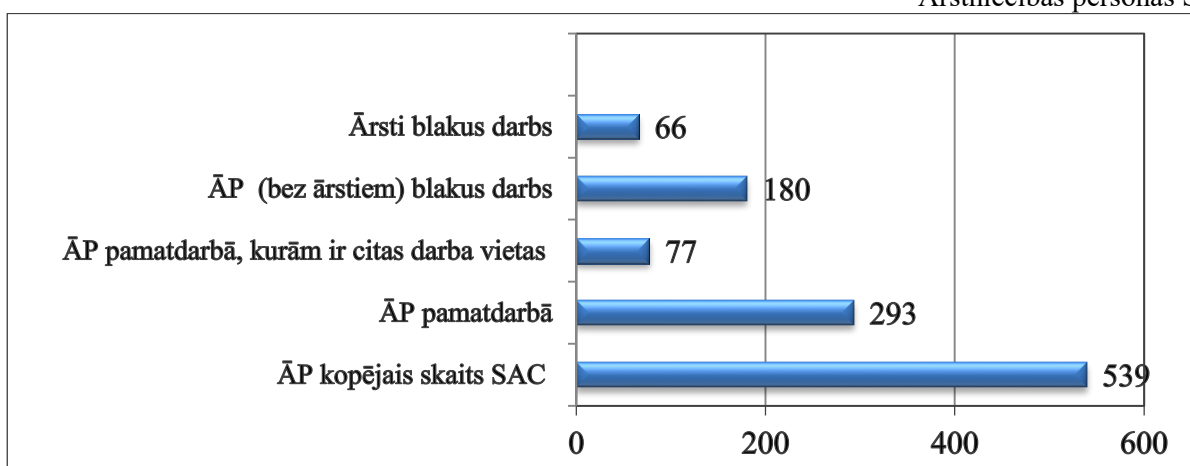
medicīnisko kvalifikācija, zināšanām un apmācību, ITA bieži pieprasa darbiniekiem paveikt sarežģītus, medicīniski orientētus uzdevumus - potenciāli ietekmējot sniegtās aprūpes kvalitāti¹⁶.

Vispārējie dati:

- Tikai 293 jeb 54% ĀP darbs SAC ir pamatdarbs;
- jeb 26% pamatdarbā strādājošām ĀP ir citas darba vietas;
- 28 jeb 42% SAC strādājošie ārsti ir psihiatri;
- **SAC, kuros nav reģistrēti veselības punkti, strādā 316 personas ar medicīnisko izglītību;**
- 51 SAC ir līguma attiecības ar ārstniecības personām vai iestādēm;

ESAO (OECD) ziņojumā akcentēts, ka rūpes par vecāka gadagājuma cilvēkiem, īpaši iestādēs, aizvien vairāk nozīmē pilnveidot prasmes. Aprūpes vajadzības kļūst arvien sarežģītākas, un to bieži dara uzdevumu veikšanai nepietiekami apmācīti darbinieki (ESAO, 2020. gads [71]). **Visbiežākās ITA darbinieku nepilnības prasmēs ietver: zināšanas par geriatrijas stāvokļiem (demenci, vājumu utt.), drošības aspektus, manuāli aprūpējot, aprūpes vajadzības pēc izrakstīšanas no slimnīcas, stresa vadība, attiecību vadīšana ar pacientiem un viņu neformālās aprūpes tīklu, krīžu pārvarēšana, juridiskie jautājumi, sēru pārvarēšana, invaliditātes novēršana un jauno tehnoloģiju izmantošana.**

7.grafiks.
Ārstniecības personas SAC



Pārbaudes ietvaros Inspekcija vērtēja darbinieku skaita un personāla veiktās apmācības stundu atbilstību normatīvajos aktos noteiktajām. SAC vadība, intervijās par sasniegumiem, problēmām un izaicinājumiem, kā lielāko problēmu izvirzīja jautājumu par personāla piesaisti, atzīmējot zemu aprūpētāja un māsas amata prestižu.

Aprūpētāju darbs ir fiziski, emocionāli un psiholoģiski smags darbs, kas prasa speciālās prasmes, iemaņas, pacietību un empātiju attiecībā uz aprūpējamiem cilvēkiem. Atalgojums par šo darbu ir minimālās algas līmenī, bez gradācijas atbilstoši zināšanām, nav motivējošs, veidojot „apburto loku”, kad maza atalgojuma dēļ šim amatam ir pieejams tikai nekvalificēts, bez izglītības, personāls, kas, savukārt, ir maz ieinteresēts un motivēts sniegt kvalitatīvus un drošus pakalpojumus. Līdzīga situācija ir ar māsām, jo SAC atalgojums ir zemāks, nekā stacionārā vai ambulatorā sektorā. Iestādēm ir sarežģīti atrast darbam sertificētu zinošu masu, kā rezultātā vismaz 50% no SAC māsām

¹⁶ OECD Health Working Paper No. 121. The Economics of Patient Safety Part III: Long-Term Care; 2020
<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm>

ir nesertificētas, kuras dažādu iemeslu dēļ, neskatoties uz darba pieredzi, nav atjaunojušas savas zināšanas. Tomēr, konkrētu secinājumu izdarīšanai šo jautājumu jāpēta padziļināti.

Saskaņā ar OECD secinājumiem - par vienu no svarīgākajiem sociālās aprūpes institūciju uzdevumiem tiek uzskatīts **Drošības risku samazināšana/novēršana, hronisko slimību paasinājumu un augsta riska saslimšanu notikumu prevencija ar mērķi mazināt SAC klientu hospitalizāciju**. Šī uzdevuma kontekstā, vērtējot SAC personāla kompetences, Inspekcija secināja, ka SAC aprūpētajiem un māsām būtu pilnveidojamas zināšanas šādās jomās:

- akūtu saslimšanu hronisko saslimšanu paasinājuma / simptomu agrīna atpazīšana; vitālo radītāju mērīšana un veselības stāvokļa pasliktināšanās savlaicīga atpazīšana un efektīva reaģēšana; augsta riska klientu aprūpes specifika;
- saskarsmes prasmes ar īpašām auditorijām – ar vecāka gājuma cilvēkiem, ar klientiem, kam ir demence un garīgās slimības; ar klientu tuviniekiem, īpaši klienta dzīves nobeigumā; ar guļošiem un mazkustīgiem klientiem;
- datorprasmes attiecībā uz SAC uzskaites programmām;

Inspekcijas ieteikums ir paredzēt aprūpētāju un māsu apmācību plānā jaunajā gadā jaunu tēmu apguvi: aprūpes metodes, algoritmi, kritisko situāciju atpazīšana, augsta riska klientu aprūpe - piemēram, glikometrijas veikšana/cukura līmeņa kontrole; izgulējumu profilakse, aprūpe; kritiena riska noteikšana un aprūpe riska gadījumā; stomas aprūpe; parenterālā barošana vai enterālā barošana caur zondi; urīnpūšļa katetra aprūpe, traheostomas aprūpe, pacienta ar mugurkaula/gūžas kaula aprūpe; vitālo funkcija pareizā mērīšana; šķidruma ieņemšanas un izvades mērījumu nozīmē un tml. Šādas apmācības (gan pandēmijas laikā, gan arī pēc pandēmijas) varētu organizēt attālināti vai piesaistīt apmācībām sertificētās ārstniecības personas - māsas, ārstus, profesionālās asociācijas.

Inspekcijas ieskātā būtu izvērtējama un salīdzināma māsu palīgu un aprūpētāju kompetences, pienākumi un izpildāmais darbs, kurš nav atšķirīgs pēc būtības viens no otra. Zemāk ir redzams apmācību saturs abām profesijām¹⁷:

Aprūpētājs: LU 1.koledža, ilgums 1 gads	Māsas palīgs, LU 1.koledža, 1 gads
Profesijas saturs :	Profesijas saturs:
Aprūpētajam jāprot: • nodrošināt cilvēku pamatvajadzības, • nodrošināt pacientu aprūpi un veicināt pašaprūpi, • lietot verbālās un neverbālās saskarsmes metodes, • līdzdarboties komandas darbā, • sadarboties ar indivīdiem, ģimenēm, • veikt ikdienas darbus mājas apstākļos.	Māsas palīgam jāprot: • veikt māsas nozīmētās darbības vai asistēt māsai pacienta pamata vajadzību nodrošināšanai, • veikt māsas nozīmētās darbības saistībā ar pacienta iestāšanos un izrakstīšanos no stacionāra, • veikt māsas nozīmētās aprūpes darbības visu vecuma grupu pacientiem, • veikt higiēnas procedūras pacientam, • sniegt pacientam pirmo palīdzību, • strādāt komandā ar citiem aprūpes komandas dalībniekiem, ievērojot kultūras, ētikas un profesionālos principus.
Aprūpētājs var: • veikt aprūpi mājas apstākļos, • strādāt bērnu aprūpes iestādēs, • strādāt sociālās aprūpes iestādēs	Māsas palīgs var strādāt: • primārās veselības aprūpes iestādēs, • stacionāros, • rehabilitācijas iestādēs, • bērnu aprūpes iestādēs.

Interesanti, ka aprūpētāja profesijas saturā NAV noteikts veikts higiēnas procedūras klientam/pacientam (kuras pēc satura ir SAC aprūpētāja ikdienas darbs) un sniegt pirmo palīdzību, kas ir pamata prasība SAC veiktajām apmācībām.

¹⁷ <https://www.rmkl.lv/lv/studiju-iespejas/ieraksts/aprupetajs/>

19. Kvalitātes un pacientu drošības pārvaldība, kultūra

Kā norāda OECD, visu līmeņu ITA darbiniekiem vajadzētu justies pilnvarotiem dokumentēt pacientu drošības jautājumus, ieteikt procesu uzlabojumus un izjust atbildību par rezultātiem. Kultūras maiņa nav viegla vai ātra, taču tam var būt nozīmīgi rezultāti. Pacientu drošības kultūra un veselīga personāla darba vieta ir cieši saistītas - tas nozīmē arī drošāku aprūpi un drošākas personāla darba vietas. Labas darba vides radīšana veselības aprūpes darbiniekiem un pacientu kvalitātes un drošības uzlabošana savstarpēji pastiprina centienus.

Kaut arī pacientu drošība ir kļuvusi par akūtās aprūpes neatņemamu fokusu, tai joprojām ir mazāka uzmanība ITA iestādēs. Tomēr iepriekšējos divdesmit gados ir bijuši pastiprināti aicinājumi paplašināt drošības programmu - un nodrošināt, ka ITA iestādes ir pārstāvētas diskusijās par pacientu drošību (Rust et al., 2008 [110])^{18, 19}.

Veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības pārvaldības sistēma nav ietverta obligātās prasībās sociālās aprūpes iestādēs, izņemot gadījumos, kad SAC ir reģistrēta kā ārstniecības iestādē, vai tajā ir reģistrēts veselības punkts. Šajā gadījumā uz SAC ir attiecināmi MK 60 17.p.prasības, kas paredz, lai nodrošinātu kvalitatīvus un pacientiem drošus ārstniecības pakalpojumus, ārstniecības iestāde veic šādus pasākumus:

- ievieš un nodrošina nepārprotamu pacientu identifikāciju visā ārstniecības procesa laikā, izmantojot vismaz divus identifikatorus (piemēram, pacienta vārds, uzvārds un personas kods);
- nodrošina efektīvu komunikāciju starp pacienta ārstniecības procesā iesaistītajām ārstniecības personām un pacientu, tai skaitā nepieciešamos medicīniskos dokumentus saskaņā ar medicīnisko dokumentu lietvedības kārtību regulējošiem normatīvajiem aktiem attiecīgā pacienta ārstniecībā iesaistītām ārstniecības personām atsevišķos ārstēšanas posmos vai pacientu nosūtot vai pārvedot starp struktūrvienībām vienas ārstniecības iestādes ietvaros, vai pacientu nosūtot vai pārvedot uz citu ārstniecības iestādi;
- nodrošina risku mazinošus pasākumus augsta riska pacientiem vai pacientu grupām, kas saistīti ar pacientu vecumu, veselības stāvokli un nepieciešamību pēc īpašās aprūpes (piemēram, kritiena risks, pašnāvības risks, veselības stāvokļa pēkšņas pasliktināšanās risks atkarībā no manipulācijas vai saslimšanas);
- ievieš un uztur pacientu neidentificējošu iekšējo pacientu drošības ziņošanas-mācīšanās sistēmu, kas nodrošina informācijas vākšanu un analīzi par gadījumiem, kuru dēļ radies vai varēja rasties ar veselības aprūpi saistīts kaitējums pacientam (pacientu drošības gadījumiem), un risku mazināšanas pasākumus, lai samazinātu attiecīgu gadījumu atkārtotāšanās iespējas un nodrošinātu atgriezenisku saiti pacienta drošības jautājumos iesaistītajām ārstniecības personām;
- ievieš un uztur drošu zāļu aprites sistēmu saskaņā ar normatīvajiem aktiem par zāļu iegādes, uzglabāšanas, izlietošanas, uzskaites un iznīcināšanas kārtību ārstniecības iestādēs un sociālās aprūpes institūcijās;
- nodrošina ar pacienta veselības aprūpi saistīto infekcijas slimību risku mazināšanas pasākumus saskaņā ar normatīvajiem aktiem par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē;
- ievieš un uztur pacientu sūdzību un ierosinājumu analīzes sistēmu;
- nodrošina sniegto ārstniecības pakalpojumu rezultātu analīzi;
- regulāri veic pacientu aptauju par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

¹⁸ OECD Health Working Paper No. 121. The Economics of Patient Safety Part III: Long-Term Care; 2020

<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm>

¹⁹ de Bienassis, K., et al. (2020), "Culture as a cure: Assessments of patient safety culture in OECD countries", *OECD Health Working Papers*, No. 119, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/6ee1aeae-en>

Kvalitātes un drošības pārvaldes jautājumu, kas aptver pacientu identifikāciju, medicīnisko dokumentāciju, risku mazinošus pasākumus augsta riska pacientiem, drošu zāļu apriti, pretepidēmiskā režīma nodrošināšanu ir izskatīti iepriekšējās sadaļās, līdz ar to šajā sadaļā tiks izskatīti pārējie, iepriekš neminēti jautājumi.

Sūdzību un ierosinājumu analīzes sistēma

Pārbaudes laikā visos SAC tika uzrādītas kastītes sūdzību iesniegšanai, atzīmējot, ka sūdzības tiek reģistrēti lietvedībā kā ienākošie iesniegumi. Dažās iestādēs tika uzrādīti papīra formāta reģistri ar 2 līdz 6 sūdzībām. Intervijās iestādes vadītāji atzīmēja, ka izvērtē katru sūdzību, sagatavo atbildi iesniedzējam. Mutiskās sūdzības netiek reģistrētas nevienā no iestādēm, sūdzību klasifikators netiek izmantots. Kopumā sūdzības un ierosinājumi tiek reģistrēti, bet netiek gūti apliecinājumi, ka sūdzības tiek apkopotas un analizētas apkopotā veidā. Netiek apkopoti dati un skaitļi pa sūdzību veidiem, piemēram, tādiem kā: par rēķiniem, par komunikāciju, par klientu apkalpošanu, par ārstniecības kvalitāti, sniegtajiem pakalpojumiem, infrastruktūru, Inspekcijas skatījumā pietrūkst analītiskās pieejas, tai sk. tendenču analīzes dažādos griezumos, pasākumu efektivitātes izvērtēšanas, atkārtotu sūdzību analīzes, korektīvo/preventīvo pasākumu pārvaldīšanas. **Inspekcija nav guvusi apliecinājumus, ka kādā no iestādēm ir izveidota pilnvērtīga sūdzību analīzes un pilnveides sistēma.**

Interviju laikā Inspekcija sniedza iestāžu vadītājiem konsultācijas par sūdzību reģistra pilnveidošanu un uzturēšanu un nosūtīja EXCEL piemēru, kā to veikt klienta skaita ziņā nelielos un vidējos SAC.

Inspekcijas ieskatā, ieviešot sūdzību un ierosinājumu analīzes sistēmu, iestāde demonstrē sabiedrībai savu atvērtību, gatavību un vēlmi izprast klienta vai tā tuvinieka neapmierinātību vai negatīvo pieredzi un uzskata, ka sistēmas veidošanas sākumposmā par efektivitāti liecina gan pieaugošs sūdzību skaits, gan sūdzību klasifikācija, sūdzību analīze, nepilnību identificēšana.

Visās pārbaudītajās iestādēs sūdzību reģistra uzturēšana ir pilnveidojama, veicinot un aicinot klientus un tuviniekus atklāti paust savu negatīvu pieredzi vai neapmierinātību divos veidos:

- izvietojot **labi salasāmu, spilgtu informāciju iestādes telpā**, uzskatāmi norādot kādā veidā iesniegt un kam adresēt šīs sūdzības (vārds, uzvārds, amats, tālrunis, e-pasts);
- izveidojot iestādes mājaslapā sadaļu ar iespēju nosūtīt informāciju ar vai bez iesniedzēja datiem;

Inspekcija uzskata, ka sūdzību izskatīšana nenosodošā vidē ir rīks procesu uzlabošanai, iespēja izrunāt sarežģītus jautājumus ar personālu, identificēt slēptas nepilnības.

Pārbaudes/iekšējais audits

SAC, izņemot valsts pakļautībā esošas iestādes neizmanto vai minimāli izmanto iekšēji veiktās pārbaudes/ iekšējus kvalitātes auditus, kas ļautu pārliecināties par procesu drošību. SAC izmanto daļēju alternatīvu iekšējam sistēmas/procesu auditam- Labklājības Ministrijas noteikto pašnovērtējuma sistēmu, kuru atbilstoši noteiktam plānam un kritērijiem realizē struktūrvienību/procesu vadītāji – atbildīgie par savu jomu. Atšķirībā no iekšējā audita pašnovērtējuma procesā netiek nodrošināts neatkarīgas novērtēšanas princips, tomēr šī ir pietiekami efektīva sistēma, ja tiek koordinēta un pārraudzīta no kvalitātes vadības speciālistu puses.

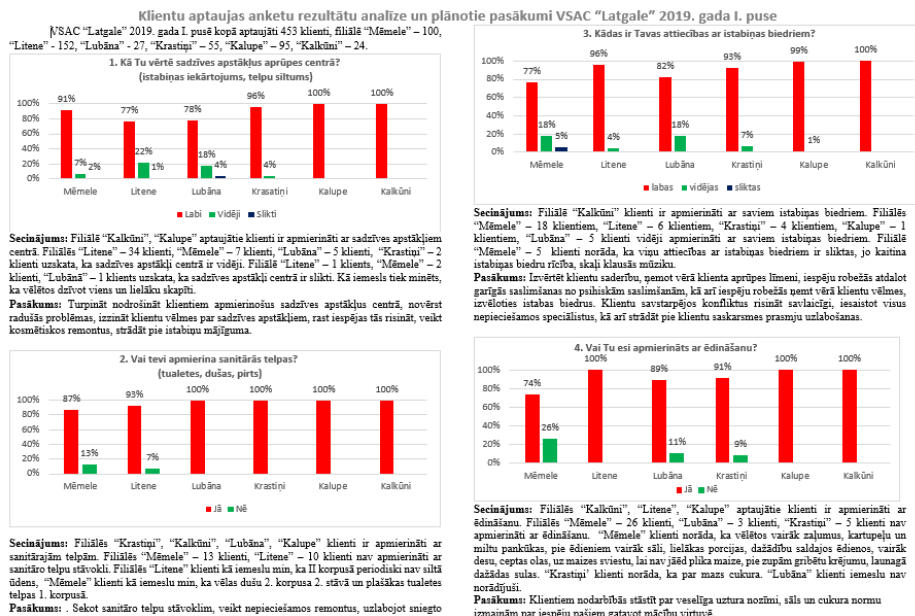
Iestādēs, kas reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā Kvalitātes un drošības pārvaldība papildināma ar iekšēja audita pārbaudēm attiecībā uz veselības aprūpi, piemēram, vai nozīmētie medikamenti un to devas atbilsts ārstu ierakstiem; cik ātri tiek pārskatīta un koriģēta terapija no ģimenes ārsta/internista puses ja klients tiek stacionēts un atgriežas SAC no slimnīcas ar jaunām rekomendācijām un tml.

Aptaujas (klientu, tuvinieku, darbinieku)

Sociālās aprūpes iestādēs ir iedarbināta klientu aptauju veikšana, kas anonīmā veidā palīdz iegūt sistēmiska rakstura klientu neapmierinātības rādītājus, identificēt slēptus trūkumus un pārbaudīt vai iestādes vadības uzskati par situāciju iestādē sakrīt ar klientu vai darbinieku situācijas uztveri.

16.fotoattēls.

Veikto aptauju salīdzinājums (*benchmarking*), VSAC Latgale



17.fotoattēls

Tuvinieku aptaujas piemērs, 2019

Jautājums	Aktuālākās atbildes
Cik bieži apciemojat tuvinieku?	-Vismaz reizi nedēļā
Vai apciemojuma laikā jums ir iespēja satikt sociālo darbinieku un nepieciešamības gadījumā saņemt nepieciešamo informāciju, atbalstu u.c.?	-Vienmēr
Vai Jūsu tuviniekam istabā ir ērti pārvietoties?	-Ir ērti, reizēm rodas grūtības
Vai tuvinieka istabā ir nepieciešamās mēbeles, lai justos ērti un būtu kur novietot personīgās mantas?	-Jā, ir nepieciešamās mēbeles
Vai apciemojuma laikā esat novērojis nekoptu tuvinieka istabu, vai/un nevēdinātas, sasmakušas elpas?	-Ir atsevišķi gadījumi
Vai apciemojot esat novērojis tuviniekam vai citiem iemītniekiem ilgstoši nemainītus pamperus? (piebriedis, nepatīkams aromāts, netīrs)	-Nē -Ir atsevišķi gadījumi

Jāatzīmē, ka klientu un tuvinieku aptaujas netika veiktas privātās sociālās aprūpes iestādēs, izņemot SIA Senior Baltic residence „Dzintara melodija”.

Kopumā kvalitātes un drošības pārvaldība SAC ir iedarbināta, uzsākta, tajā saskatāms ievērojams attīstības potenciāls. Sistēmai nepiemīt pašregulācijas spēks, kas nodrošina klientiem drošus un kvalitatīvus aprūpes pakalpojumus.

Kvalitātes un pacientu drošības pilnveide nav iespējama bez efektīvas novērtēšanas jeb indikatoru sistēmas. Klientu aptaujas un sūdzību analīze, pašnovērtējumu vai iekšējā audita sistēma ir viennozīmīgi izmantojami rīki, taču nav pietiekami kvalitātes pilnveidei un, jo īpaši, rezultātu

novērtēšanai. Inspekcijas ieskatā kvalitātes un drošības pārvaldes pašregulācijai ir attīstāma **veselības aprūpes kvalitātes indikatoru sistēma**, iekļaujot tajā starptautiskajā praksē ilgtermiņa aprūpes iestādēs pielietojamos indikatorus **un izveidojama sociālās aprūpes iestāžu reitings**.

