



Vienotā rīcība MENTAL HEALTH TOGETHER

Integrētās aprūpes ceļa definīcija

Versija	2.0
Autors	Nacionālais veselības institūts, Itālija
Uzdevums	5.4
Nodevuma datums	2026. gada 27. maijs
Nodevuma veids	Ziņojums



Co-funded by
the European Union

Šī vienotā rīcība tiek līdzfinansēta no Eiropas Savienības Veselības programmas saskaņā ar dotācijas līgumu Nr. 101162928

Finansē Eiropas Savienība. Paustie viedokļi un uzskati tomēr ir tikai autora(-u) viedokļi un ne vienmēr atspoguļo Eiropas Savienības vai Eiropas Veselības un digitālās izpildaģentūras (HaDEA) viedokli. Ne Eiropas Savienību, ne piešķirēju iestādi nevar saukt pie atbildības par tiem.

1. Dokumenta rekvizīti

Projekta nosaukums:	Mental Health Together
Projekta akronīms	MENTOR
Projekta numurs:	1011622928
Temats:	Zināšanu apmaiņas ziņojums
Dokumenta autors:	Nacionālais veselības institūts, Roma, Itālija
Aptvertais periods (ilgums):	18/06/2025 - 30/05/2026

1.1. Dokumenta pārskatīšanas vēsture

Versija	Datums	Autori/iesaistītās personas	Komentāri
1.0	18.11.2025	ISS	Pirmais projekts
1.1	29.01.2026	ISS/dalībvalstis	Pārskatīšana
1.2	05.02.2026	ISS/dalībvalstis	Pārskatīšana
2.0	26.02.2026	Ieinteresētās personas/ISS/dalībvalstis	Gala versija
2.0	26.03.2026	ISS	Tulkojums
2.0	14.05.2026	NPVC	Tulkojuma validācija

1.2. Originalitātes apliecinājums

Šī nodevuma saturs ir oriģināls un to ir radījuši