Veselības aprūpes kvalitātes novērtēšanai izmantojamie indikatori, kas tiek izmantoti citur pasaulē un minēti ESAO (OECD) ziņojumā, ir:

1. **Hospitalizāciju skaits uz 1000 klientu dienām** (*Number of hospitalizations per 1,000 long-stay resident days*).
2. NMP nodaļu vizīšu (LV gadījumā – NMPD ambulatoro izsaukumu (bez hospitalizēšanas) skaits uz 1000 rezidentu dienām (*Outpatient emergency department visits per 1,000 long-stay resident days*).
3. Hospitalizācijas skaits uz 100 rezidentiem noteiktajā laika periodā.
4. Rezidentu skaits (%), kuri saņēmuši antipsihotiskās zāles. (*Percentage of long-stay residents who got an antipsychotic medication*). Nav attiecināms uz psihoneiroloģijas SAC.
5. **Rezidentu skaits %, kuri piedzīvojuši vienu vai vairākus kritienus ar smagu traumu.** (*Percentage of long-stay residents experiencing one or more falls with major injury*).
6. **Kritiena riska rezidentu īpatsvars (%), kas saņem D vitāminu.**
7. **Rezidentu īpatsvars%, kam iestādē ir attīstījies insults.**
8. **ISA/Augsta riska rezidentu īpatsvars (%) ar izgulējumiem.** (*Percentage of long-stay high-risk residents with pressure ulcers*).
9. **ISA/Augsta riska rezidentu īpatsvars (%) ar urīntrakta infekciju.** (*Percentage of long-stay residents with a urinary tract infection*).
10. Rezidentu skaits (īpatsvars) %, kuru spējas pārvietoties, samazinājušās. (*Percentage of long-stay residents whose ability to move independently worsened*).
11. **Rezidentu skaits (īpatsvars) %, kuri saņēmuši gripas vai citas noteiktās infekcijas poti attiecīgajā sezonā.** (*Percentage of long-stay residents who needed and got a flu shot for the current flu season*).
12. Zema riska rezidentu skaits (īpatsvars) %, kuri zaudējuši paškontroli pār zarnu un urīnpūšļa funkcijām (pamperētie..). (*Percentage of long-stay low-risk residents who lose control of their bowels or bladder*).
13. **Rezidentu skaits (īpatsvars) %, kuri ievērojami zaudēja svaru.** (*Percentage of long-stay residents who lose too much weight*).
14. **Rezidentu skaits (īpatsvars) %, kuriem ir depresijas simptomi.** (*Percentage of long-stay residents who have symptoms of depression*).

Source: (Stefanacci, 2019[62]) (CMS, 2019[63])

Kvalitātes un drošības pārvaldība

Kvalitātes un drošības pārvaldība ar tās instrumentiem (sūdzību reģistra uzturēšana un analīze; klientu, tuvinieku un darbinieku aptauju veikšana; iekšējo pārbažu/pašnovērtējumu sistēmas attīstība; iekšējas pacientu drošības ziņošanas–mācīšanās sistēmas, kas nodrošina informācijas vākšanu un analīzi par gadījumiem, kuru dēļ radies vai varēja rasties ar veselības aprūpi saistīts kaitējums pacientam utml.) **ir ieviešama visās sociālās aprūpes iestādēs**. Kvalitātes un drošības pārvaldes sistēmas pašregulācijai ir attīstāma **veselības aprūpes kvalitātes indikatoru sistēma**.

Inspekcijas ieskatā drošu un kvalitatīvu pakalpojumu veicināšanai **ir izstrādājama iestāžu reitinga sistēma**, kuras pamatā būtu noteikti aprūpes kvalitātes indikatori, uz klientu vērsti sociālās aprūpes kritēriji, vides un telpu kritēriji, kā arī klientu un tuvinieku apmierinātības indekss.

Līdzīgi kā veselības aprūpes sistēmā šobrīd tiek izstrādāti vienoti principi un rīks stacionāru pacientu pieredzes mērīšanai, arī SAC klientu pieredzes mērīšanas rīks varētu tikt izstrādāts un ieviests, veicinot veselīgus centienus starp SAC klientu pieredzes un kvalitātes pilnveides procesā.

20. Digitalizācija

Jautājums par sociālās aprūpes iestāžu digitalizāciju un IT programmu izmantošanu nav bijis iekļauts pārbaudes ietvarā. Saskaroties ar trūkumiem zāļu ordinācijās, tostarp elektroniskajās ordinācijās, nespēju ātri izveidot augsta riska klientu un veicamo profilaktisko apskaušu reģistrus, Inspekcija pievērsa uzmanību aprūpes pakalpojumu uzskaites sistēmām iestādēs. **Pārbaudes gaitā tikai 4 iestādēs no 22 tika uzsākta aprūpes pakalpojumu uzskaites sistēmu izmantošana** (divās Rīgas sociālās aprūpes iestādēs pilota projekta veidā palaista programma –VAPUS, Veselības aprūpes pakalpojumu uzskaites sistēma, izstrādātājs –firma SIA Meditec, pazīstama kā programmas „Ārstu birojs” izstrādātājs; SAC „Dzintara melodija” – programma OPTIMA, tulkota programma, kuru SAC īpašnieki izmanto ārpus Latvijas, citās valstīs; Ozolnieku novada pansionāts „Zemgale” – vadītājs izmanto nelielu pašmāju programmu, kuru izveidoja programmētājs pamata uzskaites vajadzībām).

Nemot vērā, ka aprūpētāji pārsvarā pavadā laiku pie klientiem, darba kvalitātes uzraudzībai būtu attīstāma arī planšeta datora vai viedtālruna uzskaites programmas mobilais variants. Planšeta dators būtu arī izcils saziņas rīks komunikācijai starp SAC iemītniekiem un to tuviniekiem karantīnas laikā

Papildus jāatzīmē, ka Latvijā, tāpat kā Eiropas Savienībā, ņemot vērā ārstu speciālistu trūkumu plaši tiek diskutēti jautājumi par attālinātām ārstu konsultācijām un uzraudzību. Lai SAC klientiem būtu pieejamas attālinātās konsultācijas ir nepieciešams atbilstošs aprīkojums un personāla apmācība.

Kopumā šāda situācija strauji attīstāmajā IT tehnoloģiju pasaulē vērtējama kā katastrofāla un ir nopietns šķērslis turpmākai drošas un kvalitatīvas aprūpes attīstībai.

21. Sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas organizēšana

Labklājības ministrija piedalījās 5 no sociālās aprūpes centros veiktajām pārbaudēm.

Ministrija vērtēja sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pasākumu plānošanu, izpildi un novērtēšanu. Ņemot vērā epidemioloģiskās drošības pasākumus SAC, netika sniegti vērtējumi pilnā apjomā attiecībā uz sociālās rehabilitācijas pasākumiem, ņemot vērā, ka šajā periodā SAC nācās veikt izmaiņas gan darba organizācijā (personāla funkcionālo pienākumu pārdale), gan arī pārkāpot telpas.

Ministrija vērsa pastiprinātu uzmanību klientu aprūpes nodrošināšanai, veicot dokumentu analīzi, apskatot uz vietas klientiem nodrošināto aprūpi un salīdzinot ar atbildīgo darbinieku darbību dokumentēšanu.

Uz klientu orientēta aprūpe un identificētie riski

SAC pārsvarā ir izstrādātas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas procesu kārtības. Uzsākot pakalpojumu sniegšanu, tiek veikta sākotnējā klientu sociālās situācijas un funkcionēšanas spēju izvērtēšana, identificējot problēmas un nepieciešamo atbalsta apjomu, tiek plānoti un nodrošināti sociālās aprūpes pakalpojumi atbilstoši izvērtētajām klienta individuālajām vajadzībām, tomēr ne vienmēr minētā informācija ir pieejama. Klientu izvērtēšanā tiek iesaistīti sociālā darba un veselības aprūpes speciālisti. Identificētie trūkumi.

- Ne visos SAC ir nodrošināti apstākļi un nepieciešamie resursi saturīgai un daudzpusīgai brīvā laika pavadīšanai, kognitīvo spēju uzturēšanai.
- SAC pārsvarā cenšas klientu dzīvojamās telpas iekārtot mājīgi, samērā maz telpu iekārtošanai tiek izmantoti universāla dizaina elementi. Ne visos SAC ir nodrošināta vides pieejamība visās telpās un piegulošajā teritorijā.
- Saskaņā ar normatīvajos aktos noteikto un pārbaudēs novēroto SAC klientu sociālās aprūpes vajadzību izvērtēšana tiek veikta ne retāk kā reizi gadā. Ņemot vērā, ka izmaiņas klienta funkcionēšanas spējās gada laikā var mainīties vairākkārtīgi, kā rezultātā būtu nepieciešams biežāk pārskatīt nodrošināto atbalsta pakalpojumu apjomu, vairumā gadījumu konstatēts, ka izmaiņas aprūpes plānā netiek veiktas.

- Pārbaudēs konstatēti riski attiecībā uz nepietiekamu uzraudzību par klientiem individuāli nodrošināto atbalstu aprūpē, jo atsevišķos gadījumos novērots, ka aprūpe veikta neatbilstošā kvalitātē. Nepieciešams stiprināt darbinieku izpratni un praksē ieviest atbilstošu rīcību attiecībā uz klientu privātās dzīves neaizskaramības nodrošināšanu, veicot klientu aprūpi. Pārbaudēs tika konstatēti gadījumi, ka gulošiem klientiem netiek nodrošināta aprūpe atbalstoši viņu vajadzībām, tai skaitā pozicionēšana un palīdzība šķidruma uzņemšanā, palīdzība pilnvērtīgas rīta un vakara tualetes izpildē, klientu mazgāšanā, nagu kopšanā.
- Ministrijas ieskatā SAC vadītāju darba organizācija un veiktās aprūpes izpildes kontrole ir nepietiekama un uzlabojama. Nepieciešama regulāra un mērķtiecīga darbinieku apmācība.
- Informācija par klientiem nodrošināto atbalstu aprūpē tiek dokumentēta. Konstatēts, ka veidlapās tiek veiktas atzīmes par sniegto atbalstu aprūpē, tomēr atsevišķos gadījumos ieraksti nesakrīt ar faktisko situāciju, kas tika novērota apsekojot klientus, piemēram, par klientu mazgāšanu, pozicionēšanas lapā norādītā informācija nesakrīt ar faktiski konstatēto. Līdz ar to nepieciešams stiprināt uzraudzību un kontroli par faktiski nodrošinātajiem aprūpes procesiem.
- Klientu funkcionālo spēju novērtēšanai tiek izmantotas dažādas metodikas, no kurām divos SAC izmantotā metodika pamatā ir piemērota aprūpes mājās pakalpojuma apjoma noteikšanai. Līdz ar to netiek vērtētas tādas klientu prasmes kā ēdiena gatavošanas prasmes, apģērba kopšana, telpu kopšanas, uzturēšanas prasmes, izpratne par veselību un tās nozīmi, spējas pārvietojoties izmantot sabiedrisko transportu, spēja veidot pāra – grupu attiecības, darba prasmes, kas ir īpaši būtiskas klientam sniedzot atbalstu patstāvīgas dzīves uzsākšanai ārpus Centra.
- Sociālās rehabilitācijas plāni klientiem tiek noformēti, ne vienmēr plānos norādītās aktivitātēs ir vērstās uz klientam individuāli nepieciešamo atbalstu. SAC pārsvarā nodrošina sociālo rehabilitāciju nelielam klientu skaitam – klientiem, kuri ir aktīvi un motivēti iesaistīties. Vidēji aktivitātēs (radošās nodarbības, hobijsnodarbības) tiek nodrošinātas dažas stundas (2-4 h) nedēļā un gandrīz netiek nodrošināti sociālās rehabilitācijas pasākumi mazkustīgiem klientiem.
- Netika gūti pierādījumi, ka speciālisti izzinājuši klientu individuālās vajadzības un intereses, lai organizētu atbilstošus brīvā laika pavadīšanas pasākumus. Pārsvarā tiek piedāvāta TV skatīšanās, grāmatas lasīšana, trafaretu izkrāsošana, retāk sporta spēles, fizisko aktivitāšu nodarbības, interešu pulciņu nodarbības (rokdarbi, gleznošana, kulinārija, sports, fiziskās aktivitātes – dejošana, dziedāšana).
- Pastaigas svaigā gaisā klientiem pieejamas visos SAC, taču gulošiem klientiem tas tiek nodrošināts ļoti retos gadījumos.

Sociālā darba organizēšana

Pārsvarā SAC ir noteikts sociālā pakalpojuma sniegšanas process, apstiprinātas darba veidlapas un informācijas aprites kārtība, noteikti sociālā darba un ārstniecības personu sadarbības principi, noteiktas atbildīgās personas un kompetenču sadalījums pasākumu organizēšanā, vadīšanā. Sociālā darba procesi pamatā tiek dokumentēti, ir hronoloģiski izsekojami. Tiek nodrošināta klientu sociālās situācijas un funkcionēšanas spēju izvērtēšana. Ne visiem SAC klientiem tiek nodrošinātas daudzpusīgas brīvā laika pavadīšanas aktivitātes, fiziskās aktivitātes, iespēja apmeklēt kultūras pasākumus, doties ekskursijās.

Konstatēts, ka arvien biežāk sociālās rehabilitācijas aktivitātes tiek iekļautas sociālās aprūpes plānos, nosakot vispārīgas aktivitātes, kas vērstas uz saturīga brīvā laika pavadīšanu, fizisko aktivitāšu nodrošināšanu. Līdz ar to ne visi klienti tiek iesaistīti sociālās rehabilitācijas procesā, kas, klienta veselības stāvokļa dēļ, ir objektīvi. Sociālās rehabilitācijas aktivitāšu neesamība zināmā mērā ir saistīta arī ar sociālās rehabilitācijas speciālistu trūkumu. SAC, kuros pakalpojumu saņem pensijas vecuma personas, sociālo rehabilitācijas pasākumu īstenošanu iespējams uzticēt darbiniekiem, kuri nodrošina interešu pulciņu vadīšanu, taču arī šādu darbinieku nav visos SAC pietiekamā daudzumā.

Personāla kapacitāte un kompetence

Sociālā pakalpojuma organizēšanā un sniegšanā iesaistīto sociālā darba speciālistu skaits ne vienmēr ir pietiekams, vairākos gadījumos pakalpojuma sniegšanā netiek iesaistīti normatīvajos aktos noteiktie speciālisti, piemēram sociālais rehabilitētājs vai sociālais aprūpētājs. SAC pakalpojuma sniegšanā bieži vien ir nepieciešams piesaistīt arī citus speciālistus (psihiatru, fizioterapeitu, u.c.), kas nodrošina dažādu pasākumu īstenošanu gan saistībā ar saturīgā brīvā laika pavadīšanu, fizisko aktivitāšu organizēšanu, kā arī alternatīvās rehabilitācijas (terapijas) pasākumu nodrošināšanu.

Konstatēts, ka gandrīz visos SAC esošais aprūpētāju skaits nav pietiekošs lai nodrošinātu ne tikai aprūpi, bet arī iespēju pavadīt vairāk laika kopā ar klientiem brīvā laika saturīgai pavadīšanai.

Sociālā darba speciālistu un aprūpes personāla atalgojuma apmērs ir samērā zems, līdz ar to darbinieki strādā vairākas darba vietās. Līdz ar to tas rada risku darbinieku izdegšanai, kā arī šā brīža epidemioloģiskās situācijas pasliktināšanai.

SAC darba organizācijā tika konstatēti sekojošas nepilnības:

- nepietiekams sociālā darba speciālistu un aprūpes personāla skaits, kā arī darba pienākumu nesamērīgs sadalījums;
- formāla dokumentācijas aizpilde, ko ietekmē uztraudzības un darbinieku apmācības trūkums;
- sociālā darba speciālisti veic klientu funkcionālo spēju invertēšanu, taču rezultāti netiek izmantoti uz klienta individuālo aprūpi un soc. rehabilitāciju vērstu aktivitāšu plāna izstrādē;
- nepietiekama informācijas apmaiņa ikdienā par katra klienta aprūpes niansēm un sadarbība starp sociālā darba speciālistiem, veselības aprūpes darbiniekiem un aprūpes personāla darbiniekiem;
- nepietiekama darba izpildes kontrole visos līmeņos, kas attiecas tieši uz klientu aprūpi un sociālo rehabilitāciju (aprūpētāju, sociālo aprūpētāju, sociālo rehabilitētāju, sociālo darbinieku);
- speciālistu un finanšu trūkuma dēļ nepietiekamā apmērā tiek nodrošināta citu speciālistu iesaiste (fizioterapeita, ergoterapeita);
- brīvdienās klientiem netiek organizēti brīvā laika pavadīšanas pasākumi, darbadienās piedāvāto aktivitāšu skaits un biežums nepietiekams;
- klientiem, kuri paši aktīvi nepiedalās piedāvātajos pasākumos, netiek nodrošināta saturīga brīvā laika pavadīšana (gulošajiem klientiem pārsvarā nodrošina tikai aprūpi), kā arī ne visiem klientiem ir nodrošināta iespēja doties pastaigās svaigā gaisā;
- SAC nav skaidri noteikti un ievēroti klientu privātuma ievērošanas noteikumi (piemēram, aizslietņu lietošana gulošo klientu aprūpes laikā, izmantojot sēdpodus dzīvojamās istabās, slēdzamas dušu un labierīcību telpas, nosacījumi klientu mazgāšanas laikā, pāru attiecību respektēšana, cieņpilna attieksmes reglamentēšana).

22. Kritēriju vērtējums

Šā KOPZIŅOJUMA sākuma tika minēts, kā sākotnēji pārbaudes primārais mērķis bija izprast, kā un vai SAC nodrošina uz aprūpējamo personu (klientu/pacientu) vērstus, kvalitatīvus veselības un sociālās aprūpes pakalpojumus, t.sk. cik lielā mērā tiek ieviesti un īstenoti Slimību profilakses un kontroles centra (SPKC) rekomendētie pacientu drošības pasākumi ārstniecības iestādēm. Kā otrs mērķis tika izvirzīts uzdevums -adekvāti atspoguļot reālo situāciju SAC, nodrošinot Veselības ministriju un Labklājības ministriju ar pietiekamu informācijas apjomu un kvalitāti secinājumu izdarīšanai un lēmumu pieņemšanai. Darba gaitā, sakarā ar COVID-19 izplatīšanās, Inspekcija tematiskā pārbaudē iekļautajiem SAC sekoja arī SPKC epidemioloģiskās drošības pasākumu Covid-19 infekcijas izplatības ierobežošanai rekomendāciju ievērošanai.

Klātienē pārbaudītu laikā, veicot intervijas ar personālu un pārbaudot pēc nejaušības principa izvēlētos klientu medicīniskos ierakstus, visos SAC tika konstatēti līdzīgi sistēmiski trūkumi ar augstu pacientu drošības risku (piemēram, ģimenes ārsta ieinteresētības un motivācijas trūkums

uzraudzīt SAC klientus; zāļu aprites atšķirība SAC un ārstniecības iestādēs, aprūpētāju un māsu zināšanu trūkumi akūtu saslimšanas simptomu atpazīšanā, augsta riska klientu pārvaldē). Tika konstatēta ievērojama atpalikšana SAC digitalizācijā, bez kuras nav iespējama mūsdienīga ikdienas darba dokumentēšana, efektīva komunikācija un datu/rezultātu analīze.

Šo augsta riska sistēmisko trūkumu atpazīšana izvirzīja priekšplānā otru uzdevumu - adekvāti atspoguļot reālo situāciju SAC, nodrošinot Veselības ministriju un Labklājības ministriju ar pietiekamu informācijas apjomu un kvalitāti secinājumu izdarīšanai un lēmumu pieņemšanai un pieņemt lēmumu par KOPZIŅOJUMA sagatavošanu, pirms atgriezeniskās saiknes sniegšanas katram SAC individuāli un atliekot individuālo rezultātu apspriešanu līdz ārkārtējās situācijas atcelšanai vai vakcinācijas pret COVID-19 pabeigšanai.

Apstrādājot klātienēs pārbaudēs iegūto informāciju, kā arī pieprasīto un saņemto dokumentāciju no SAC, papildus Inspekcijas konstatējumiem, atgriezeniskai saiknei, secinājumiem, uzdotām korektīvām darbībām un rekomendācijām, vairāki SAC jau saņēmuši Inspekcijas novērtējumu, izteiktu skaitliskās vērtībās atbilstoši sākotnēji izvirzītajiem kritērijiem:

1.Tabula. Konkrēta SAC vērtējuma piemērs

	Kritēriji	Iestāde: [REDACTED]	kritēriju skaits	Maksimālais punktu skaits	Punkti Inspekcijas vērtējumā	% no maksimālā	Atbilstības vērtējums (A,B,C)
1	1. Uz klientu orientēta aprūpe		26	52	40	77%	A
	1.1. Uz klienta orientētas aprūpes izstrādātie un ieviestie procesi (politika, stratēģija). Klientu tiesību un vēlmju ievērošana		14	28	22		
	1.2. Klienta privātās dzīves neaizskaramība		5	10	9		
	1.3. Klienta tiesības uz savu viedokli		7	14	9		
2	2. Telpas, vide, aprīkojums		27	54	54	100%	A
	2.1. Telpu funkcionālais lietojums, aprīkojums atbilst klienta vajadzībām, veselības stāvoklim un spējai pārvietoties		9	18	18		
	2.2. Telpu un aprīkojuma piemērotība veselības un sociālās aprūpes pakalpojuma sniegšanai		8	16	16		
	2.3. SAC koplietošanas telpās		4	8	8		
	2.4. SAC klienta uzturēšanas telpas		6	12	12		
3	3. Kvalitātes un drošības pārvaldība		9	18	7	39%	C
	3.1. pakalpojumu kvalitātes pārvalde un ārstniecības pakalpojumu rezultātu analīzi		6	12	4	33%	
	3.2. Sociālās aprūpes dokumentācijas kvalitāte		1	2	2	100%	
	3.3. Medicīniskās dokumentācijas kvalitāte		2	4	1	25%	
4	4. Veselības aprūpes organizēšana		22	56	31	55%	B
	4.1. Ārsta darba organizēšana		6	12	5	42%	
	4.2. Akūti saslimušu/ klientu ar hroniskas slimības paasinājumu ārstēšanas/aprūpes organizēšana		3	6	6	100%	
	4.3. Augsta riska pacientu ārstniecības nodrošināšana		5	10	4	40%	
	4.4. Izgulējumu profilakse un aprūpe		8	16	9	56%	
	4.5. Kritisko situāciju pārvaldība		6	12	7	58%	
5	5. Sociālās aprūpes organizēšana		15	30	26	87%	A
	5.1. Sociālā pakalpojuma apjoma noteikšana klientam iestājoties SAC		11	22	20		
	5.2. Sociālā rehabilitācija un brīvā laika aktivitātes		3	6	5		
	5.3. Darbs komandā		1	2	1		
6	6. Zāļu aprites sistēma		13	26	22	85%	A
	6.1. Droša zāļu aprites sistēma		7	14	11		
	6.2. Narkotiskās, psihotropās zāles		6	12	11		
7	7. Higiēna un epidemioloģiska drošība		23	46	46	100%	A
	7.1. Infekcijas slimību riska mazinājošie pasākumi		11	22	22		
	7.2. Pretepidēmijas pasākumi		4	8	8		
	7.3. Saistīto slimību risku mazināšana		8	16	16		
8	8. Personāla kapacitāte un kompetence		10	20	11	55%	B
	8.1. darbinieku profesionālās kompetences pilnveide		10	20	11		
	KOPĀ		145	302	237	78%	A
GALA VĒRTĒJUMS							B

Šo iestāžu punktu skaitā izteiktu vērtējumu var redzēt salīdzinājumā (sk. 8.grafiku. SAC vērtējums punktos). Tajā nav iekļauts vērtējums par sociālās aprūpes organizēšanu, jo sociālās aprūpes organizēšana tika vērtēta tikai 5 iestādēs straujas COVID-19 izplatīšanas dēļ. Salīdzinājumā nav minēti iestāžu nosaukumi, jo pārējām iestādēm aprēķini vēl nav pabeigti.

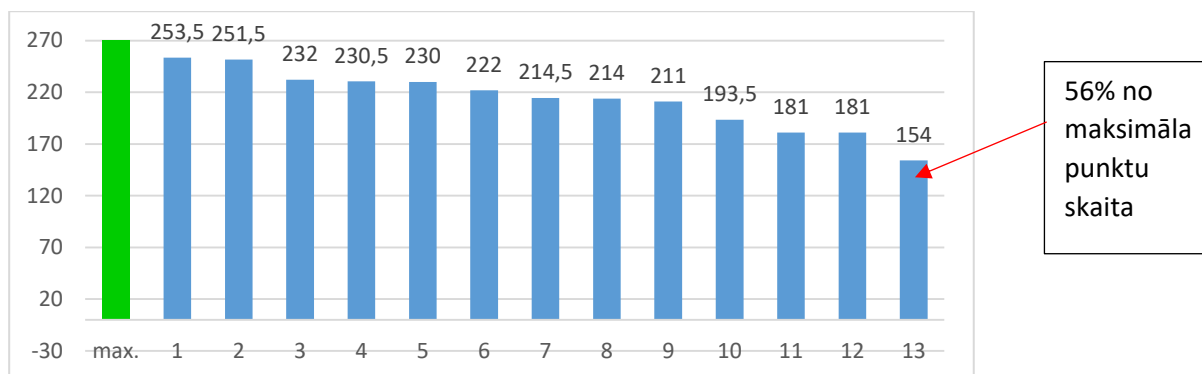
Uzsākot tematisko pārbaudi, Inspekcijai bija nākotnes iecere izveidot SAC reitinga/salīdzinājuma prototipu visām iestādēm, par pamatu izmantojot pārbaudes kritērijus. Darba gaitā Inspekcija secināja, ka reitingam/salīdzinājumam izmantotie pārbaudē kritēriji ir sarežģīti, darbietilpīgi.

Reitinga veidošanai ir jāizmanto konkrēti, viegli un regulāri mērami kvalitātes un drošības rādītāji, piemēram:

- 19.sadaļā minētie kvalitātes indikatori;
- SAC klientu un tuvinieki apmierinātības aptauju rādītāji;
- Telpas un vide, SAC „mājīgums”

8.grafiks.

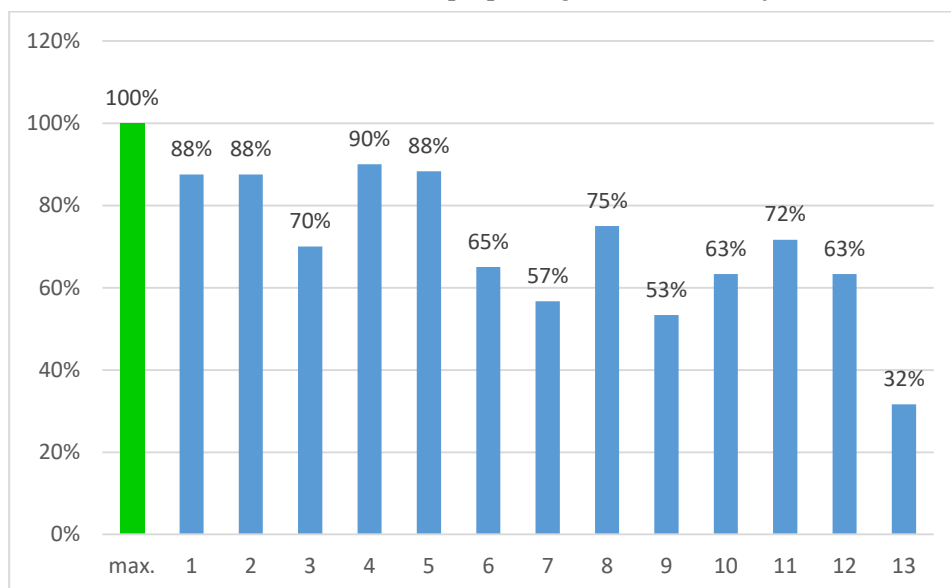
SAC vērtējums punktos (neiekļaujot vērtējumu par sociālās aprūpes organizēšanu).



Rādītāju svārstības (tajās pašās iestādēs) ir izteiktākas sadaļā par veselības aprūpes organizēšanu, kas iekļauj ģimenes ārsta darba organizēšanu, tai sk.zāļu ordinēšanu un ordināciju apstiprināšanu pēc izrakstīšanas no stacionāra vai konsultanta apmeklējuma; ordināciju pārskatīšanu; akūti saslimušu/ klientu ar hroniskas slimības paasinājumu ārstēšanas/aprūpes organizēšanu; augsta riska pacientu ārstniecības nodrošināšanu; izgulējumu profilaksi un aprūpi; kritisko situāciju pārvaldību un medicīniskās dokumentācijas kvalitāti).

9.grafiks.

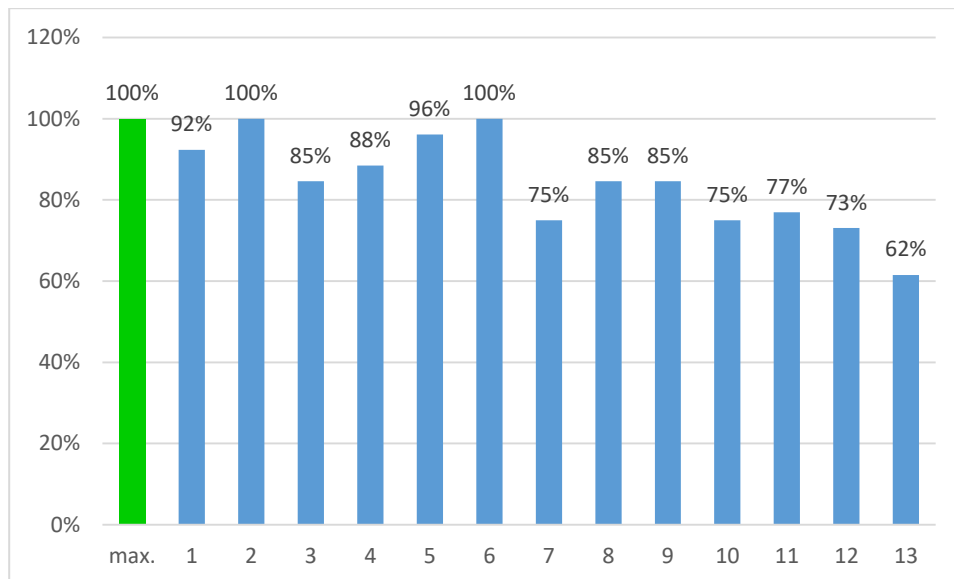
SAC Veselības aprūpes organizēšanas vērtējums, % no maksimāli iespējama vērtējuma



Analizējot citus kritērijus, Inspekcija saskarās ar pretrunu - starp zāļu aprites vērtējumu saskaņā ar normatīvo aktu prasību ierasto interpretāciju un klātienē iegūtajiem apliecinājumiem. Proti, zāļu iegādes, uzglabāšanas, verifikācijas, fiziskas sadales un iznīcināšanas procesi, arī psihotropu medikamentu jomā, kopumā Zāļu aprite SAC pārsvarā vērtējami kā droši, izņemot aspektu, kas ir unikāls SAC, ka nozīmējumus ordināciju lapās vai citos sarakstos, ieraksta, ievada sistēmā vai pārraksta māsa, nevis ārsts, kā tas notiek slimnīcās (!).

Jāatzīmē, ka SAC, kuri veidojušies lokālu slimnīcu reorganizācijas procesā, vai ir reģistrētas kā ārstniecības iestādes vai slimnīcas struktūrvienība, ar zāļu sadali saistītie riski ir mazāki.

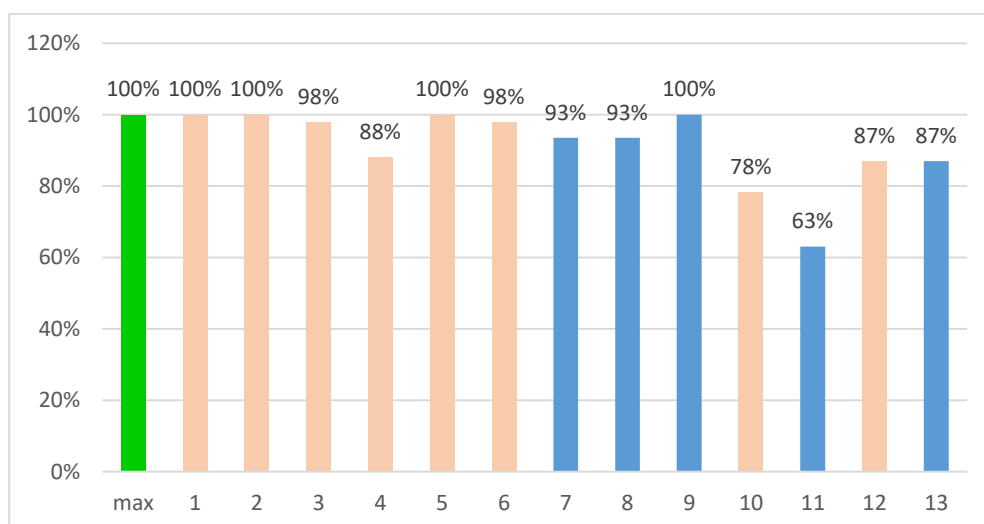
10.grafiks.
Zāļu aprites vērtējums (netiek ņemt vērā ordināciju ievadīšanas risks)



Higiēnu un epidemioloģisko drošību tematiskās pārbaudes ietvaros Inspekcija vērtēja: (1) nosakot atbilstības MK 948 noteikumiem pakāpi tiem SAC, kas reģistrēti Ārstniecības iestāžu reģistrā un papildus (2) vērtējot SPKC ieteikumu²⁰ izpildi (izolācija, informēšana; distancēšana, dezinfekcija, IAL).

Inspekcijas pieņēmums, ka SAC ar augstu vērtējumu būs mazāks COVID-19 inficētu klientu un darbinieku īpatsvars, neapstiprinājās (11.grafikā par Higiēnas un epidemioloģijas vērtējumu ar rozā krāsu atzīmēti SAC, kuros uz 15.01.2021 tika konstatēti ar COVID -19 inficētie klienti vai darbinieki)

11.grafiks. Higiēnas un epidemioloģisko drošības vērtējums.



Vērtējot situāciju kopumā Inspekcijas ieskatā, SAC COVID-19 izplatīšana ir saistīta ar personāla brīvu pārvietošanos un darbu vairākās vietās, tehniski neiespējamu vai nepietiekošu klientu fizisko izolāciju un klientu brīvu pārvietošanās pandēmijas laikā, kur tas bija iespējams, kā arī aprūpētāju

²⁰ SPKC ieteikumi Ārstniecības iestāžu higiēniskā un pretepidēmiska režīma plānu izstrādei

skaitu, noslodzi, izpratni un prasmēm individuālo aizsardzības līdzekļu lietošanā, jo īpaši, aprūpi nodrošinot gan COVID-19 inficētām, gan neinficētām personām.

Kas ir SAC no epidēmijas/pandēmijas skatupunkta?

Tā ir blīva kompakta dzīvesvieta pārsvarā novājinātiem, ar multiplām hroniskām slimībām sirgstošiem vecāka gada gājuma ļaudīm ar uztveres izmaiņām, kas nespēj paši sevi aprūpēt, bet kuru aprūpei tiek izmantota vienota infrastruktūra* un personāls**.

*,** Infrastruktūra un personāls

- klienti dzīvo 2-3-4 vietīgās, reti kur 1-vietīgās vai 2-vietīgās istabiņās;
- klienti izmanto kopējo infrastruktūru (daudzās istabiņās nav WC, tiek izmantotas koplietošanas labierīces un koplietošanas mazgāšanas telpās; virtuve un ēdnīca; netīras veļas un autiņbiksīšu savākšanas procesi);
- ir mainās strādājošais personāls, kas bieži apvieno darbu vairākās darba vietās;
- ir personāls, kurš prot aprūpēt klientu, **bet kuram trūkst kompetences un modrība attiecībā uz epidemioloģijas drošību;**
- dzīvo klienti, kuri spiesti atrasties nepārtrauktā karantīnas režīmā, bez socializācijas.

Inspekcija uzskata, ka epidēmijas/pandēmijas laikā uz SAC, neatkarīgi vai iestādē ir reģistrēta Ārstniecības iestāžu reģistrā, ir attiecināmas pretepidēmiskā režīma prasības slimnīcām

23. Secinājumi

ESAO (OECD) ziņojumā²¹ akcentēts, ka līdzīgi kā ārstniecības tā arī ilgtermiņa aprūpes iestāžu kontekstā pacientu²² drošības negadījumu izmaksas ir lielākas par ieguldījumiem to prevencijā un ārstniecības riska pārvaldībā. Nekvalitatīvas aprūpes izmaksas, kas var izraisīt nevēlamus notikumus, tai sk. nevajadzīgu vai ilgāku hospitalizāciju, ir nozīmīgas. Prevencijas izmaksas nav niecīgas, taču uzlabojami, ieviešot praksē pierādījumus balstītus risinājumus kritienu, infekciju un izgulējumu risku mazināšanai, kā arī hronisko slimību pārvaldībā un paasinājumu prevencijā utml. var tikt panākti ar zemām izmaksām. Būtiska nozīme aprūpes kvalitātes uzlabošanā ir atbilstoši kvalificētam darbaspēkam.

Būtiska ir pieejas maiņa no koncepcijas „kvalitatīva aprūpe” uz „risku pārvaldība, droša un kvalitatīva aprūpe”. ESAO uzsver ITA milzīgo potenciālu kvalitātes pilnveides un pacientu drošības kultūras veicināšanā, tai skaitā ieviešot un motivējot personālu mācīties no nevēlamiem notikumiem nenosodošā vidē, koncentrējoties uz prevenciju un riska novērtēšanu. tādējādi atslogojot slimnīcas no SAC klientu novēršamām hospitalizācijām, kas saistītas ar SAC personāla „bailēm” atstāt ambulatori ārstējamo klientu brīvdienās un svētku dienās vai arī klienta veselības stāvokļa nenovērtēšanu un novēlotu reaģēšanu uz pasliktināšanos.

Visu līmeņu SAC darbiniekiem vajadzētu justies pilnvarotiem reģistrēt un ziņot pacientu drošības jautājumus savā iestādē, ieteikt procesu uzlabojumus un izjust atbildību par rezultātiem, kas nav iespējams bez atbilstošas kultūras veicināšanas SAC. Kultūras maiņa nav viegla vai ātra, taču tam var būt nozīmīgi rezultāti. Pacientu drošības kultūra un veselīga personāla darba vieta ir cieši saistītas - tas nozīmē arī drošāku veselības aprūpi un drošākas personāla darba vietas. Labas darba vides radīšana veselības aprūpes darbiniekiem un pacientu kvalitātes un drošības uzlabošana savstarpēji pastiprina centienus. Pat nelieliem, bet mērķtiecīgiem ieguldījumiem var būt ievērojama ietekme uz nevēlamu notikumu atgadišanās un ar to saistītām izmaksām samazināšanā. Sociālās aprūpes centros ir jāievieš atbilstoši kvalitātes standarti un personāla resursu standarti un kompetences, lai tie atbilstu mūsdienu ITA klientu vajadzībām.

Veiktās pārbaudes rezultātā Inspekcijai ir būtiski secinājumi attiecībā uz SAC kā ilgtermiņa aprūpes iestādi un ar šo pakalpojumu nodrošināšanu saistītiem aprūpes riskiem:

1. SAC viennozīmīgi ir mājas tiem rezidentiem, kuri tur dzīvo. Tomēr, šīs mājas saskaņā ar ESAO definīciju ir ilgtermiņa aprūpes iestāde, kur aprūpe ietver abus aspektus – gan sociālo, gan māsu īstenotu medicīnisko/veselības aprūpi (angļu val. *nursing-skat.definīciju iepriekš*). Kaut arī SAC ir unikāli ar to, ka tie ir cilvēku mājas, nevis slimnīcas, jābūt ieviestiem līdzīgiem pamatprincipiem veselības aprūpes/ārstniecības procesu nodrošināšanā, kādi noteikti ārstniecības iestādēm, lai mazinātu kļūmju riskus un to izmaksas.
2. Pārbaudes rezultāti apliecina, ka visos Inspekcijas pārbaudītajos SAC (ne tikai tajos, kas reģistrēti ārstniecības iestāžu reģistrā) tiek sniegti veselības aprūpes pakalpojumi **un norit veselības aprūpes procesi, tādi kā klienta stāvokļa novērtēšana un reaģēšana uz izmaiņām, pacienta pārņemšana (handover) no/uz stacionāru, aprūpes turpināšana, mainoties personālam, zāļu ordinēšana, sadalīšana ievades devās un izdalīšana/ievadīšana pacientam (klientam, kuram tiek nodrošināts ambulators ārstniecības process ģimenes ārsta uzraudzībā), izgulējumu aprūpe, glikozes līmeņa kontrole, asinsspiediena kontrole u.c.**

²¹ OECD Health Working Paper No. 121. The Economics of Patient Safety Part III: Long-Term Care; 2020
<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm>

²² Ārstniecības likuma kontekstā: Pacients—persona, kas saņem veselības aprūpes pakalpojumus vai vēršas pēc tiem; Veselības aprūpe —pasākumu kopums, ko sniedz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji personas veselības nodrošināšanai, uzturēšanai un atjaunošanai; Ārstniecība —profesionāla un individuāla slimību profilakse, diagnostika un ārstēšana, medicīniskā rehabilitācija un *pacientu aprūpe*; **Pacientu aprūpe** —veselības aprūpes sastāvdaļa, kas ir tieši vai netieši saistīta ar sabiedrības, ģimenes vai personas veselības uzturēšanu, veicināšanu, aizsardzību un atgūšanu.

3. SAC palielinās to klientu īpatsvars, kuri atbilst 3.un 4.aprūpes līmenim, pārbaudes laikā šādu klientu īpatsvars dažādos SAC bija 22-100%. Tādējādi šādu klientu aprūpes neatņemama sastāvdaļa ir sarežģīti un atbildīgi ārstniecības procesi, kuru realizēšanā ir nepieciešams personāls ar medicīnisko izglītību un aprūpētāji ar izglītību un prasmēm aprūpēt klientus ar specifiskām vajadzībām.
4. Inspekcija kritiski vērtē faktu, ka ārstniecības iestāžu (ĀI) reģistrā reģistrēti tikai 36 veselības punkti no 184 reģistrētajiem SAC, kas norāda uz to, ka veselības aprūpes procesu pārvaldība pārējos SAC nav apzināta kā būtiska, MK 60 17.punkta prasības²³ (un citi ĀI saistošie normatīvie akti, tai sk. attiecībā uz higiēnas prasībām ĀI) un SPKC ieteikumi²⁴ pacientu drošībai un ārstniecības kvalitātei netiek attiecināti uz pārējiem SAC un netiek ieviesti, masu kompetences uzturēšana nav obligāta (nereti strādā nesertificētas māsas)
5. SAC tiek veiktas **ārstniecības manipulācijas** (izgulējumu u.c. pārsiešanas, dažreiz injekcijas, katetru aprūpe/maina u.c. t.sk. lietotas medicīniskās ierīces, kā, piemēram, termometri, pulsa oksimetri, asinsspiediena mērīšanas ierīces u.c., tomēr ārstniecības iestādēm noteiktās higiēnas prasības līdz šim attiecinātas uz tiem SAC, kas reģistrēti kā ārstniecības iestādes (tātad tikai nelielai daļai no visiem SAC). Sadarbība ar mājas aprūpes un paliatīvās aprūpes dienestiem ir veicināma. Korekcijas ieviestas Covid-19 kontekstā, tomēr arī pēc pandēmijas higiēnas un klientu izvietojšanas prasības attiecībā uz visiem SAC pārskatāmas un pielīdzināmas tādām, kādas ir ārstniecības iestādēs.
6. Zāļu ordinēšanas, sadales ievades devās, marķēšanas, izdales/ievadīšanas process SAC nav aprakstīts (nav noteikta zāļu ordinēšanas-ievadīšanas kārtība) un tiek pilnībā balstīts tikai un vienīgi māsas (kura nereti ir nesertificēta) un aprūpētāja kompetencē un izpratnē par šo procesu, tai skaitā zāļu lietošana, saskaņošana ar ārstu akūtās situācijās. Rīcībā ar klienta personīgajām zālēm, zāļu iekļaušanā ordinācijās pēc speciālista konsultācijas vai izrakstīšanas no stacionāra Inspekcija identificējusi augstus riskus, saistītus ar zāļu pārrakstīšanu, ārstēšanas turpināšanu u.c. zāļu kļūdām. Inspekcijas ieskatā MK220²⁵ būtu nepieciešams papildināt ar prasībām šādu kārtību izstrādei iestādēs, kurās notiek centralizēts zāļu izdales process.

²³ Ministru kabineta 2009. gada 20. janvāra noteikumu Nr.60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” (turpmāk – MK 60), 17.p.:

17.1. ievieš un nodrošina nepārprotamu pacientu identifikāciju visā ārstniecības procesa laikā, izmantojot vismaz divus identifikatorus (piemēram, pacienta vārds, uzvārds un personas kods);

17.2. nodrošina efektīvu komunikāciju starp pacienta ārstniecības procesā iesaistītajām ārstniecības personām un pacientu, tai skaitā nodrošina:

17.2.1. savlaicīgu kritisko izmeklējumu (tādas diagnostisko izmeklējumu novirzes no normas, kas visticamāk liecina par nopietnu risku pacienta veselībai) rezultātu paziņošanu attiecīgā pacienta ārstniecības procesā iesaistītajām ārstniecības personām vai pacientam;

17.2.2. nepieciešamos medicīniskos dokumentus saskaņā ar medicīnisko dokumentu lietvedības kārtību regulējošiem normatīvajiem aktiem attiecīgā pacienta ārstniecībā iesaistītām ārstniecības personām atsevišķos ārstēšanas posmos vai pacientu nosūtot vai pārvedot starp struktūrvienībām vienas ārstniecības iestādes ietvaros, vai pacientu nosūtot vai pārvedot uz citu ārstniecības iestādi;

17.4. nodrošina risku mazinošus pasākumus augsta riska pacientiem vai pacientu grupām, kas saistīti ar pacientu vecumu, veselības stāvokli un nepieciešamību pēc īpašās aprūpes (piemēram, krišanas risks, pašnāvības risks, veselības stāvokļa pēkšņas pasliktināšanās risks atkarībā no manipulācijas vai saslimšanas);

17.5. ievieš un uztur pacientu neidentificējošu iekšējo pacientu drošības ziņošanas–mācīšanās sistēmu....

17.6. ievieš un uztur drošu zāļu aprites sistēmu saskaņā ar normatīvajiem aktiem par zāļu iegādes, uzglabāšanas, izlietošanas, uzskaites un iznīcināšanas kārtību ārstniecības iestādēs un sociālās aprūpes institūcijās;

17.7. nodrošina ar pacienta veselības aprūpi saistīto infekcijas slimību risku mazināšanas pasākumus saskaņā ar normatīvajiem aktiem par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādēs;

17.8. ievieš un uztur pacientu sūdzību un ierosinājumu analīzes sistēmu;

17.9. nodrošina sniegto ārstniecības pakalpojumu rezultātu analīzi;

17.10. regulāri veic pacientu aptauju par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

²⁴ SPKC Ieteikumi ārstniecības iestādēm; pieejami tiešsaistē: <https://spkc.gov.lv/lv/rightmenu/pacientu-drosiba-un-arstniecib/ieteikumi-arstniecibas-iestade>

7. Māsu, aprūpētāju praksē nav vai ir nepietiekami ieviestas tās aprūpes metodes, kas līdzīga profila pacientiem tiek pielietotas ārstniecības iestādēs, kā, piemēram, izgulējumu, stomu, urīnpūšļa ilgkatetru u.c. aprūpe, kā arī rīcības algoritmi neatliekamās un akūtās situācijās (pamata atdzīvināšanas algoritms, rīcība krišanas un traumas gadījumā, rīcība anafilakses gadījumā, pie aizrīšanās utml.), tai sk., akūtu stāvokļu atpazīšanās (piemēram, insulta simptomu atpazīšana).
8. Krišanas risks un tā prevencija ir būtiski ITA iestādēs, kurās pārsvarā dzīvo seniori ar sarežģītu hronisku slimību stāvokļiem, tomēr Latvijā šis risks ir nepietiekami novērtēts un pārvaldīts, Latvijā nav izstrādātu metodisko rekomendāciju krišanas riska novērtēšanai un mazināšanai, kā tas ir daudzās citās ESAO valstīs un kā tas tiek rekomendēts. Īsas rekomendācijas pieejamas vien Latvijas osteoporozes un kaulu metabolo slimību asociācijas oficiālajā elektroniskajā izdevumā²⁶. Tikai atsevišķos SAC ir izstrādātas rīcības kritiena gadījumā un krišanas riska noteikšana.
9. Latvijā nav izstrādātas rekomendācijas un atbalsta rīks klienta veselības stāvokļa novērtēšanai māsai aprūpes procesā, tai skaitā vitālo funkciju novērtēšanai un agrīnai veselības stāvokļa pasliktināšanās atpazīšanai akūtās situācijās vai novērojot izmaiņas. Šis ir viens no iemesliem gan nepamatotam NMPD izsaukumam, gan arī pārāk novēlotai reaģēšanai un ģimenes ārsta/NMPD iesaistei. Šādi apliecinājumi gūti, izskatot klientu tuvinieku iesniegumus (sūdzības) Inspekcijā.
10. SAC un ģimenes ārsta sadarbībā ir būtiski trūkumi, kas saistāmi gan ar neizdevīgu apmaksas modeli, gan SAC klientu veselības stāvokļa specifiku, gan ar nepieciešamību dublēt medicīniskos ierakstus, lai nodrošinātu rekomendāciju izpildi SAC, kā arī lielāku nepieciešamību regulāri pārskatīt zāļu ordinācijas, uzturēt aktīvu komunikāciju ar SAC, tai skaitā zāļu terapijas saskaņošanu pēc izrakstīšanas no stacionāra. Sadarbība ar SAC ir būtiska profilakses pasākumu realizēšanā, tomēr Inspekcija neguva apliecinājumus tam, ka būtu ieviesti procesi, lai sekotu līdzi klientu veselības profilakses programmai, kāda noteikta primārajā aprūpē.
11. Pacienta datu aizsardzības (datu pieejamības), pilnvarojuma jautājumi, pienākumu un atbildības sadalījums starp SAC un klienta pārstāvi (tuvinieku) par to klientu veselības aprūpes (t.sk. ārstniecības) jautājumiem, kuri sava veselības stāvokļa dēļ nespēj sevi pārstāvēt, nav skaidri atrunāti līgumā par SAC pakalpojumiem, kas ietekmē gan ar slimību profilaksi, gan ārstniecību saistīto jautājumu risināšanu (t.sk. konsultantu slēdzienu, izrakstu saņemšanu, pieejamību aprūpes laikā, rekomendāciju saņemšanu no ārsta, informēto piekrišanu, kā arī piekļuvi medicīniskajiem ierakstiem NMPD izsaukuma laikā, ja tas ir ārpus ārstniecības personas darba laika)²⁷.
12. Latvijā nav izstrādāti un ieviesti vienoti veselības aprūpes kvalitātes indikatori ilgtermiņa aprūpes iestādēm, tādējādi kvalitātes pilnveides pasākumu ieviešanas efektivitāte ir visai

²⁶I. Ādamsone. Māksla nenokrist: <https://kauluveseliba.lv/lv/maksla-nenokrist/> ; 20.04.2015.(skat.12.01.2021.)

²⁷ Pacientu tiesību likums: **7.pants. Citu personu tiesības piekrist ārstniecībai vai atteikties no tās**

(1) Ja pacients sava veselības stāvokļa vai vecuma dēļ pats nespēj pieņemt lēmumu par ārstniecību, tiesības pieņemt lēmumu par piekrišanu ārstniecībai kopumā vai ārstniecībā izmantojamai metodei vai atteikšanos no ārstniecības kopumā vai ārstniecībā izmantojamās metodes ir pacienta laulātajam, bet, ja tāda nav, — pilngadīgam un rīcībspējīgam tuvākajam radniekam šādā secībā: pacienta bērniem, pacienta vecākiem, pacienta brālim vai māsai, pacienta vecvecākiem, pacienta mazbērniem.

(2) Pacienta laulātais, tuvākais radnieks vai pacienta pilnvarotā persona, kā arī pacienta likumiskais pārstāvis, ja pacients atrodas aizbildnībā vai aizgādībā (turpmāk — persona, kas pārstāv pacientu), pieņemot lēmumu par ārstniecību vai atteikšanos no tās, ievēro pacienta iepriekš izteikto gribu attiecībā uz ārstniecību.

10.pants. 10.pants. Pacienta datu aizsardzība. (2) Informāciju par pacientu drīkst izpaust tikai ar viņa rakstveida piekrišanu vai gadījumos, kas noteikti šajā likumā.

subjektīvi izvērtējama, vien pamatojoties uz klientu aptaujām un sūdzību vai negadījumu izskatīšanu.

13. Personāla resursi (māsas, aprūpētāji) ir ievērojami nepietiekami un personāla kompetence neatbilst reālajai nepieciešamībai kvalitatīvai un drošai aprūpes nodrošināšanai.

24. Nepieciešamie uzlabojumi SAC drošai un kvalitatīvai aprūpei

Inspekcija ir identificējusi būtiskus riskus un nepieciešamos uzlabojumus SAC drošai un kvalitatīvai aprūpei:

1. Ģimenes ārsta institūcijas stiprināšana sociālas aprūpes iestādēs;
2. Sociālās aprūpes iestāžu paātrināta digitalizācija:
 - 2.1. Pēc iespējas ātrāk ir ieviešama pakalpojumu el.uzskaites sistēma (pakalpojumu uzskaitē; elektroniskās ordinācijas; zāļu saraksts zāļu sadalei; maiņas notikumu elektroniskais žurnāls; slimību, notikumu, nozīmējumu apkopojums; augsta riska klientu reģistrs; profilaktisko apskāšu reģistrs; sistēmas sasaiste ar ģimenes ārsta izmantojamo sistēmu, lai mazināt ierakstu veikšanu dubultā);
 - 2.2. Ārstu speciālistu pieejamības uzlabošanai paātrināma attālinātās medicīnas pakalpojumu (telemedicīnas pakalpojumu) prasību izstrāde (valsts līmenī), SAC tehniska aprikošana un personāla apmācības šādu konsultāciju nodrošināšanai;
3. Aprūpētāju/māsu apmācība
 - 3.1. Intensificējama un papildināma SAC personāla apmācība aprūpes jomās, kas atbilstoši klientu veselības stāvokļa specifikai ir raksturīgas mūsdienu sociālās aprūpes iestādēm (akūtu saslimšanu/hr. saslimšanu paasinājumu simptomu agrīna atpazīšana; augsta riska klientu specifiska aprūpe; vitālo rādītāju mērījumu veikšana un stāvokļa pasliktināšanās atpazīšana SAC klientiem; mūsdienīga kritienu un izgulējumu pārvalde; pirmā palīdzība; komunikācijas īpatnības ar vecāka gada gājuma klientiem, ar klientiem ar demenci, ar klientu tuviniekiem);
 - 3.2. Par obligātām ir nosakāmas specifiskas konkrētas apmācības personālam par pareizu roku mazgāšanu, lietoto medicīnas ierīču dezinfekciju, aizsarglīdzekļu pareizu lietošanu un rīcību augsta riska kontagiozo infekciju epidēmijas gadījumā (līdzīgi kā civilaizsardības mācības, evakuācijas mācības slimnīcās un tml.);
 - 3.3. Ir atbalstāma un ieviešama obligāta aprūpētāju profesionālā izglītība tiem aprūpētājiem, kuri strādā ilgtermiņa aprūpes iestādē - SAC (pārskatot esošo izglītības saturu un izvērtējot iespējas pielīdzināt aprūpētāja profesiju māsas palīga profesijai). Piemēram, Latvijas universitātes 1. medicīnas koledža piedāvā apgūt gan māsas palīga, gan aprūpētāja profesiju, abām profesijām vienāds izglītības ilgums – 1 gads un zināmā mērā līdzīgs saturs, kā arī veicamie darba pienākumi. Arī SAC aprūpētājs izpilda māsas norādījumus, tai sk. izdala un iedod zāles klientiem. Tomēr, aprūpētāja profesijā nav iekļauti tādi būtiski punkti kā veikt higiēnas procedūras pacientam un sniegt pirmo palīdzību, kas ir vitāli svarīgi arī aprūpētāja darbam SAC.
4. Ir izstrādājami personālam viegli uztverami, vienoti rīcības algoritmi:
 - akūtu saslimšanu/hr. saslimšanu paasinājuma simptomu agrīna atpazīšana, t.sk. insulta pazīmju atpazīšana;
 - augsta riska klientu specifiskā aprūpe (klients ar demenci, stomu, cukura diabētu, katetru, osteoporoze, paaugstinātu asinsspiedienu, mirdzaritmiju utml.);
 - vitālo rādītāju mērījumu veikšana un veselības stāvokļa pasliktināšanās agrīna atpazīšana;
 - krišanas riska novērtēšana, mazināšana, rīcība pēc kritiena;

- izgulējumu profilakse, riska novērtēšana un aprūpe;
 - roku dezinfekcija, ierīču dezinfekcija, aprūpējot klientu (t.sk. infekciju saslimšanas gadījumā);
 - pirmā palīdzība dažādu situāciju gadījumos.
5. Ir izstrādājamas rekomendācijas, kā arī atbalsta rīks-vienotas veidlapas (papīrformāta un nākotnē-elektroniskās) medicīnisko ierakstu un veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanai (krišanas riska novērtēšana; krišanas/traumas protokols; izgulējumu riska novērtēšana, izgulējuma aprūpes protokols; med.informācijas apkopojums SAC klienta medicīnas kartē; informācijas apkopojums klienta hospitalizācijas gadījumā.);
 6. SAC ir pilnveidojams zāļu ordinēšanas-izdales/ievadīšanas process. Īstermiņā: izstrādājama zāļu ordinēšanas, sadales ievades devās, izdales/izsniegšanas/ievadīšanas kārtība, kārtības izstrādāšanā izmantojot SPKC Ieteikumi ārstniecības iestādēm drošai zāļu ordinēšanai un ievadīšanai. Ilgtermiņā jādoma par mūsdienīgiem risinājumiem līdzīgi kā tas notiek starptautiskajā praksē (Somijā, Zviedrijā, Dānijā u.c.), kad **zāļu fasēšanu SAC klientam veic tuvākās aptiekās, kas būtu ieguvums gan no pacientu drošības skatu punkta, gan ļautu SAC mūsu resursus izmantot klientu aprūpē.**
 7. **Kvalitātes un drošības pārvaldes sistēmas** ietvarā attīstāma kvalitātes **indikatoru sistēma** (Veselības aprūpes kvalitātes novērtēšanai izmantojamie indikatori, kas tiek izmantoti citur pasaulē un minēti ESAO (OECD) ziņojumā norādīti šā KOPZIŅOJUMA 48.lapā), kā arī veicināma kvalitātes un pacientu drošības pilnveides kultūra, tai sk.sūdzību, nevēlamu notikumu reģistrēšana un analīze nenosodošā vidē ar mērķi pilnveidot pakalpojumu sniegšanu, procesus, komandas darbu, identificēt apmācību vajadzības un tās realizēt, nevis atrast un sodīt “vainīgo”;
 8. **Ir pārstrādājami Epidemioloģijas drošības rīcības plāni**, kā nosacījumu paredzot izolācijas iespējas līdz 50% SAC klientiem (proti, nodalot veselo un inficēto/slimo klientu plūsmas, un sadalot personāla, kas šos klientus aprūpē, plūsmas.). Higiēniskā un pretepidēmiskā režīma paraugplāns pieejams SPKC mājas lapā kā ieteikumi ārstniecības iestādēm. SAC ir jābūt izstrādātiem šādiem plāniem situācijām, kad kādam no klientiem konstatētas infekcijas pazīmes, kā arī epidēmijas situācijām. Arī gripas epidēmijas (u.c.infekciju) ierobežošanas pasākumi attiecināmi uz SAC (ne tikai ārstniecības iestādēm un SAC veselības punktiem, kā tas ir šobrīd), nosakot, ka SAC izstrādā rīcības plānu darbam gripas epidēmijas laikā un gripas epidēmijas draudu gadījumā to īsteno (minēto plānu var iekļaut esošajā iestādes higiēniskā un pretepidēmiskā režīma plānā)²⁸;
 9. **Sociālās aprūpes iestādes ar 3.un 4. aprūpes līmeņa klientiem ir reģistrējamas ārstniecības iestāžu reģistrā (veselības punkts un tml.)** un uz tām attiecināmi ārstniecības iestādēm saistošie ieteikumi, rekomendācijas, vadlīnijas, metožu apraksti. Papildināmas prasības attiecībā uz jaunu SAC reģistrāciju un pārreģistrāciju sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā, reģistrēšanas kārtībā un prasībās iestrādājot prasību saņemt Veselības inspekcijas atzinumu par atbilstību SAC noteiktajām higiēnas prasībām, kā arī izvērtējumu SAC atbilstībai reģistrēšanai Ārstniecības iestāžu reģistrā, tādējādi panākot, ka SAC ar 3.un 4.līmeņa klientiem novērtēti, reģistrēti un turpmāk uzraudzīti klientu specifikai un veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstošā apjomā no Veselības inspekcijas puses;

Alternatīva 1 – visi SAC (ilgtermiņa/diennakts aprūpes iestādes), kas ir sociālās aprūpes iestāžu reģistrā, uzskatāmi arī par iestādēm, kurās tiek realizēti veselības aprūpes pakalpojumi/ārstniecība, nosakot (papildinot MK338), ka SAC nodrošina atbilstību ārstniecības iestādēm saistošajiem normatīvajiem aktiem, ievieš Latvijas masu asociācijas rekomendētās aprūpes metodes, ieteikumus, vadlīnijas, kā arī realizē klientu profilam atbilstošus SPKC izstrādātos ieteikumu ārstniecības kvalitātes un pacientu drošības

²⁸ Ministru kabineta 2006.gada 21.novembra noteikumiem Nr.948 „Noteikumi par gripas pretepidēmijas pasākumiem” (turpmāk – MK 948).

pilnveidei, kā arī citas rekomendācijas, kas izstrādātas aprūpes procesa kvalitātei. Jauna SAC reģistrēšanas gadījumā tiek pieprasīta arī uz ārstniecības iestādēm attiecināmā dokumentācija un novērtējums

Alternatīva 2 – visus SAC, kuri saņem zāļu atļauju vai kuros notiek centralizēti zāļu sadales procesi pielīdzināt ārstniecības iestādēm un attiecīgi atbilstošām prasībām.

10. **Klientu izmitināšana**, realizējot principu „uz klienta vērsta aprūpe” un ņemot vērā epidemioloģijas apsvērumus, ir pieļaujama **tikai vienvietīgās vai divvietīgās istabās** ar ierīkotu sanitāro mezglu (tualeti, izlietni), paredzot minimālo platību uz 1 klientu vismaz 8 m². Guļošu vai izteikti mazkustīgu klientu izvietošana 2-vietīgās istabās ir pieļaujama, ja tajā atrodas klienti ar vienādu apziņas līmeni (nav pieļaujama divu klientu izvietošana 2-vietīgā istabā, ja viens no klientiem ir dzīves nobeiguma stadijā);
11. **Vienotu prasību īstenošana visās sociālās aprūpes iestādēs neatkarīgi no uzņēmējdarbības formas un pakļautības, tai sk.:**
 - 11.1. nosakot personāla skaitu un kompetenci visos SAC. SAC personāla skaits un kompetence šobrīd, Inspekcijas ieskatā, minimālajā apjomā noteikta tikai no valsts budžeta finansēta ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas pakalpojuma sniegšanā (tātad nav saistoša pašvaldību, privātajiem SAC).²⁹
 - 11.2. **nosakot vienotu SAC uzraudzību.** Inspekcijas veiktās plānveida pārbaudes rezultāti liecina, ka **ši SAC unikalitāte un šajā ziņojumā norādītie riski NAV pietiekami apzināti Latvijas vidē:**

Normatīvajā regulējumā sociālā un veselības aprūpe ir nodalītas jomas, līdz ar to arī ir nodalītas prasības sociālo pakalpojumu sniedzējiem un ārstniecības iestādēm un uzraudzība^{30,31,32,33} Pārbaudes rezultāti apliecina, ka visos Inspekcijas pārbaudītajos SAC (ne tikai tajos, kas reģistrēti ārstniecības iestāžu reģistrā) tiek sniegti veselības aprūpes pakalpojumi **un norit veselības aprūpes procesi.** Inspekcijas pieredze dalībā EPSO³⁴ rāda, ka sociālajā jomā uzraudzībai tiek pievērsta tikpat liela nozīme, kā veselības aprūpē, tai skaitā inspekciju pieejā un metodēs, ir atsevišķi *inspektorāti* sociālās aprūpes uzraudzībai. Inspekcijas ieskatā Labklājības ministrijai (LM) būtu jāpilnveido regulējums, iekļaujot tajā veselības pakalpojumu nodrošināšanu, un jāpilnveido - jāveido centralizēta uzraudzības sistēma, kuras uzdevumi būtu nevis kontrolēt un sodīt, bet ieraudzīt riskus, atrast cēloņus, novērst tos. Dalība EPSO būtu lietderīga arī LM.

25. Praktiskie risinājumi uzlabojumu realizēšanai

1. Ģimenes ārsta konsultācijas vai pieņemšanas sociālās aprūpes iestādēs tiek apmaksātas kā mājas vizītes valsts finansējuma ietvaros;
2. Mājas aprūpes pakalpojumu un paliatīvo dienestu sniegto pakalpojumu izmantošana specifiskas medicīniskās (māsu līmeņa) aprūpes un manipulāciju veikšanā;

²⁹ Ministru kabineta noteikumi Nr.138. Noteikumi par sociālo pakalpojumu saņemšanu; 5.pielikums

³⁰ Ministru kabineta 13.06.2017. noteikumi Nr.338 „Prasības sociālo pakalpojumu sniedzējiem” (turpmāk – MK 338)

³¹ Ministru kabineta 2009. gada 20. janvāra noteikumu Nr.60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” (turpmāk – MK 60).

³² Ministru kabineta 2016.gada 16.februāra noteikumiem Nr.104 „Noteikumi par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē” (MK 104).

³³ Ministru kabineta 12.12.2000. noteikumi Nr.431 “Higiēnas prasības sociālās aprūpes institūcijām”.

³⁴ EPSO- European Partnership for Supervisory Organisations in Health Services and Social Care to improve the quality of health care and social care in Europe, <http://www.epsonet.eu/index.html>

3. Ģimenes ārsta nosacījumi par pakalpojuma sniegšanu sociālās aprūpes iestādē tiek iekļauti līguma ar NVD par primārās aprūpes sniedzamajiem pakalpojumiem, nosakot, ka starp ģimenes ārstu un SAC jānoslēdz sadarbības līgums, kas nosaka pušu pienākumus, komunikācijas kanālus un atbildības robežas veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanā;
4. Piešķirt NVD tiesības noteikt pienākumus ģimenes ārstam sniegt veselības aprūpes pakalpojumus SAC klientiem, ja SAC atrodas ģimenes ārsta prakses apkalpošanas zonā vai ir tuvākā un, ņemot vērā satiksmes iespējas, pieejamāka prakse, un ar nosacījumu, ka klients piekrīt pierēģistrēties pie jauna ģimenes ārsta ;
5. Nedefinēt prasības sociālās aprūpes iestādēm klientu medicīniskiem ierakstiem, jeb Sociālās aprūpes iestādes Klienta medicīniskajai kartei un dokumentiem/ierakstiem, kas tajā iekļaujami. Inspekcija rekomendē diagnožu un pārciesto operāciju apkopojums (sk.3.Pielikumu „Sociālās aprūpes iestādes Klienta medicīniska karte). konsultantu un ģimenes ārsta slēdzienus vai to kopijas, izrakstus no stacionāra, izmeklējumu un analīžu kopijas, zāļu un manipulāciju ordināciju lapa, kas uzglabājami hronoloģiskā secībā. Alternatīvais variants – ģimenes ārsta prakses ambulatorās kartiņas nodošana uzglabāšanai sociālās aprūpes iestādei.
6. Noteikt nepieciešamos ierakstus veidlapā, aizpildīšanai nosūtīt klientu no SAC uz NMPD/stacionāru (sk. 2.Pielikumu „Informācija par Sociālās aprūpes centra klienta veselības stāvokli”);
7. Apstiprināt veselības inspekcijas izstrādātas un attiecīgo institūciju saskaņotas veidlapas: SAC nosūtījums NMPD/stacionāram, krišanas riska novērtēšanas protokols, traumas/krišanas protokols; veidlapa klienta nosūtīšanai stacionārā īpaši bīstamās infekcijas (COVID-19) gadījumā;
8. Papildināt prasības attiecībā uz sociālās aprūpes iestādēm ieviest un uzturēt ar veselības aprūpi saistītus vismaz šādus kvalitātes indikatorus/ kritērijus, izskatot iespēju šos indikatorus SAC, kas reģistrēti kā ārstniecības iestādes, uzturēt SPKC (SPKC funkcija-izstrādāt un uzturēt veselības aprūpes rezultatīvo rādītāju un indikatoru klāstu ārstniecības iestāžu darbības un rezultātu analīzei):
 - 8.1. **Hospitalizāciju skaits uz 1000 klientu dienām** (*Number of hospitalizations per 1,000 long-stay resident days*) vai – hospitalizāciju skaits uz 100 klientiem.
 - 8.2. **NMPD ambulatoro izsaukumu (bez hospitalizēšanas) skaits uz 1000 rezidentu dienām** (vai 100 klientiem) (*Outpatient emergency department visits per 1,000 long-stay resident days*)
 - 8.3. **Rezidentu skaits (%)**, kuri saņēmuši antipsihotiskās zāles. (*Percentage of long-stay residents who got an antipsychotic medication*). Nav attiecināms uz psihoneiroloģijas SAC.
 - 8.4. **Rezidentu skaits %, kuri piedzīvojuši vienu vai vairākus kritienus ar smagu traumu (ievainojumu).** (*Percentage of long-stay residents experiencing one or more falls with major injury*).
 - 8.5. **Kritiena riska rezidentu īpatsvars (%), kas saņem D vitāminu** (ja datu ieguve sarežģīta – rezidentu īpatsvars, kuri saņem D vitamīnu);
 - 8.6. **Rezidentu īpatsvars%, kam iestādē ir attīstījies insults.**
 - 8.7. **Rezidentu īpatsvars (%) ar izgulējumiem.** (*Percentage of long-stay high-risk residents with pressure ulcers*).
 - 8.8. **Rezidentu skaits (īpatsvars) %, kuri saņēmuši gripas vai citas noteiktās infekcijas vakcīnu attiecīgajā sezonā.** (*Percentage of long-stay residents who needed and got a flu shot for the current flu season*).

- 8.9. Zema riska rezidentu skaits (īpatsvars) %, kuri zaudējuši paškontroli pār zarnu un urīnpūšļa funkcijām (pamperētie..). (*Percentage of long-stay low-risk residents who lose control of their bowels or bladder*)
9. Pārskatīt aprūpētāju profesijas standartus un darbam nepieciešamās kompetences, vai noteikt, ka aprūpētāja izglītība ir obligāta, pārskatīt izglītības saturu, pielīdzinot to māsu palīga izglītības saturam;
 10. Izstrādāt un ieviest rekomendācijas un atbalsta rīkus klienta veselības stāvokļa novērtēšanai māsai aprūpes procesā, tai skaitā vitālo funkciju novērtēšanai un agrīnai veselības stāvokļa pasliktināšanās atpazīšanai akūtās situācijās vai novērojot izmaiņas (Veselības inspekcijas sagatavotie materiāli pieejami 4.Pielikumā un 4a.Pielikumā);
 11. Izstrādāt rekomendācijas (vai adaptēt ESAO rekomendētās³⁵) krišanas riska pārvaldībai un citus, organizējot darba grupu SPKC (SPKC deleģētas funkcijas nodrošināt metodisku atbalstu ārstniecības iestādēm ārstniecības kvalitātes un pacientu drošības jautājumos) ietvarā, iesaistot darba grupu Māsu asociāciju;
 12. Aicināt Labklājības ministriju izstrādāt grozījumus SAC telpu prasībām, kas paredz klientu izmitināšanu vienvietīgās un divvietīgās istabīnās, palielinot minimālas platības prasības līdz 8m2 uz 1 cilvēku, nosakot pārejas periodu izvīrīto prasību realizācijai.
 13. Aicināt pašvaldības jaunas teritoriālas reformas ietvaros izvērtēt iespējas nodrošināt vienotu/centralizētu SAC pārvaldi/uzraudzību savā teritorijā;
 14. Aicināt Labklājības ministriju veidot centralizēto uzraudzības sistēmu SAC- *inspektoratu*, kuras uzdevumi būtu nevis kontrolēt un sodīt, bet ieraudzīt riskus, atrast cēloņus, novērst tos. Dalība EPSO būtu lietderīga arī LM.
 15. Aicināt Labklājības ministriju un Veselības ministriju izveidot darba grupu SAC aprūpes pakalpojumu, t.sk. veselības aprūpes pakalpojumu, uzskaites programmu prasību noteikšanai;
 16. Aicināt Veselības ministriju paātrināt prasību izstrādi attālinātas medicīnas (telemedicīnas) konsultāciju veikšanai;
 17. Aicināt Labklājības ministriju un Veselības ministriju izveidot darba grupu sociālas aprūpes iestāžu reitinga sistēmas izstrādei, ņemot par pamatu aprūpes kvalitātes indikatorus un klientu/klientu tuvinieku/personāla aptaujas;
 18. Labklājības ministrijai SAC (ilgtermiņa aprūpes iestādes) reģistrācijas un pārreģistrācijas procesā pieprasīt Veselības inspekcijas novērtējumu attiecībā uz higiēnas prasībām un reģistrēšanas nepieciešamību Ārstniecības iestāžu reģistrā (reģistrējami SAC, kuru klienti atbilst 3.un 4.aprūpes līmenim);
 19. Aicināt Labklājības ministriju un SAC vadību izvērtēt jautājumu par SAC māsu zāļu sadales procesa aizvietošanu ar zāļu fasēšanas iespējām aptieku tīklos, tādējādi mazinot zāļu aprites riskus un racionāli izmantot medicīnās māsu resursus;
 20. Aicināt Labklājības ministriju noteikt vienotas minimālas prasības proporcijai starp klientu skaitu un klienta aprūpē iesaistītā personāla (aprūpētāji/māsas) skaitu un kvalifikāciju neatkarīgi no uzņēmējdarbības formas.
 21. Higiēnisko un pretepidēmisko plānu izstrādē SAC izmantot SPKC Ieteikumus ārstniecības iestādēm higiēniskā un pretepidēmiskā režīma plānu izstrādei- paraugplānu (pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/ieteikumi-arstniecibas-iestadem-0>) attiecībā uz situācijām klienta akūtas saslimšanas gadījumā (gripa, Covid u.c.infekcija), kā arī, aprūpējot klientus ar izgulējumiem, pielietojot medicīniskās ierīces (termometri, pulsa oksimetri, asinsspiediena mēraparāti u.c.), t.sk.attiecībā uz roku higiēnas principu ievērošanu.

³⁵ The Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) Best Practice Guideline (BPG): Preventing Falls and Reducing Injury from Falls Fourth Edition (2017); https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf (11,12,2020,)

1.Pielikums. Tematiska pārbaudē iekļautās sociālās aprūpes iestādes

Iestāde	Īpašnieks	vid. klientu skaits	darbinieku skaits	Covid-19 poz	Vai iestāde ir reģistrēta Ārstniecības iestāžu reģistrā?
SIA "Senior Baltic" rezidence DZINTARA MELODIJA	privāts	170	90	✓	med. māšas kabinets, psihiatra kabinets, fizioterapeita kabinets;
Rīgas sociālās aprūpes centrs "Mežciems"	pašvaldība	240	145	✓	veselības punkts, masiera kabinets;
Saulkrastu novada pašvaldības iestāde "Sociālās aprūpes māja"	pašvaldība	26	15	✓	nav
VSAC Latgale filiāle "Mēmele"	valsts	192	113	✓	veselības punkts
Nodibinājums Fonds Cilvēks cilvēkam sociālās aprūpes centra filiāle Jūrkalne	privāts	77	28		nav
Višķu sociālās aprūpes centrs "Rūpes"	pašvaldība	71	36	✓	med.māšas kabinets
Alūksnes novada Sociālo lietu pārvaldes Sociālās aprūpes centrs "Pīlādži"	pašvaldība	59	32	✓	nav
Sociālās aprūpes centrs "Liepa"	privāts	109	60	✓	nav
PSIA Veselības un sociālās aprūpes centrs "Sloka"	pašvaldība	145	80?		med.māšas kabinets; veselības aprūpe mājās; fizioterapeita kabinets
Rīgas sociālās aprūpes centrs "Gaiļezers"	pašvaldības	367	199	✓	fizioterapeita kab.; internista kab.; fiz. medicīnas kab., zobārsta kab.
SIA Mentamed ilgstošās sociālās aprūpes centrs	privāts	21	23		med.māšas kabinets; ārsta kabinets
VSAC "Rīga" filiāle "Ezerkrastī"	valsts	300	300		med.māšas kab.; internista kabinets; ergoterapeita kab.; fiz.medīcinā kab.

SIA "MILUR" sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas centrs "Auce"	privāts	65	25		nav
Biedrība "Sociālās aprūpes centrs ALLAŽI"	biedrība	49 (52)	25		nav
Biedrības Latvijas Sarkanais Krusts sociālās aprūpes centrs Ruba	biedrība	27	18		nav
SIA "Ogres rajona slimnīca" ilgstošās sociālās aprūpes institūcija	pašvaldības	95	30		struktūrvienība ĀI, veselības punkts, fizioterapeita kabinets
Pensionāru sociālo pakalpojumu centrs (Rēzeknes pansionāts)	pašvaldības	209	101	✓	ārsta kabinets
Pansionāts "Rūja"	valsts	263	152	✓	veselības punkts, zobārstniecības kabinets
Madonas novada pašvaldības Mārcienas pansionāts	pašvaldības	61	33	✓	nav
VSAC Zemgale filiāle Iecava	valsts	147	94	✓	pārējās ĀI (veselības punkts)
Senioru nams "Zilaikalns"	biedrība	33	13		nav
Ozolnieku novada pašvaldības sociālās aprūpes centrs "Zemgale"	pašvaldības	274	134	✓	pārējās ĀI (veselības punkts; fizioterapeita kab.; podologa kabinets)

2.Pielikums. PIEMĒRS.

Informācija par Sociālās aprūpes centra klienta veselības stāvokli

Informācija par Sociālās aprūpes centra klienta veselības stāvokli
(iesniegšanai slimnīcā, kurā nogādāts klients)

Sociālās aprūpes centrs (centra nosaukums)	
Klienta vārds, uzvārds	
Klienta dzimšanas dati (dd.mm.gggg)	____.____.____
Kas notika? (lūgums - apvilkt atbilstošus ciparus blakus esošajā laukā un veikt ierakstu 11.punktā, ja tas nepieciešams)	1.Paugstinājās temp. _____ °C 2. Sākās klepus 3. Sākās elpas trūkums 4. Sākās ožas, garšas traucējumi 5. Sākās sāpes krūtīs 6. Iestājās samazas zudums 7. Āda kļuva vēsa/mitra 8. Sākās krampju lēkme 9.Vemšana/caureja 10. Krišana/trauma 11.Citas pazīmes vai sāpes _____
Kad notika? (dd.mm.gg.)	_____._____._____, plkst. ____:____ vai Slimo no _____._____._____
Klienta augsta riska slimības un stāvokļi (lūgums - apvilkt atbilstošus ciparus blakus esošajā laukā un veikt ierakstu 12.punktā, ja tas nepieciešams)	1. Hronisks bronhīts, bronhiāla astma 2. Cukura diabēts 3. Demenca 4. Onkoloģiska saslimšana 5. Arteriāla hipertensija 6. Sirds ritma traucējumi 7. Hroniska sirds mazspēja 8. Hroniska nieru mazspēja 9. Hroniska aknu slimība 10. Pārciests sirds infarkts 11. Pārciests smadzeņu insults 12. Cita slimība/ sekas: _____
Medikamenti, kurus nozīmējis ārsts klientam regulārai lietošanai (var pievienot ordinācijas lapas kopiju)	
Klienta fiziskās un garīgās spējas (lūgums- apvilkt atbilstošu ciparu blakus esošajā laukā)	1. Saglabāta funkcionāla neatkarība (nav nepieciešama citu personu palīdzība ikdienā) 2. Daļēja atkarība no aprūpes fizisku vai garīgu problēmu dēļ 3. Pilnībā atkarīgs no aprūpes 4. Guļošs un kopjams

Informāciju sniedza:

medicīnas māsa/ sociālais darbinieks
(atbilstoši pasvītrot)

(Vārds, Uzvārds)

(paraksts)

SAC kontaktālrūņa numurs _____

Datums: _____

(dd mm gggg)

SOCIĀLĀS APRŪPES IESTĀDES _____
KLIENTA MEDICĪNISKĀ KARTE

Iestāšanas datums

Personas kods _____ V ☐ S ☐

Vārds, uzvārds _____

Likumisko pārstāvju vārds, uzvārds, personas kods, kontakttālrunis _____

Personas, kurām var sniegt informāciju par klientu (vārds, uzvārds, p.k., kontakttālruni)

E-pasta adreses _____

Dzīvesvieta _____

Alerģija (dzīvībai bīstama) _____

piemērs

Ziņas par nozīmīgajām stacionēšanas epizodēm

Iestādes nosaukums, <u>epikrīzes</u> pamata diagnoze	periods	Ieraksta veicējs (paraksts, atšifrējums)

Ziņas par iepriekš pārciestajām traumām un ķirurģiskajām manipulācijām

Trauma/operācijas/ķirurģiskās un <u>invazīvās</u> manipulācija	periods	Ieraksta veicējs (paraksts, atšifrējums)

Nelabvēlīgās un alerģiskās reakcijas uz medikamentiem

Medikaments	Izpausme	Ieraksta veicējs (paraksts, atšifrējums)

piemērs

Galīgo (noskaidroto) diagnožu apkopojuma lapa				
datums (diena, mēnesis, gads)	Galīgās (noteiktās) diagnozes	Diagnozes kods pēc SSK	Pirmo reizi konstatēta diagnoze (atzīmē+)	Ieraksta veicējs (paraksts, atsifrējums)

piemērs



Veselības inspekcija

IETEIKUMI

ILGTERMIŅA SOCIALĀS APRŪPES CENTRIEM (SAC) KLIENTA VESELĪBAS STĀVOKĻA NOVĒRTĒŠANAI UN REAGĒŠANAI UZ STĀVOKĻA PASLIKTINĀŠANOS

Rīga

2021.gads

IETEIKUMI

Ilgtermiņa sociālās aprūpes centriem (SAC) klienta veselības stāvokļa novērtēšanai un reaģēšanai uz stāvokļa pasliktināšanos

Ieteikumi saskaņoti ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta (NMPD) Operatīvās vadības grupu.

Novēlota pacienta stāvokļa pasliktināšanās atpazīšana ir biežākais cēlonis neatliekamām situācijām un pēkšņiem, neparedzētiem nāves gadījumiem, kas jo īpaši aktualizējās Covid-19 pandēmijas laikā, turpinot identificēt un aprūpēt Covid-19 pozitīvus klientus sociālās aprūpes centros. Savlaicīgi atpazīstot problēmu, kāpēc SAC klienta veselības stāvoklis pasliktinās un savlaicīgi veicot ārstēšanas un aprūpes plāna korekcijas, var izvairīties no pēkšņas stacionēšanas nepieciešamības vai Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta (NMPD) iesaistes ambulatori risināmu problēmu gadījumos.

Mērķis – uzraugot SAC klienta veselības stāvokli, kā arī ambulatora ārstniecības procesa ietvaros agrīni atpazīt un novērst SAC klienta stāvokļa pasliktināšanos, pielietojot agrīnās brīdināšanas sistēmu.

Ieteikumi attiecas uz pieauguša klienta (no 18 g.v.) veselības stāvokļa novērtēšanu SAC.

Definīcijas šo ieteikumu kontekstā

- **Ambulators pacients** – SAC klients, kurš saņem ģimenes ārsta vai speciālista (tai sk. izrakstot no stacionāra/dienas stacionāra vai izpildot NMPD norādes pēc izsaukuma) nozīmētu ārstēšanu akūtas saslimšanas vai hroniska stāvokļa paasinājuma gadījumā, tai sk. saņemot zāles no SAC māsas, reaģējot uz izmaiņām veselības stāvoklī.
- **Agrīnās brīdināšanas sistēma jeb skala (ABS) (EWS, Early Warning Scores)** – praktisks instruments, kas nodrošina sistemātisku pieeju pacienta novērošanai un stāvokļa uzraudzībai no māsu puses, izvērtējot atbilstošas vitālo funkciju vērtības un reaģējot atbilstoši iegūtajam agrīnās brīdināšanas rādītājam: izmainot vitālo funkciju novērtēšanas intensitāti (biežumu/periodiskumu) un iesaistot pacienta izvērtēšanā sertificētu māsu (aprūpes procesa atbildīgo) un/vai ārstu, nepieciešamības gadījumā - NMPD.
- **Agrīnās brīdināšanas rādītājs**, kas signalizē par pacienta stāvokli, veidojas no vitālo pazīmju izvērtējuma kopuma, apvienojot punktus, kas rodas, izvērtējot katru atsevišķu vitālo rādītāju. Pieaugošs ABS punktu skaits liecina par pacienta klīniskā stāvokļa un ārstēšanas pārskatīšanas nepieciešamību, iesaistot atbilstoša līmeņa veselības aprūpes speciālistus.
- Minimālais vitālo pazīmju kopums ABS noteikšanai, ir:
 - ✓ Elpošanas frekvence (EF)
 - ✓ Skābekļa piesātinājums (SO₂)
 - ✓ Sirdsdarbības frekvence (SF)
 - ✓ Asinsspiediens – sistoliskā komponente (ASP)
 - ✓ Temperatūra (t)
 - ✓ Apziņas/aktivitātes līmenis (možs (M)/ apātisks, apjucis (A)/ nereaģē(N))

Ārpus ambulatorā ārstniecības procesa, vitālo rādītāju noteikšanu rutīnas veidā vēlams veikt katram 3.un 4.līmeņa SAC klientam u.c.augsta riska klientam/pacientam, kuram nepieciešama veselības stāvokļa uzraudzība, pēc uzņemšanas SAC sākotnējā veselības stāvokļa novērtēšanas laikā, kā arī regulāri ne retāk kā reizi nedēļā. Atsevišķa vitālā rādītāja mērīšana (piemēram, asinsspiediena kontroles biežums) var tikt veikts kā individuāls mērījums atbilstoši nepieciešamībai.

ABS vitālās pazīmes un to novērtējums

1.tabula. ABS, izņemot asinsspiediena novērtējumu, kuru skatīt 2.tabulā

ABS	3	2	1	0*	1	2	3
Elpošanas frekvence	≤8			9-20	21-24	25-30	≥31
Skābekļa saturācija	≤92		93-94	≥95			
Temperatūra	≤34.0	34.1-35.0	35.1-36.0	36.1-37.9	38.0-38.5	≥38.6	
Sirdsdarbības frekvence	≤39		40-49	50-99	100-109	110-129	≥130
Apziņas/aktivitātes līmenis				Možs (M)		Apātisks/apjucis (A)	Nereaģē (N)

*0 – normas variants

2.tabula. ABS- Asinsspiediena novērtējums

Ierastais/mērķa ASP: Apvelc (iezīmē) to kolonnu, kur sistoliskais ASP atbilst ierastajam/mērķa ASP												
	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80
Write ≥200	0	0	1	1	2	2	2	3	3	4	5	5
190-199	0	0	0	1	1	1	2	2	3	3	4	4
180-189	0	0	0	0	0	1	1	2	2	3	3	4
170-179	1	0	0	0	0	1	1	2	2	3	3	3
160-169	1	1	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2
150-159	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	2	2
140-149	2	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1
130-139	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
120-129	2	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
110-119	3	2	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0
100-109	3	3	3	2	2	2	1	1	0	0	0	0
90-99	4	3	3	3	2	2	2	2	1	1	0	0
80-89										1	0	
70-79												
60-69												
50-59												
40-49												
30-39												
Write ≤29												

• Iezīmē kolonnu ar mērķa sistolisko ASP skaitli, (piemēram 130)

• Novērtē punktus SISTOLISKO ASP atbilstoši iezīmētajai kolonnai (piemēram, ja SIST ASP ir robežās no 170-179, tas ir 1 punkts)

NMPD, t.sk. ja ASP 200 un lielāks

Asinsspiediens

1. Asinsspiediena (ASP) rādītāju nosaka, salīdzinot izmērīto sistolisko rādījumu ar pacienta ierasto/mērķa sistolisko asinsspiedienu (iASP), un jo lielāka ir atšķirība, jo lielāks ABS rādītājs.

2. iASP

2.1. Māsa var noteikt un dokumentēt iASP. Ja pacienta iASP nav iespējams noteikt, mērķa ASP jānosaka, konsultējoties ar ārstu.

2.2. Ziņas par iASP var iegūt no:

- No ģimenes ārsta;
- Iepriekšējās stacionēšanas izraksta;
- Informācijas no pacienta un ģimenes;
- Ja nav pieejams dokumentēts iASP, sāciet ar ASP 130 mm/Hgst un 4 stundu laikā to pārbauda ārsts.

2.3. Var būt gadījumi, kad iASP pacientam var mainīties, piemēram, uzsākot antihipertensīvu terapiju, nomainot zāles. Ja tas notiek, izmaiņu laiks un datums un izmaiņu iemesls jādokumentē klīniskajā dokumentācijā.

BRĪDINĀJUMS:

- ja automatizētais (ierīces) asinsspiediena rādījums ir ārpus pacienta ierastā diapazona (augsts vai zems) vai ja pacientam ir neregulāra sirdsdarbība, vajadzētu pārmērīt ar manuālo ASP mērīšanas ierīci;

- ja mērījums ar elektronisko (automātisko) ierīci arī otrajā mēģinājumā nav izdevies, izmantojiet manuālo aproci. ASP, ko neizdodas izmērīt, prasa steidzamu konsultēšanos ar māsu/ārstu vai jāapsver NMPD iesaiste.

Variācijas attiecībā uz ABS

1. Vitālo rādītāju normālos diapazonus var mainīt, lai ņemtu vērā tās vitālās pazīmes, kas saistītas ar atsevišķa pacienta esošajiem stāvokļiem (piemēram, hronisku obstruktīvu plaušu slimību). Tas ārstam jādokumentē novērošanas lapā un jādokumentē līdz kuram laikam mainītais normas diapazons ir derīgs.
2. Šīs izmaiņas radīs izmaiņas šīs personas ABS vai NMPD izsaukšanas kritērijos.

BRĪDINĀJUMS:

- Normas variācijas nedrīkst lietot akūtos apstākļos. Fizioloģiskas izmaiņas šajos gadījumos norāda uz skābekļa piegādes mazspēju, un jāpiemēro ārstēšanas eskalācija.

Vitālo pazīmju kopuma noteikšana ambulatora ārstniecības procesa laikā

1. Pilns vitālo pazīmju kopums jādokumentē katram akūti saslimušajam vai klientam ar hroniskas slimības paasinājumu ne retāk kā reizi 24 stundās.
2. ABS nepieciešams pielietot jebkurā situācijā, ja māsai rodas bažas par klienta veselības stāvokli vai viņa vēro izmaiņas, kas liecina par veselības stāvokļa pasliktināšanos, piemēram, temperatūras pacēlumi ar drudzi, atkārtotas vemšanas dienas laikā, sāpes, kas saglabājas arī pēc pretspāju zāļu ievadīšanas, vērojami elpošanas traucējumi vai dzirdama sēkšana, klients slikti uzņēmis šķidrumu, samazināta diurēze, klients vai aprūpētājs norāda uz izmaiņām pašsajūtas/aktivitātes līmenī (saguris, mazaktīvs vai uzbudināts), klienta veselības stāvoklis ir grūti izvērtējams viņa vecuma, demences u.c. iemeslu dēļ.
3. Katram vitālās pazīmes mērījumam tiek piešķirts agrīna brīdinājuma rādītājs (punktos izteikts).
4. ABS jāaprēķina, saskaitot individuālos rādītājus katru reizi, kad tiek noteikts vitālo pazīmju kopums.
5. **ABS ≥ 4 vai jebkuras vienas vitālās pazīmes punktu skaits 3 norāda uz to, ka saziņa ar ārstu (NMPD, ja ārsts nav pieejams konsultācijai) nepieciešama nekavējoties.**
6. Atsevišķu vitālo pazīmju mērījumi (piemēram, asinsspiediens, temperatūras mērījums), ja nepieciešams, var tikt veikti papildus ārpus ABS noteikšanas.
7. Papildu mērījumi, citi novērojumi (piemēram, diurēze, uzņemtais šķidruma daudzums, vemšana, sāpes u.tml.), kā arī jebkuri citi māsas apsvērumi, kas rada bažas par klienta veselības stāvokli, ir pamats komunicēšanai ar sertificētu māsu vai ārstu, neskatoties uz ABS punktu skaitu.
8. Skābekli, ja nepieciešams, vajadzētu nozīmēt ārstam.
9. Ja jau tiek izmantots skābeklis vai palielināts skābekļa daudzums, par to jāpaziņo ārstam, pat ja ABS ir mazāks par 4.

10. Mērījumu biežumu palielina:

- klientiem, par kuru stāvokli telefoniski ziņots ārstam vai pēc NMPD izsaukuma - jāveic atkārtoti mērījumi ne retāk kā reizi 4 stundās līdz stāvokļa stabilizēšanai (punktu skaita samazinājumam zem 4) un ārstēšanas/novērošanas pārskates dokumentēšanai;
- atbilstoši tam, kā norādījis ārsts;
- māsa nosaka biežāku mērījumu veikšanu atbilstoši iepriekš veiktajam novērtējumam un saviem apsvērumiem par klienta veselības stāvokli.

Reaģēšana atbilstoši ABS

3.tabula ABS reaģēšanas algoritms		
ABS	Darbība	Eskalācija
ABS 0-2	Novērtēšanu veic noteiktajos intervālos	Informē ārstu par jebkurām novirzēm no normas nākamās vizītes/dienas laikā
ABS 3	Atkārtot ABS pēc 12 stundām/kā noteicis ārsts	Ziņo ārstam iespējami ātri
ABS ≥ 4 vai kādā atsevišķā pazīmē 3	Konsultējies ar ārstu nekavējoties Atkārtot ABS pēc 15 minūtēm	Ja atkārtotais ABS < 4 atkārtot ABS pēc 12 st
		Ja atkārtoti ABS ≥ 4 Konsultējies ar ārstu un vienojies par vizītes, apskates laiku, monitorēšanas režīmu vai zvani NMPD. Atkārtot mērījumus reizi stundā nākamās 4 stundas, pēc tam 24 stundas turpini veikt mērījumus reizi četrās stundās vai līdz brīdim, kad ABS samazinās. Ja rodas bažas par klīnisko stāvokli, neatkarīgi no ABS punktu skaita rīkojies kā pie ABS ≥ 6
ABS ≥ 6	Zvani NMPD nekavējoties Informē ārstu	

BRĪDINĀJUMS

- Saziņa, konsultēšanās ar ārstu būtu jāveic arī tad, ja klīniskā pasliktināšanās notiek citādi, nekā to nosaka ABS kritēriji vai ja pamatots klīniskais vērtējums liecina, ka paziņošana ārstam ir klienta interesēs (t.sk.skat. Neatliekamās medicīniskās palīdzības kritērijus zemāk), ja novērtējuma punktu skaits dinamikā palielinās.

NMPD izsaukšanas kritēriji

- Akūtas izmaiņas fizioloģijā
- Elpceļi – apdraudēti
- Elpošana
 - Elpošanas apstāšanās
 - Elpošanas ātrums: mazāk nekā 9 elpas minūtē
 - Elpošanas ātrums: lielāks par 30 izelpām minūtē
 - Skābekļa piesātinājums mazāks par 93%
- Cirkulācija
 - Sirdsdarbības apstāšanās
 - Pulsa ātrums ir mazāks par 40 sitieniem minūtē
 - Pulsa ātrums pārsniedz 130 sitienus minūtē
 - sistoliskais asinsspiediens ir mazāks par 90 vai lielāks par 200
- Neiroloģiski
 - Pēkšņs apziņas līmeņa kritums
 - Atkārtoti vai ilgstoši krampji
- Cits
 - Jebkurš patients, par kuru jūs nopietni uztraucaties, bet neatbilst iepriekšminētajiem kritērijiem. Piem., Aktīva asiņošana, sāpes krūtīs.

Komunikācija ar ārstu/NMPD, klienta veselības stāvokļa pasliktināšanās laikā

Saziņas rīks “ISBAR” (abreviācija, kas veidojas no šādu vārdu pirmajiem burtiem: identificēt, situācija, bāzes, aktuālais, rekomendācija) ir vienkāršs, strukturēts un noderīgs rīks, kas palīdz komunicēt ar ārstu (vai izsaucot NMPD). Tas ir ieteicams, ziņojot par pacientu, kura stāvoklis pasliktinās. Sagatavojiet klienta dokumentāciju, lai spētu efektīvi komunicēt, atbildēt uz jautājumiem, pierakstīt norādes.

ISBAR komunikācija

IDENTIFICĒT: Identificējiet sevi, ar ko jūs runājat un par kuru pacientu (klientu) jūs runājat.

SITUĀCIJA: Kāda ir pašreizējā situācija, bažas, novērojumi.

BĀZES informācija (PAMATOJUMS): Kāds ir attiecīgā klienta profils, būtiskākā informācija. Nepieciešams, lai pareizi interpretētu iepriekš minēto situāciju. Piemēram, hroniskās sasilšanas, operācijas, alerģijas u.c.

Aktuālais NOVĒRTĒJUMS: kāda, jūsu prātā, ir problēma.

REKOMENDĀCIJAS: Ko jūs sagaidāt, zvanot? Ko jūs iesakāt darīt, lai labotu pašreizējo situāciju.

Higiēnas pasākumi, lietojot medicīnas ierīces (pulsa oksimētru, asinsspiediena mērītāju, termometru) – veikt roku un ierīču dezinfekciju pirms un pēc mērījumu veikšanas.

SAC klienta vitālo funkciju fiksēšanai izmanto veidlapas (1.pielikums), kurās iestrādāti agrīnās brīdināšanas sistēmā iekļautie vitālie rādītāji un to novērtēšanas principi, lai atbalstītu lēmuma pieņemšanu attiecībā uz novērojumiem.

Vitālo funkciju mērījumu rezultātu izteikšana punktos nodrošina vienotu izpratni starp māsu un ārstu par pacienta veselības stāvokli.

Vēres

1. Canberra Hospital and Health Services. Clinical Procedure Vital Signs & Early Warning Scores. 09.03.2018. Section 25, Hospital at home. Pieejams tiešsaistē (sk.29.12.2020.): <https://www.health.act.gov.au/sites/default/files/2018-09/Vital%20Signs%20and%20Early%20Warning%20Scores.pdf>.
2. Institute for healthcare improvement (IHI). Early Warning Systems: Scorecards That Save Lives. Pieejams tiešsaistē (sk.29.12.2020.): <http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/EarlyWarningSystemsScorecardsThatSaveLives.aspx>.
3. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) Pieejams tiešsaistē (sk.29.12.2020.): <https://www.england.nhs.uk/ourwork/clinical-policy/sepsis/nationalearlywarningscore/>
4. Barker R.O, Stocker R, Russell S et al. Distribution of the National Early Warning Score (NEWS) in care home residents, *Age and Ageing*, Volume 49, Issue 1, January 2020, Pages 141–145, <https://doi.org/10.1093/ageing/afz130>.
5. Guidelines for Communicating with Physicians Using the SBAR Process. Developed by Kaiser Permanente. Institute for Healthcare Improvement. Pieejams tiešsaistē (sk.29.12.2020.): <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx>.
6. Latvijas Lauku Ģimenes arstu asociācija. Ieteikumi Covid-19 pacientu ambulatorā aprūpē; 2020.gada decembris.

4a.Pielikums. Veidlapas par klienta stāvokļa novērtēšanu saturs

Vārds, Uzvārds, PK....., vecums gados

Datums	29.12.	29.12.				
Laiks plkst.	8:00	20:00				
Elpošanas frekvence (EF)	22	30				
EF ABS	1	2				
Skābekļa saturācija (So2)	96	93				
So2 ABS	0	1				
Temperatūra (t)	38	36,5				
t-ABS	1	0				
Sirdsdarbības frekvence (SF)	90	129				
SF-ABS	0	2				
Apziņas/aktivitātes līmenis	M					
Apz.-ABS	0	0				
Asinsspiediens	143	150				
ASP-ABS	0	0				
ABS punkti kopā	2	5				
Diurēze kopš iepr.mērījuma						
Sāpes	nav					
Vemšana- kopš iepr.mērījuma	1					
Vēdera izeja- kopš iepr.mērījuma						
Uzņemtais šķidrums kopš iepr.mērījuma						
Saņem skābekli l/min						
Ziņots ārstam-dr... (SAC/NMPD)		NMPD Dr.Ozols				

ABS	3	2	1	0*	1	2	3
Elpošanas frekvence	≤8			9-20	21-24	25-30	≥31
Skābekļa saturācija	≤92		93-94	≥95			
Temperatūra	≤34.0	34.1-35.0	35.1-36.0	36.1-37.9	38.0-38.5	≥38.6	
Sirdsdarbības frekvence	≤39		40-49	50-99	100-109	110-129	≥130
Apziņas/aktivitātes līmenis				Možs		Apātisks/ apjucis	Vāji reaģē/ nereaģē

Reaģēšana atbilstoši ABS

3.tabula ABS reaģēšanas algoritms		
ABS	Darbība	Eskalācija
ABS 0-2	Novērtēšanu veic noteiktajos intervālos	Informē ārstu par jebkurām novirzēm no normas nākamās vizītes/dienas laikā
ABS 3	Atkārtot ABS pēc 12 stundām/kā noteicis ārsts	Ziņo ārstam iespējami ātri
ABS ≥ 4 vai kādā atsevišķā pazīmē 3	Konsultējies ar ārstu nekavējoties Atkārtot ABS pēc 15 minūtēm	Ja atkārtotais ABS < 4 atkārtot ABS pēc 12 st. Ja atkārtoti ABS ≥ 4 Konsultējies ar ārstu un vienojies par vizītes, apskates laiku, monitorēšanas režīmu vai zvani NMPD. Atkārtot mērījumus reizi stundā nākamās 4 stundas, pēc tam 24 stundas turpini veikt mērījumus reizi četrās stundās vai līdz brīdim, kad ABS samazinās. Ja rodas bažas par klīnisko stāvokli, neatkarīgi no ABS punktu skaita rīkojies kā pie ABS ≥ 6
ABS ≥ 6	Zvani NMPD nekavējoties Informē ārstu	

Ierastais/mērķa ASP: Apvelc (iezīmē) to kolonnu, kur sistoliskais ASP atbilst ierastajam/mērķa ASP	
	190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80
Write ≥ 200	0 0 1 1 2 2 2 3 3 4 5 5
190-199	0 0 0 1 1 1 2 2 3 3 4 4
180-189	0 0 0 0 0 1 1 2 2 3 3 4
170-179	1 0 0 0 0 0 1 1 2 2 3 3
160-169	1 1 0 0 0 0 0 1 1 2 2 2
150-159	1 1 1 0 0 0 0 0 1 1 2 2
140-149	2 1 1 1 0 0 0 0 1 1 1 1
130-139	2 2 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0
120-129	2 2 2 1 1 0 0 0 0 0 0 0
110-119	3 2 2 2 1 1 0 0 0 0 0 0
100-109	3 3 3 2 2 2 1 1 0 0 0 0
90-99	4 3 3 3 2 2 2 2 1 1 0 0
80-89	
70-79	
60-69	
50-59	
40-49	
30-39	
Write ≤ 29	

Iezīmē kolonnu ar mērķa sistolisko ASP skaitli.

Novērtē punktus SISTOLISKO ASP atbilstoši iezīmētajai kolonnai

NMPD, t.sk. ja ASP 200 un lielāks

UZ KLIENTU ORIENTĒTA APRŪPE (mērījuma elementi, maks. punktu skaits);			Kopvērtējums: - /52
1.1. SAC ir izstrādāti un ieviesti procesi (politika, stratēģija), lai nodrošinātu, ka aprūpe ir orientēta uz klientu un ka ir ievērotas klientu tiesības un vēlmes (MK 338)			kritērija vērtējums: - /28
Mērījumu elementi	Vērt.	Konstatējumi/komentāri	
1.1.1. SAC nodrošina publiski (gan uz ārpusi, gan iekšēji klientiem) pieejamu informāciju - mērķi, uzdevumi, organizatoriskā struktūra, darba organizācija, sociālie pakalpojumi un to saņemšanas kārtība, cena un samaksas kārtība, kontaktinformācija saziņai, par veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām;			
1.1.2. SAC palīdz klientam realizēt tiesības zināt un mainīt ārstējošo ārstu/ģimenes ārstu;			
1.1.3. Klientam ir tiesības pēc ārstniecības vai kāda tās posma pabeigšanas (piemēram, ārsta konsultācijas) saņemt informāciju par viņam sniegtajiem ārstniecības pakalpojumiem, rekomendācijām. Klientam tiek izsniegts un SAC uzturēts izraksts ar norādījumiem un rekomendācijām attiecībā uz turpmāko ārstniecību;			
1.1.4. pakalpojumu saturs un apjoms tiek plānots un realizēts saskaņā ar klientu vajadzībām. Klients saņem skaidrojumus par pakalpojuma mērķiem, pakalpojuma sniedzējiem, apjomu, regularitāti, un iespējamām izmaiņām, mainoties klienta funkcionālajam stāvoklim vai citiem apstākļiem;			
1.1.5. SAC ieviesti procesi, lai palīdzētu klienta ģimenei izprast , kas konkrēti nodrošina klienta aprūpi, ārstēšanu un katras personas lomu aprūpē. Klientu ģimenes saņem skaidrojumus par pakalpojuma mērķiem, apjomu, regularitāti, nepieciešamajām izmaiņām, mainoties klienta funkcionālajam stāvoklim vai citiem apstākļiem. Klientu ģimenes (pēc iespējas un saskaņā ar klienta vēlmi informēt ģimenes locekļus) tiek aktīvi iesaistītas vajadzību nodrošināšanā;			

1.1.6. SAC nodrošina individuālu atbalstu : palīdzību pašaprūpē vai ķermeņa aprūpē;		
1.1.7. SAC nodrošina individuālu atbalstu : pastaigas svaigā gaisā, ja, nepieciešamas;		
1.1.8. SAC nodrošina individuālu atbalstu : ▪ kognitīvo spēju uzturēšanu vai attīstīšanu; ▪ prasmju un kustību attīstību veicinošas nodarbības, t.sk darba prasmju saglabāšanu, atjaunošanu vai apgūšanu personām darbspējas vecumā; ▪ klientu informēšanas un apmācības pasākumus; ▪ sociālā darba un citu speciālistu konsultācijas;		
1.1.9. SAC nodrošina klientiem apstākļus saturīgai laika pavadīšanai : ▪ atpūtai un nodarbībām piemērotas telpas un atbilstošu inventāru; atpūtai un brīvā laika pavadīšanai piemērotu teritoriju; ▪ iespēju apmeklēt kultūras un sporta nodarbības un pasākumus, kā arī iesaistīties sabiedriskajās aktivitātēs ārpus pilngadīgo aprūpes institūcijas; ▪ brīvā laika aktivitātes un relaksējošās nodarbības; ▪ iespēju tikties ar draugiem, ģimenes locekļiem un radniekiem ārpus savai istabai (piemēram, kāda speciāli tam paredzētā atsevišķā komfortablā un mājīgā telpā);		
1.1.10. SAC veido ģimenisku vidi klientiem (piemēram, dzīvojamās istabas ierīkošanā, iespēju strādāt dārzā, ja tāds ir, nodarboties ar adīšanu/tamborēšanu, piedalīties telpu augu kopšanā, piedalīties koplietošanas telpu dekorēšanā un tml.);		

1.1.11. SAC nodrošina individuālai lietošanai nepieciešamo (MK 338, 56.p.):		
▪ piemērotu apģērbu un apavus; ▪ mīksto inventāru (piemēram, gultas piederumus, veļu, dvieļus), higiēnas un mazgāšanas līdzekļus; ▪ klientam nepieciešamos tehniskos palīg līdzekļus;		
1.1.12. SAC nodrošina kvalitatīvu klienta vecumam, veselības stāvoklim un uztura normām atbilstošu ēdināšanu vismaz četras reizes dienā ;		
1.1.13. SAC pieejami izglītojošie materiāli klientiem un piederīgiem, kas piemēroti lasītājam ar dažādu lasītprasmes līmeni un valodas prasmēm;		
1.1.14. SAC nodrošina ar klientu saistītās informācijas iegūšanu, lietošanu un glabāšanu atbilstoši ierobežotas pieejamības informācijas statusam un fizisko personu datu aizsardzības prasībām:		
▪ SAC ir noformēts (līgumā vai citādi) klienta pilnvarojums izmantot klienta datus un pārstāvēt viņu veselības aprūpes jautājumos – saņemt konsultanta slēdzienu, izrakstu no stacionāra klienta ārstniecības vajadzību nodrošināšanai. ▪ SAC atgādina piederīgiem par iespēju arī pašiem pārstāvēt klientu veselības aprūpes jautājumos.		
1.2. SAC ievēro klienta privātās dzīves neaizskaramību, ētikas principus un darbojas klienta labākajās interesēs		
kritērija vērtējums: - /10		
1.2.1. klienta privātās dzīves neaizskaramības principi noteikti SAC iekšējos normatīvajos aktos (nolikums, reglaments, iekšējās kārtības noteikumi);		
1.2.2. SAC nodrošina klienta privātuma ievērošanu attiecībā uz personīgo higiēnu (tualetes durvis ir aizslēdzamas; dušām ir durvis (aizkari), telpa slēdzama; izmantojot sēdpodus un veicot gulošo klientu individuālās aprūpes procesu, lieto aizslietņus, ja ir klātesoša trešā persona.);		

1.2.3. SAC nodrošina klienta korespondences un telefonsarunu neaizskaramību , privātu sarunu iespēju un klienta privātuma ievērošanu attiecībā uz intimitāti (atsevišķi iekārtota telpa);		
1.2.4. klientam nodrošinātas tiesības brīvi pārvietoties institūcijas teritorijā un ārpus tās (personām ar smagiem garīga rakstura traucējumiem dokumentēti noteiktie ierobežojumi);		
1.2.5. SAC veic klientu uzraudzību centra iekštelpās un teritorijā diennakts laikā ar tehniskajiem un personāla resursiem, nodrošinot personu intimitāti.		
1.3.		
1.3.1. SAC ievieš un uztur sūdzību un ierosinājumu analīzes sistēmu (MK 60; 17.8.);		
1.3.2. SAC sniedz skaidru un pārskatāmu informāciju klientiem un viņu ģimenēm par to, kā iesniegt sūdzību , ziņot par viņu tiesību pārkāpumiem un paust bažas par viņu drošību un aprūpi;		
1.3.3. SAC ir noteikta sūdzību un ierosinājumu izskatīšanas kārtība, sūdzības un ierosinājumi tiek reģistrēti, izskatīti, analizēti cēloņi, sūdzību dati tiek apkopoti un tendences tiek analizētas;		
1.3.4. sūdzības un ierosinājumi ņemti vērā pilnveides pasākumu izstrādē;		
1.3.5. SAC regulāri veic klientu/pacientu anonīmu aptauju par sniegtajiem sociālajiem/veselības aprūpes pakalpojumiem;		
1.3.6. aptaujā iegūtie dati tiek analizēti un izmantoti sociālās un veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanai;		
1.3.7. klientam ir iespēja piedalīties kopsapulcēs; SAC darbinieku pieņemšanas laiki ir pieejami. Lai sekmētu klientu tiesību ievērošanu, SAC vadītājs ir izveidojis sociālās aprūpes padomi, kuras sastāvā ietilpst SAC klienti un klientu pārstāvji;		
UZ KLIENTU ORIENTĒTA APRŪPE		
<i>Kopsavilkums:</i>		

2. Telpas, vide, aprīkojums

Kopvērtējums: - /54

2.1. Telpu funkcionālais lietojums, aprīkojums, inventārs atbilst aprūpējamās personas vajadzībām, veselības stāvoklim un spējai pārvietoties (MK 338 10.p.):

kritērija vērtējums: - /18

2.1.1. SAC nodrošina vides pieejamību personām ar funkcionāliem traucējumiem . Ēkā iespējams iekļūt ar ratiņkrēsliem; telpu plānojums un funkcionālais iekārtojums, telpu daudzums, to platības atbilst klientu vajadzībām;		
2.1.2. gaitenšos margas ierīkotas vienā pusē, kāpnēs abās pusēs;		
2.1.3. telpu aprīkojums un inventārs atvieglo aprūpētāja ikdienas darbu sniedzot aprūpi (piemēram, ir pacēlāji);		
2.1.4. telpu un teritorijas iekārtošanā izmanto universālā dizaina elementus, kas mazina klienta funkcionālo traucējumu ietekmi uz personas sociālās funkcionēšanas spējām (vienā telpā ir atšķirīgas krāsas sienām, grīdām un durvīm; grīdas klājums gluds, matēts un neslidošs; mēbeles kontrastē ar telpas sienu un grīdu toni; mēbelēm malas nav asas un stūrainas, bet noapaļotas; mēbeļu izvietojums netraucē klientiem brīvi pārvietoties, galdu virsmām tiek izmantots kontrastkrāsojums vai paliktņi; telpu apzīmēšanai izmantotie burti, cipari un piktogrammas kontrastē ar pamatni, u.c.);		
2.1.5. klientiem ir nodrošināts lifts, ja telpas atrodas augstāk par pirmo stāvu; liftā var iekļūt ar ratiņkrēslu, ir margas un nodrošināta iespēja apsēsties;		
2.1.6. klientiem un apmeklētājiem ir nodrošināta uzturamā telpa ar sēdvietām un iespēju izmantot sanitāro telpu ar tualeti un roku mazgātņi;		
2.1.7. darbiniekiem ir nodrošināta pārgērbšanās vieta, atpūtas un higiēnas telpas;		
2.1.8. speciālistu individuālās konsultācijas un grupu nodarbības ar klientiem notiek telpā, kurā iespējams ievērot konfidencialitāti;		

2.1.9. klientiem ir nodrošināta iespēja izmantot dušu vai vannu (skaits, izvietojums, funkcionalitāte, pielāgotība);		
2.2. Telpas, vide, aprīkojums ir piemērotas sociālās aprūpes, rehabilitācijas un veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanai Ārstniecības iestādes vai veselības punkta telpu plānojums un darba organizācija atbilst normatīvajiem aktiem par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām kritērija vērtējums: - /16		
2.2.1. ārsta apskates telpa;		
2.2.2. SAC ir telpas pacientu ar infekcijas slimībām izolācijai;		
2.2.3. SAC ir pieejama telpa vai iespēja īslaicīgai bīstamu un agresīvu pacientu izolācijai un novērošanai;		
2.2.4. SAC ir telpa zāļu uzglabāšanai un procedūru telpa;		
2.2.5. SAC ir medicīnas ierīces (piemēram, svāri, gultas ar iebūvētiem svāriem guļošu pacientu svāra kontrolei, funkcionālā gulta, pretizgulējuma gulta, TA mērīšanai, termometrs, u.c.);		
2.2.6. klientu izvietošanai dzīvojamās telpās SAC vērtē klientu funkcionālo stāvokli, aprūpes specifiku un, pēc iespējas, psiholoģisko saderību;		
2.2.7. SAC dzīvojamā telpā-guļamtelpā minimālā platība atbilst higiēnas prasībām (uz vienu cilvēku nav mazāka par 6 m ²);		
2.2.8. telpas ir piemērotas guļošu pacientu/klientu ar īpašām vajadzībām un aprūpei, manipulāciju veikšanai (platība; funkcionalitāte; gultas; pacēlāji; izsaukuma pogas; aizslietņi; cits).		
2.3. SAC rūpējās par klientu komfortu koplietošanas telpās: kritērija vērtējums: - /8		
2.3.1. telpas ir tīras, gaumīgi ierīkotas un noformētas,		
2.3.2. SAC ir mājīgas telpas, kur apmeklētāji kopā ar klientu var nošķirti no citiem iemītniekiem veikt pārrunas, iedzert kafiju, tēju, nosvinēt vārda/ dzimšanas dienu un tml.;		
2.3.3. SAC ir ierīkota atpūtas telpa ar atpūtai piemērotām mēbelēm;		

2.3.4. SAC ir apzaļumota teritorija, kas aprīkota klientu atpūtai, pastaigām un nodarbībām svaigā gaisā:		
▪ teritorijā ierīkota vieta fiziskām aktivitātēm un aktīvai atpūtai; ▪ ierīkoti pastaigu un atpūtas laukumi ar celiņiem un soliēm; ▪ teritorijā ierīkotas nojumes atpūtai, cits dārza aprīkojums; ▪ teritorijā nodrošināts apgaismojums dienas tumšajā laikā.		
2.4. SAC rūpējās par klienta dzīvojamās/uzturēšanās telpas komfortu:		kritērija vērtējums: - /12
2.4.1. telpas ir gaišas, tīras, gaumīgi ierīkotas;		
2.4.2. SAC nodrošina istabas aprīkojuma un iekārtojuma atbilstību klienta vecumam un funkcionālajam stāvoklim;		
2.4.3. SAC nodrošina iespēju klientiem dzīvot vienvietīgās un/vai divvietīgās dzīvojamās telpās- guļamtelpās;		
2.4.4. klientam ir iespēja izvietot viņam svarīgas lietas, piemēram, fotogrāfijas, grāmatas, piemiņas lietas;		
2.4.5. klienta dzīvojamā - guļamtelpā ir naktsгалdīnš, galds, krēsli(mīkstie krēsli), skapis vai kumode;		
2.4.6. klientam ir iespēja uzglabāt savas drēbes un apakšveļu dzīvojamā - guļamtelpā vai citā telpā atsevišķi no citiem iemītniekiem.		
TELPAS, VIDE un APRĪKOJUMS <i>Kopsavilkums:</i>		
3. KVALITĀTES UN DROŠĪBAS PĀRVALDĪBA (mērījuma elementi, maks. punktu skaits)		kopvērtējums : - /18
1. SAC pārvalda pakalpojumu kvalitāti un veic sniegto ārstniecības pakalpojumu rezultātu analīzi (MK 338 (2.7; 3.1.); MK 60; 17.9)		
		kritērija vērtējums: - /12
Mērījumu elementi		Konstatējumi/komentāri
3.1.1. SAC ir iekšējā kvalitātes un drošības pārvaldības sistēma, kā kontrolēt un novērtēt procesus, metodiku un procedūru norisi praksē, atbilstību, un veido uzlabojumu mērķus /plānus, kontrolē to izpildi;		

3.1.2. vismaz reizi trijos gados veic iekšējo pašnovērtējumu par nodrošināto sociālo pakalpojumu kvalitāti un atbilstību normatīvajos aktos noteiktajām prasībām, ja nav ieviesta un uzturēta kvalitātes vadības sistēma ISO 9001;		
3.1.3. SAC attīsta iekšējus kanālus informācijas novadīšanai, nodrošinot to, ka visiem darbiniekiem pieejama informācija/zināšanas saistībā ar viņiem noteiktajiem uzdevumiem un mērķiem (organizācijā pastāv (ārējās un iekšējās) informācijas iegūšanas, uzkrāšanas un nodošanas mehānismi un pasākumi, kas ir vērsti uz sistemātisku un regulāru darbinieku nodrošināšanu ar darbam nepieciešamo informāciju. Vadītājs nodrošina regulāru informācijas apriti, lai ikvienā situācijā darbiniekam ir viņa pienākumu izpildei nepieciešamā informācija. Ir pārliecība, ka darbinieki savu pienākumu izpildei un organizācijas mērķu sasniegšanai izmanto aktuālo informāciju un jaunākās zināšanas, kas ir organizācijas vai citu organizāciju rīcībā);		
3.1.4. tiek reģistrēti un analizēti ar veselības aprūpi saistīti infekciju gadījumi, izgulējumi, krišanas, apdegumu u.c.traumu gadījumi, pēkšņas nāves gadījumi, ar zāļu lietošanu saistīti nevēlami gadījumi u.c.;		
3.1.5. tiek analizēts klientu stacionēšanas biežums, atkārtotu stacionēšanu gadījumi, iemesli, mirušo u.c. klīniskie gadījumi. Balstoties uz rezultātu analīzi, izstrādāti un ieviesti pasākumi sniegto ārstniecības pakalpojumu uzlabošanai;		
3.1.6. tiek nodrošināta atgriezeniskā saikne personālam par ārstniecības pakalpojumu rezultātiem, noteiktas apmācību vajadzības sasaistē ar rezultātiem/problēmām.		
3.2. SAC nodrošina sociālās aprūpes dokumentācijas atbilstošu noformēšanu un ierakstu kvalitāti		
kritērija vērtējums: - /2		
SAC katram klientam veido klienta lietu (ierobežotas pieejamības informācija, ko uzglabā 10 gadus pēc pēdējā ieraksta lietā), kurā iekļauj dokumentus un ietver šādas ziņas par visu pakalpojuma sniegšanas procesu:		

- informāciju par klientu, ar sociālo pakalpojumu sniegšanu saistītos dokumentus vai to atvasinājumus (piemēram, klienta iesniegumi, klienta sociālās situācijas novērtējums, sociālā pakalpojuma saņemšanas pamatojums, kā arī citu būtisku informāciju, kas saistīta ar klienta sociālo problēmu risināšanu); - informāciju par klienta funkcionālajiem traucējumiem un to smaguma pakāpi; - sociālās aprūpes un/vai sociālās reabilitācijas plānu, sociālo pakalpojumu sniegšanas procesa atspoguļojumu un rezultātu novērtējumu; - informāciju par ārstniecības personas noteikto ārstēšanās ieteikumu izpildi, ja sociālo pakalpojumu sniegšanā ir iesaistīta ārstniecības persona un tā ir sniegusi atbalstu noteikto ārstēšanās ieteikumu izpildē; - līgumu ar klientu par sociālā pakalpojuma sniegšanu; citu informāciju, kas ir būtiska sociālo pakalpojumu sniegšanai, apturēšanai vai izbeigšanai.		
3.3. SAC nodrošina medicīnisko dokumentu atbilstošu noformēšanu un ierakstu kvalitāti kritērija vērtējums: - /4		
3.3.1. SAC, uzņemot klientu, saņem no ģimenes ārsta ārstēšanas posma izziņu par personas veselības stāvokli (MK 138), kas palīdzētu orientēties pacienta veselības stāvoklī/problēmās un turpināt veselības aprūpi. Izziņā ietver: - funkcionālo traucējumu veidu; - akūtas infekcijas pazīmes (ja tādas ir), kas var ietekmēt sociālo pakalpojumu sniegšanas kārtību; - galvenās veselības problēmas; - alerģijas; - uztura īpatnības; - zāles, kuras pacients saņēmis ilgstoši un kuras jāturpina lietot, šo zāļu devas;		

ieteikumus tālākajam posmam– ārstēšanu, kas būtu turpināma, t.sk. uzturs/diēta, nepieciešamā pacienta veselības stāvokļa uzraudzība un aprūpe.³⁶		
3.3.2. SAC ārsta/ māsas ieraksti satur: - ārsta rekomendācijas ārstēšanai/aprūpei; - saprotamu informāciju par ārstēšanas/aprūpes procesa gaitu un izmaiņām; - alerģiju, zāļu blakusparādībām, kas novērotas aprūpes laikā; - aktivitātes līmeni, uztura, šķidruma uzņemšanu, diurēzi un vēdera izeju; sāpju novērtējumu, ja bijušas sūdzības; - ārsta rekomendācijas; ordināciju/manipulāciju lapu un izpildi atbilstoši ārsta rekomendācijām (piemēram, TA kontroles u.c.); - liecības par katetru, stomu un citas specifiskas aprūpes veikšanu (piemēram, izgulējumu profilaksi); - problēmas aprūpes procesā, māsas reagēšanu uz tām; - novirzes no plānotā (ārsta nozīmētā) manipulāciju/ ordināciju izpildes laikā un to iemeslus, ārsta mutiskās ordinācijas³⁷; - klienta/pacienta identificēšanai visos medicīniskajos dokumentos un elektroniskajās informācijas sistēmās lietoti vismaz 2 identifikatori.		
KVALITĀTES UN DROŠĪBAS PĀRVALDĪBA <i>Kopsavilkums:</i>		
4. VESELĪBAS APRŪPES ORGANIZĒŠANA		kopvērtējums: - /56
4.1. Ārsta darba organizēšana iestādē.		kritērija vērtējums: - /12
4.1.1. SAC klienti ir reģistrēti pie ģimenes ārsta; SAC ir iegūstama informācija par ģimenes ārstu pieņemšanas likiem un aizvietošanu;		

³⁶ SPKC. Ieteikumi ģimenes ārstiem kvalitatīvu un pacientiem drošu ārstniecības pakalpojumu nodrošināšanai. Versija 1.1., 2018.gada maijs

³⁷ SPKC. Ieteikumi ārstniecības iestādēm medicīnisko ierakstu un informācijas kvalitātes nodrošināšanai. Versija 1.1., 2017.gada oktobris

4.1.2. SAC ir procesi, kā pārliecināties, ka aprūpējamās personas profilaktiskās apskates veiktas ne retāk kā reizi gadā;		
4.1.3. SAC ir mehānisms, kā informēt ārstu par rekomendācijām pēc izrakstīšanas no stacionāra , speciālista konsultācijas/ diagnostiskā izmeklējuma un nodrošināt savlaicīgu ārstēšanas/aprūpes izmaiņu dokumentēšanu un īstenošanu;		
4.1.4. SAC ir procesi, kā noteikt ārsta konsultācijas nepieciešamību un organizēt to;		
4.1.5. SAC tiek nodrošināts, ka pacienta medicīniskā dokumentācija, zāļu terapija tiek nodota/nokomunicēta neatliekamās palīdzības procesā vai pacientu stacionējot;		
4.1.6. SAC nodrošina atbalstu pacienta un ģimenes ārsta/ SAC ārsta sadarbībā³⁸: ▪ nodrošinātas regulāras (ne retāk kā reizi 6 mēn.) ģimenes ārsta konsultācijas, bet pēc nepieciešamības biežāk; ▪ SAC un ārsts rēķinās ar pacienta iespējām izpildīt ordinācijas un izmanto visu iespējamo palīdzību: (jāiesaista tuvinieki, sociālie darbinieki); ▪ SAC nodrošina, ka ārsta ordinācijas, aprūpes rekomendācijas tiek nepārprotami dokumentētas veidā, lai sekotu līdzi to izpildei un apliecinātas no ārsta puses; ▪ SAC nodrošina, ka gadījumos, kad SAC ir pilnvarots atbalstīt pacientu ārsta rekomendāciju izpildi, SAC darbinieks saņem no ģimenes ārsta informāciju par nepieciešamo terapiju un kontroli, ārstēšanas blakusefektu, nākamo apskates laiku, kā arī nepieciešamo apmācību specifiskas aprūpes nodrošināšanai; ▪ SAC ir nodrošināts mehānisms, kā māsa/aprūpētājs tiek iesaistīts un informēts par pacientam nepieciešamo ārstniecību pēc ārsta apmeklējuma (tā laikā) (ieraksts medicīnas žurnālā, izveidota ordinācijas lapa);		

³⁸ Latvijas ģimenes ārstu asociācija. Ģimenes ārsta labas prakses vadlīnijas. Pieejamas tiešSACstē: <http://gimenesmedicina.lv/gimenes-arsta-labas-prakses-vadlinijas/>

▪ SAC ir nodrošināts mehānisms, kā tiek realizēta ordināciju izpilde un izpildes apliecinājums.		
4.2. Akūti saslimušu/ klientu ar hroniskas slimības paasinājumu ārstēšanas/aprūpes organizēšana		
kritērija vērtējums: -/6		
4.2.1. SAC ir procesi, kā nodrošināt akūti slimu, ambulatoram aprūpes līmenim atbilstošu pacientu ārstēšana (izolēšana nepieciešamības gadījumā, ārsta apskašu organizēšana, ordināciju izpilde, stāvokļa novērtēšana dinamiskā);		
4.2.2. SAC nodrošināts iekšējās komunikācijas mehānisms, kā ārsta rekomendācijas, specifiskās aprūpes vajadzības, izmaiņas veselības stāvoklī tiek nodotas , mainoties māsa/aprūpētājam, tai skaitā māsas norādījumi aprūpētājam (maiņas nodošana). SAC nodrošina sadarbību un efektīvu komunikāciju starp aprūpējamās personas ārstniecības procesā iesaistītajām ārstniecības personām, aprūpētajiem un pacientu: ārsts-māsa; māsa –ārsts, māsa –pacients, pacients-māsa, māsa-aprūpētājs, aprūpētājs-māsa;		
4.2.3. SAC ir ieviests process, kā māsa/ (aprūpētājam), kura aprūpē pacientu, atpazīt un iespējami ātri reaģēt uz pacienta stāvokļa pasliktināšanos.		
4.3. Hronisko pacientu/ klientu ar īpašām vajadzībām (augsta riska pacienti) ārstniecības nodrošināšana SAC nodrošina risku mazinošus pasākumus augsta riska pacientiem vai pacientu grupām, kas saistīti ar pacientu vecumu, veselības stāvokli un nepieciešamību pēc īpašās aprūpes (piemēram, krišanas risks, pašnāvības risks, veselības stāvokļa pēkšņas pasliktināšanās risks atkarībā no manipulācijas vai saslimšanas) MK 60; 17.4.; ³⁹ Izvērtēšanu veic reizi mēnesī, vai arī pēc nepieciešamības.		
kritērija vērtējums: - /10		

³⁹SPKC. Ieteikumi ārstniecības iestādēm risku mazinošiem pasākumiem augsta riska pacientiem un pacientu grupām.Versija 1.1., 2017.gada novembris.

4.3.1. SAC ir identificēti augsta riska pacienti: pacientam vienlaikus ir vairākas slimības (patoloģijas); pacients saņem augsta riska zāles (piemēram, insulīnu), gulošs pacients; onkoloģijas pacients, pacients ar gūžas kaula u.c.lūzumu, stomas pacients; pacients iepriekšējā gada laikā ticis atkārtoti hospitalizēts; pacientam pēdējo sešu mēnešu laikā atkārtoti saukta neatliekamā medicīniskā palīdzība; pacientam ir psihiski un uzvedības traucējumi; pacients ir nepietiekoši līdzestīgs sava veselības stāvokļa uzlabošanā un ārsta norādījumu izpildē; pacientam tiek uzsākta jauna veida ārstēšana u.c.;		
4.3.2. augsta riska pacientiem ir izstrādāts atbilstošs aprūpes plāns, SAC nodrošina aprūpes plāna pārskatīšanu pēc nepieciešamības, konsultāciju pieejamību paasinājuma/ problēmu gadījumā;		
4.3.3. SAC nodrošina risku mazinošus pasākumus (t.sk. asinsspiediena kontrole, glikozes kontrole, inkontinence, urīnpūšļa kateteru aprūpe, stomas aprūpe, izgulējumu profilakse un ārstēšana, cits)		
4.3.4. SAC ir izstrādātas aprūpes metodes, algoritmi, rekomendācijas utml.hronisko/ pacientu/klientu ar īpašām vajadzībām aprūpei (piemēram, glikometrijas veikšana/cukura līmeņa kontrole; izgulējumu profilakse, aprūpe; krišanas riska noteikšana un aprūpe riska gadījumā; stomas aprūpe; parenterālā barošana vai enterālā barošana caur zondi; urīnpūšļa katetra aprūpe u.c.; MPV, traheostomas aprūpe, pacienta ar mugurkaula/gūžas kaula aprūpe);		
4.3.5. aprūpētāji tiek izglītoti/apmācīti par augsta riska slimības specifiskajiem simptomiem un brīdinošām izpausmēm, kuru gadījumā jāiesaista SAC māsa/ jāmeklē ārsta palīdzība, kā arī aprūpētāji tiek apmācīti, kuros gadījumos izsaukt neatliekamo palīdzību;		

4.4. Izgulējumu profilakse un aprūpe (Brūču un izgulējumu asociācijas Izgulējumu profilakses un ārstēšanas vadlīnijas; 06.12.2010. Nr. KV 1-2010)		
4.4.1. SAC darbiniekiem ir pieejamas vadlīnijas vai SAC izstrādātas metodes izgulējumu profilaksei/ aprūpei (kas nav pretrunā ar pasaules vai Latvijā izstrādātām vadlīnijām);		
4.4.2. SAC ir izstrādāts process, kā nodrošināt katra aprūpētāja/māsas apmācību izgulējumu profilaksei; personāls tiek apmācīts (ir apliecinājumi par veiktu apmācību);		
4.4.3. SAC izgulējumu rašanās risks: ▪ tiek izvērtēts katram pacientam 6 stundu laikā pēc uzņemšanas SAC vai pārvešanas no stacionāra; ▪ atbilstoši <i>Braden</i> vai citai skalai, novērtējums tiek dokumentēts; ▪ katram, kam konstatēts izgulējumu veidošanās risks, tiek izstrādāts un dokumentēts izgulējumu novēršanas plāns, kas ietver ādas apskates, kontroles un kopšanas pasākumus, barošanas plānu, kā arī aktivitātes un mobilitātes nodrošināšanas plānu. Plāns ietver konkrētus norādījumus par to, kas veiks dažādos izgulējumu novēršanas pasākumus, cik bieži tas tiks darīts, kādi papildlīdzekļi tam ir vajadzīgi; ▪ atbilstoši sastādītajam plānam tiek veikta izpildes dokumentēšana un rezultātu izvērtēšana; ▪ grozīšana ik 2 st.-(klients ar kustību ierobežojumiem, gulošie), grozot tiek lietotas palīgierīces – dēļi, slidināšanas virsmas.		
4.4.4. SAC ir pieejami: papēžu polsteri; pret izgulējuma matraču un gultas, palikņi ratiem, kas novērš spiedienu (Clinitron, low air loss beds);		
4.4.5. Tiek novērtēta urīna izvade un vēdera izeja. Ja konstatē nesaturēšanas gadījumus – regulāra apkope, lai novērstu ādas vai iniciālas izgulējumu brūces kontaminēšanu, mitrumu bojātā ādas reģionā. Nepieciešamības gadījumā lietotas savācēj ierīces, absorbenti. Regulāri, t.i., vismaz vienu reizi dienā, bet		

nepieciešamības gadījumā (pēc vēdera izejas) biežāk veikta ādas apkope ar siltu ūdeni un ādas mitrināšanu ar losjonu;		
4.4.6. nodrošināta adekvāta uztura un šķidruma uzņemšana: novērtēta ēstgriba, uztura uzņemšanas kvalitāte un kvantitāte. Sekots līdzī šķidruma daudzumam - parasti 500 ml virs standarta nepieciešamības diennaktī, tas ir aptuveni 2-2,5l;		
4.4.7. regulāra ādas apskate izgulējuma riska zonās vismaz 1 reizi dienā katru dienu. (ja pēc Braden skalas risku novērtē uz 15 vai vairāk punktiem, tad 1 reizi dienā katru dienu).		
4.4.8. izgulējumu gadījumā: ▪ tiek iesaistīts ārsts; ▪ izgulējums tiek apskatīts katru dienu – vismaz vienu reizi dienā, veicot stāvokļa izvērtēšanu dinamikā, nosakot izmēru, dziļumu, lielumu, aprakstot apkārtējo audu stāvokli, izdalījumus; ▪ izgulējumu dziļuma raksturošanai tiek lietota Yarkony-Kirk klasifikācija; ▪ tiek veikta izgulējuma sadzīšanas vai attīstības izvērtēšana, izmantojot Sessing skalu;		
4.5. Kritisko situāciju pārvaldība		
		kritērija vērtējums: - /12
Mērījuma elementi		Konstatējumi/komentāri
4.5.1. SAC ir kārtība, kādā klients uz laiku tiek izolēts, ja viņš apdraud savu vai citu cilvēku dzīvību vai veselību, un tiek nodrošināta klienta uzraudzība, SAC iepazīstina ar šo kārtību klientus un darbiniekus;		
4.5.2. SAC ir kārtība, kādā rīkoties ārkārtas situācijās, ar to iepazīstina klientus un darbiniekus.		
4.5.3. SAC ir ieviests rīcības algoritms situācijām, kad klientam vai kādam no apmeklētājiem rodas pēkšņi dzīvībai bīstami veselības traucējumi; rīcības algoritmā ir noteikta darbinieku rīcība, saziņas mehānisms;		

4.5.4. SAC ir pirmajai palīdzībai/NMP nepieciešamais aprīkojums (zāles, anafīlaksi, piemēram), tā atrašanās vieta personālam zināma, ir ieviesta kontrole par aprīkojumu un tā derīgumu, atbilstību lietošanai;		
4.5.5. SAC organizē un katra SAC strādājošā ārstniecības persona/aprūpētājs piedalās neatliekamās medicīniskās palīdzības praktiskajā apmācībā ne retāk kā 1 x divos gados savas struktūrvienības vidē;		
4.5.6. aprūpētāji tiek apmācīti, kā atpazīt sirdslēkmes, insulta un citu nopietnu saslimšanu simptomus, kā arī kašķi u.c.infekciju slimības, ar kurām klientam ir risks pēkšņiem veselības traucējumiem;		
VESELĪBAS APRŪPES ORGANIZĒŠANA <i>Kopsavilkums:</i>		
5. SOCIĀLĀ DARBA ORGANIZĒŠANA		Kopvērtējums: - /30
Mērījuma elementi		Konstatējumi/komentāri
5.1. Sociālā pakalpojuma apjoma noteikšana klientam uzņemšanas periodā		kritērija vērtējums: -/22
5.1.1. SAC sociālā pakalpojuma sniegšanas process ir noteikts iekšējā normatīvajā aktā vai procesu shēmās, apstiprinātas darba veidlapas un informācijas aprites kārtība; skaidri noteikti starpprofesionālu komandas darba organizēšanas kārtība un principi; noteiktas atbildīgās personas un kompetenču sadalījums pasākumu organizēšanā, vadīšanā un klientu pavadības nodrošināšanā; ar dokumentiem iepazīstināti atbildīgie darbinieki;		
5.1.2. SAC klienta funkcionālo spēju novērtēšanā un sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas plāna izstrādāšanā piedalās starpprofesionālā komanda;		
5.1.3. SAC speciālisti ievēro noteikto klientu uzņemšanas kārtību, plāno un dokumentē sociālā pakalpojuma sniegšanas procesu: (izsekojams, kādi speciālisti piedalās klienta uzņemšanā, izsekojams		

klienta izvērtēšanas process un sākotnējā sociālās aprūpes plāna izstrādāšana);		
5.1.4. iestājoties klientam institūcijā, SAC speciālisti izvērtētē pakalpojuma saņemšanu pamatojošo dokumentāciju (tai skaitā informāciju no pašvaldības sociālā dienesta par klientam noteikto aprūpes līmeni/pašaprūpes spējām), informāciju no citām institūcijām, tuviniekiem par klienta problēmām, ieražām, vajadzībām;		
5.1.5. veic sākotnējo interviju ar klientu (ja ir iespējams) un/vai pavadāmo personu, veic klienta fiziku apskati un sākotnējo klienta novērtēšanu (vērtē mobilitāti, nepieciešamību lietot konkrētus tehniskos palīgīdzekļus; iespējamās drošības riskus; komunikācijas īpatnības; individuālās aprūpes vajadzības, spēju uzņemt ēdienu, dzērienu/noteikta diēta; apzināts nepieciešamais veselības aprūpes apjoms);		
5.1.6. slēdz līgumu ar klientu un maksātāju, kurā nosaka sniedzamā sociālā pakalpojuma saturu, apjomu, samaksas kārtību, kā arī pušu tiesības un pienākumus; vienojas par kontaktpersonām turpmākajai sadarbībai;		
5.1.7. Klienta aprūpes organizēšanā un nodrošināšanā iesaistītajiem speciālistiem un darbiniekiem ir pieejama pietiekama sākotnējā informācija par klienta aprūpes vajadzībām un SAC nodrošina nepieciešamo atbalstu un tiek noteikts nepieciešamās aprūpes plāns: ▪ personiskās higiēnas veikšanai saskaņā ar aprūpējamās personas īpašajām vajadzībām un spējām; ▪ ēdināšanai un udens balansa uzturēšanai (speciālā diēta; ēdiena, dzēriena pasniegšanas veids, dokumentēšana); ▪ veselības aprūpi un uzraudzības pasākumus; ▪ psihoemocionālu atbalstu pārmaiņu pieņemšanai, u.c. pēc nepieciešamības.		
5.1.8. Mēneša laikā pēc klienta iestāšanās SAC, tiek nodrošināta izvērtēšana klienta pašaprūpes, pašapkalpošanās, citu spēju un prasmju novērtēšana, kas ir par pamatu individuālā pakalpojuma apjoma		

noteikšanai (ēšana, ēdiena gatavošana, šķidruma uzņemšana; ģērbšanās; telpu kopšana un uzturēšana; personīgās higiēnas uzturēšana; veselības uzturēšana; mobilitāte; orientēšanās spējas telpā un vidē, orientācija laikā; drošība; naudas lietošana un iepirkšanās; saskarsme; uzvedība; pāra – grupas attiecības; kognitīvās funkcijas; sevis apzināšana; darba prasmes un spējas darbības vecuma personām; brīvā laika organizēšana, u.c.);		
5.1.9. SAC vienojas ar klientu par veicamajiem pasākumiem sociālās problēmas risināšanai vai mazināšanai un nodrošina plānotā sociālā pakalpojuma apjoma izpildi, ja tas ir nepieciešams, sociālā pakalpojuma sniegšanas procesā iesaista klienta ģimenes locekļus (izņemot gadījumus, ja tas nav klienta interesēs). Ar pakalpojuma organizēšanu saistīta informācija, tai skaitā par ikdienas aktivitātēm, veikto aprūpi, u.c. klientiem tiek atspoguļota tiem saprotamā veidā (piem., vieglā valoda, piktogrammas, attēli, shēmas, u.c.);		
5.1.10. SAC nodrošina savlaicīgu sociālās aprūpes plāna izstrādi (vai apvienotu sociālās aprūpes/rehabilitācijas plāna izstrādi), kurā ietver: risināmās problēmas definējumu; sociālās aprūpes ilgtermiņa un/vai īstermiņa mērķus; sociālās aprūpes uzdevumus, veicamos aprūpes pasākumus, termiņu, sagaidāmo rezultātu un atbildīgās personas: ▪ novērtēts pašārūpes prasmes/spējas, noteikts aprūpes līmenis, identificētas būtiskākās problēmas; ▪ noteikti mērķi, kas vērsti uz problēmas risinājumu un ir atbilstoši noteiktajiem aprūpes līmeņiem un individuālajām vajadzībām; ▪ noteiktie sociālās aprūpes uzdevumi vērsti uz mērķu sasniegšanu.		
5.1.11. pakalpojumu saturs un apjoms tiek plānots un realizēts saskaņā ar klientu vajadzībām. Mainoties klienta funkcionālajam stāvoklim vai citiem apstākļiem, pakalpojuma saturs tiek aktualizēts		

(klienta sociālās situācijas izmaiņas un sasniegtos rezultātus novērtē ne retāk kā reizi 12 mēnešos).		
5.2. Sociālā rehabilitācija un brīvā laika aktivitātes		kritērija vērtējums: - /6
Saskaņā ar klienta funkcionālo spēju novērtējumu, klienta vēlmēm un iespējām atjaunot funkcionalitāti, izstrādā rehabilitācijas plānu, kurā ietver: risināmās problēmas definējumu; sociālās rehabilitācijas ilgtermiņa un īstermiņa mērķus; sociālās rehabilitācijas uzdevumus, plānotos pasākumus, termiņu, sagaidāmo rezultātu un atbildīgās personas. Noteiktie sociālās rehabilitācijas uzdevumi vērsti uz klienta pašaprūpes atjaunošanu vai uzturēšanu, sadzīves iemaņu uzturēšanu un/vai apgūšanu sniedzot individuālu atbalstu un/vai dalību grupu nodarbībās. SAC nodrošina: ▪ kognitīvo spēju uzturēšanu vai attīstīšanu (uzdevumi atmiņas trenēšanai, koncentrēšanās, domāšana, radošums, u.c.); ▪ sadzīves prasmju apgūšanu (istabas uzkopšana, veļas mazgāšana un kopšana, iepirkšanās, ēdiena gatavošana, prasmes patstāvīgi lietot medikamentus, lietot sadzīves tehniku, u.c.); ▪ kustību attīstību veicinošas nodarbības (sensorā, taktilā stimulācija, koordinācijas uzlabošanas vingrinājumi); ▪ klientu informēšanas un apmācības pasākumus (senioru dzīves kvalitātes uzlabošana caur izglītību); ▪ darba prasmju saglabāšanu, atjaunošanu vai apgūšanu personām darbības vecumā; ▪ citas brīvā laika aktivitātes, radošas un relaksējošas nodarbības; ▪ pastaigas svaigā gaisā;		
5.2.2. SAC nodrošina citas iespējas jēgpilnai dienas pavadīšanai: ▪ iespēju apmeklēt kultūras pasākumus, realizēt hobijus, kā arī iesaistīties sabiedriskajās aktivitātēs ārpus SAC; ▪ klientiem pieejama publiskajā telpā aktuālākā informācija (SAC nodrošina iespēju skatīties TV; izmantot internetu; iepazīties ar preses izdevumiem);		

▪ tiek veicināta tikšanās ar draugiem, ģimenes locekļiem un radniekiem; ▪ iespēju saņemt garīgo atbalstu.		
5.2.3. SAC nodrošina izsekojamu sociālās rehabilitācijas sniegšanas procesu (apmeklējumu un darbību reģistrāciju, informāciju par veiktajiem uzdevumiem un darbībām).		
5.3. Komandas darbs		kritērija vērtējums: - /2
SAC nodrošina starpprofesionālu un starpinstitucionālu sadarbību klientu individuālo vajadzību nodrošināšanā: ▪ izsekojams sociālā darba speciālistu un citu speciālistu ieguldījums pakalpojuma sniegšanas procesā (izsekojams speciālistu veiktais darbs individuāli un/vai grupā; ▪ nodrošināta sociālā darba speciālistu, aprūpētāju un veselības aprūpes speciālistu iesaiste un savlaicīga sadarbība (dokumentāli izsekojama).		
SOCIĀLĀ DARBA ORGANIZĒŠANA <i>Kopsavilkums:</i>		
6. ZĀĻU APRITES SISTĒMA		Kopvērtējums : -/26
1. ĀI ievieš un uztur drošu zāļu aprites sistēmu saskaņā ar normatīvajiem aktiem par zāļu iegādes, uzglabāšanas, izlietošanas, uzskaites un iznīcināšanas kārtību ārstniecības iestādēs un sociālās aprūpes institūcijās (MK 60; 17.6.);		
Mērījuma elementi		Konstatējumi/komentāri
6.1.1. zāles marķē, ja tās netiek ievadītas pacientam, tiklīdz tiek sagatavotas. Marķējumā norāda zāļu nosaukumu, devu, pacienta ID (t.sk.jāpārliedzinās, vai un kā tiek marķētas perorālās zāles, kā tās tiek iedotas pacientam);		

6.1.2. ir drošības pasākumi attiecībā uz augstas piesardzības un bīstamo zāļu lietošanu (<i>insulīns, narkotiskie līdzekļi, koncentrētie sāļi šķ.u.c.</i>);		
6.1.3. ir drošības pasākumi attiecībā uz līdzīga izskata/skanējuma zāļu uzglabāšanu;		
6.1.4. SAC ir izstrādāta rīcība ar pacienta personīgajām zālēm; SAC izvērtē, kuri pacienti paši spēj lietot zāles, drošu zāļu uzglabāšanu pie pacienta, kā arī aizsardzību no citu klientu piekļuves un riskiem (istabā netiek atstātas zāles, ja nevar nodrošināt, ka citi klienti, apmeklētāji piekļūst zālēm); māsa pārliecinās, ka un kā pacients turpina saņemt zāles, kas atrodas pie pacienta, atbilstoši ārsta ordinācijām, un dokumentē šo zāļu saņemšanu ordināciju lapā;		
6.1.5. zāles izdala un ievada pacientam māsa (māsa palīgs – perorālās zāles);		
6.1.6. pārņemot pacienta zāles uzglabāšanai, māsa pārliecinās, ka pacienta zāles ir skaidri identificējamās (redzams pilns zāļu nosaukums, deva), iepakojums nav bojāts, derīguma termiņš ir skaidri saredzams, un zāles ir derīgas). Pacienta zāles uzglabā zāļu skapī atsevišķi no SAC zālēm, marķējot tās ar pacienta identifikatoriem un norādi par pacienta personīgajām zālēm		
6.1.7. mutiskas zāļu ordinācijas pieļaujamas tikai neatliekamās medicīniskās palīdzības zāļu ordinēšanai, neatliekamās situācijās vai reanimācijas pasākumu laikā. Mutiski/telefoniski saņemtās ordinācijas un to izpildi māsa dokumentē ordināciju lapā, fiksējot iemeslu mutiskām zāļu ordinācijām, zāļu nosaukumu, zāļu devu, ievades veidu, ātrumu, ievades laiku, ārsta, kurš zāles ordinējis, vārdu un uzvārdu un ordinācijas laiku. Ārsts rakstiski apliecina mutiskās ordinācijas, ne vēlāk kā ārstniecības iestādē noteiktajā laikā, un ne vēlāk kā 48 stundu laikā.		
6.2. Narkotiskās, psihotropās zāles un citi		kritērija vērtējums: - /12

6.2.1. SAC pastāv receptu izrakstīšanas kārtība, procedūra zāļu iegādei, deleģēšana izņemt aptiekā un attaisnojuma dokumenti par zāļu iegādi. Iestādei ir atļauja zāļu iegādei no lieltirgotavām;		
6.2.2. SAC ir izstrādāta zāļu, spirta aprites kārtība; ir nozīmēta atbildīgā amatpersona;		
6.2.3. Zāļu uzglabāšanai ir ledusskapis, slēdzams seifs, slēdzama atvilktnē un/vai atsevišķa telpa), spirts (slēdzams ugunsdroša vieta);		
6.2.4. Psihotropo un narkotisko zāļu uzskaitē un reālais skaits atbilst ierakstiem stingrās uzskaites žurnālā (skaits, ierakstu labojumi, paškontrole);		
6.2.5. Īpašo receptu veidlapu reģistrācija, uzskaitē un uzglabāšana (seifs ar skaņas signālu uz atvēršanu);		
6.2.6. Pacienti ar garīgās veselības traucējumiem ir nepārprotami identificējami, kā arī izsniedzamās viņiem zāles.		
ZĀĻU APRITES SISTĒMA		
<i>Kopsavilkums:</i>		
7.HIGIĒNA UN EPIDEMIOLOĢISKĀ DROŠĪBA		Kopvērtējums: - /46
7.1. ĀI nodrošina ar pacienta veselības aprūpi sastīto infekcijas slimību risku mazināšanas pasākumus saskaņā ar normatīvajiem aktiem par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē (MK60; 17.7);		
		kritērija vērtējums: - /22
Mērījuma elementi		Konstatējumi/komentāri
7.1.1. SAC ir izstrādāts un ieviests higiēniskā un pretepidēmiskā režīma plāns, ir nozīmēta atbildīga persona;		
7.1.2. SAC ir telpu dalījums tīrības zonās un ir telpu tīrīšanas grafiks. Mazgāšanai un tīrīšanai tiek izmantoti plānā paredzētie līdzekļi. Tīrīšanas piederumi ir marķēti, glabājas noteiktajās vietās, tiek regulāri mazgātas;		
7.1.3. pie roku mazgātnēm ir šķidras ziepes un vienreiz lietojamie papīra dvieļi vai elektriskais roku žāvētājs;		

7.1.4. darbiniekiem un apmeklētājiem ir iespēja dezinficēt/mazgāt rokas . Ir kārtība kad un kuros gadījumos ir jālieto maskas;		
7.1.5. SAC ir noteiktas prasības darbiniekiem darba apģērbiem, rokām, rotaslietu lietošanai u.c.atbilstoši darbinieka veicamiem pienākumiem;		
7.1.6. iestādē ir veļas maiņas, markēšanas un šķirošanas kārtība, ir ierīkota speciālā telpa veļas šķirošanai;		
7.1.7. matračī, segas un spilveni pārvaikti ar atbilstošiem materiāliem, tos regulāri dezinficē (cik bieži? Apstrādes procesa dokumentēšana);		
7.1.8. tiek ievērota (tīro nesterilo, sterilo, vienreiz lietojamo un daudzkārt lietojamo) cimdu lietošanas kārtība; (kur izmet?);		
7.1.9. Medicīnisko ierīču apstrāde notiek saskaņā ar higiēnisko plānu (ar ko?) atbilstoši iedalījumam pēc iespējama inficēšanas riska un apstrādes posmiem (apstrādes procesa dokumentēšana?);		
7.1.10. SAC ir nodrošināts, lai nenotiktu sterilizētu un nesterilo medicīnas ierīču saskare (šķirces, infūzi) (viena virziena princips, kur glabā? kur savāc?);		
7.1.11. SAC ir atkritumu apsaimniekošanas kārtība, bīstamie/sadzīves atkritumi tiek šķirti un uzglabāti speciālos konteineros. Ir noslēgti līgumi ar atkritumu savākšanas kompānijām (kādas?).		
7.2.Pretepidēmijas pasākumu nodrošināšana (SAC atbilstība Ministru kabineta 2006.gada 21.novembra noteikumiem Nr.948 „Noteikumi par gripas pretepidēmijas pasākumiem”, turpmāk – MK 948). kritērija vērtējums: - /8		
7.2.1.SAC ir izstrādāta infekcijas slimību epidemioloģiskās uzraudzības kārtība;		
7.2.2.SAC ir telpas pacientu ar infekcijas slimībām izolācijai;		
7.2.3.kā tiek pasargāti citi klienti?;		
7.2.4.darbiniekiem tiek nodrošināta pretgripas vakcinācija.		
7.3.Higiēna un saistīto slimību risku mazināšanas pasākumi kritērija vērtējums: - /16		

7.3.1. utu izplatība/apsēstība, kā arī kašķa, blakšu apsēstība tiek kontrolēta; ir skaidras rīcības darbiniekiem, ko darīt pozitīvas atradnes gadījumā, lai pasargātu citus klientus;		
7.3.2. regulāri un pēc nepieciešamības tiek sniegti profilaktiskās dezinfekcijas, dezinfekcijas un deratizācijas pakalpojumi iestādē un tās teritorijā. (Vai ir vērojamas grauzēju un sinantropo kukaiņu (prusaki, blaktis, blusas, utis) klātbūtnes pazīmes?);		
7.3.3. SAC piemēro speciālu veļas apstrādes (infekciozo veļu dezinficē pirms mazgāšanas), klienta higiēnas un mazgāšanas režīmu gadījumos kas saistīti ar utīm, kašķi un tml.;		
7.3.4. telpas tiek uzturētas tīras, ir atbilstoši uzkopšanas līdzekļi, atsevišķs aprīkojums sanitārām telpām, dezinfekcijas līdzekļi tiek lietoti atbilstoši lietošanas instrukcijai;		
7.3.5. klientiem ir nodrošināta iespēja izmantot dušu vai vannu; guļošiem klientiem tiek veikta rīta un vakara tualete; iespēja izmantot telpu vai vietu personīgās veļas mazgāšanai un žāvēšanai, kā arī apavu kopšanai;		
7.3.6. nodrošināta iespēja ne retāk kā reizi 10 (guļošiem klientiem septiņas dienas) dienās nomazgāt visu ķermeni, noskūt bārdi, apgriezt nagus, vismaz reizi divos mēnešos apgriezt matus. Vizuāli novērtēts nagu stāvoklis liecina par prasības ievērošanu;		
7.3.7. gultas veļa ir vizuāli tīra. Gultas veļas maiņu nodrošina ne retāk kā reizi septiņās dienās guļošiem klientiem, ne retāk kā reizi 10 dienās pārējiem;		
7.3.8. telpās subjektīvi vērtējamā gaisa kvalitāte ir laba, nav neraksturīgu smaku. Pastāv iespēja telpas regulāri vēdināt. Telpās ir komforta temperatūra;		
HIGIĒNA UN EPIDEMIOLOĢISKĀ DROŠĪBA <i>Kopsavilkums:</i>		

8. PERSONĀLA KAPACITĀTE UN KOMPETENCE		Kopvērtējums - /20
8.1. Sociālo pakalpojumu sniedzējs nodrošina darbiniekiem regulāru profesionālās kompetences pilnveidi		kritērija vērtējums: -/20
Mērījumu elementi		Konstatējumi/komentāri
SAC pakalpojuma organizēšanā un sniegšanā iesaista pietiekamu skaitu speciālistu un darbinieku; nodarbina personas ar atbilstošu izglītību un kvalifikāciju: - amatu sarakstā iekļauti speciālisti atbilstoši MK 13.06.2017. noteikumu Nr. 338 52. un 53.punktam (piem., sociālais darbinieks, sociālais aprūpētājs, sociālais rehabilitētājs, veselības aprūpes speciālisti, u.c.), ar atbilstošu izglītību un kvalifikāciju; - nodrošināta racionāla pienākumu sadale starp darbiniekiem (amatu aprakstos un citos normatīvajos aktos korekti noteikti pienākumi, padotība, darba organizēšanas kārtība, kas nodrošina institūcijas tiešo funkciju izpildi); - darbinieku skaits ir pietiekams un atbilst SAC klientu profilam (atbilstoši klientu sadalījumam pa aprūpes līmeņiem VSAC vadās pēc Ministru kabineta 2019. gada 2. aprīļa noteikumiem Nr. 138 5. pielikuma); - korekti noformētas darba tiesiskās attiecības (speciālisti un darbinieki nodarbināti pamatojoties uz darba līgumu vai uzņēmuma līgumu)		
8.1.2. SAC pastāv darbinieku novērtēšanas un motivācijas sistēma (piemēram, veselības apdrošināšana, nodrošināts darba apģērbs utml.);		
8.1.3. SAC ir procesi, kā noteikt apmācību vajadzības; SAC ir efektīvs darbinieku apmācības plāns (ievada apmācība, KPR apmācību, apmācība rīcībai ekstremālās situācijās, darbs ar specifiskām klientu grupām, u.c.);		
8.1.4. SAC nodrošina ievada apmācības personālam (izstāsta par SAC darbību, iestādes vērtībām, detalizēti izskaidro amata pienākumus, iepazīstina un izskaidro darba procesus un procesu jēgu,		

izskaidro kā jāaizpilda dokumentāciju, izskaidro kā rīkoties noteiktās un sarežģītās situācijās), iepazīstina ar klientiem;		
8.1.5. SAC nodrošina apmācību institūcijas vadītājam, struktūrvienības vadītājam, kurš ir tieši iesaistīts sociālā pakalpojuma sniegšanā un organizēšanā, un sociālajam darbiniekam – ne mazāk par 24 akadēmiskajām stundām gadā;		
8.1.6. sociālajam aprūpētājam, sociālajam rehabilitētājam un sociālās palīdzības organizatoram – ne mazāk par 16 akadēmiskajām stundām gadā;		
8.1.7. aprūpētājam – ne mazāk par astoņām akadēmiskajām stundām gadā;		
8.1.8. personālām ir organizēti pasākumi vai nodarbības psiholoģiskās un emocionālās spriedzes mazināšanai;		
8.1.9. supervīziju (individuālo, grupas, komandas, organizācijas): sociālā darba speciālistam, institūcijas vadītājam un struktūrvienības vadītājam, kurš ir tieši iesaistīts sociālā pakalpojuma sniegšanā un organizēšanā, – ne mazāk par 21 stundu gadā;		
8.1.10. SAC strādā sertificēts ārstniecības personāls.		
PERSONĀLA KAPACITĀTE UN KOMPETENCE <i>Kopsavilkums:</i>		

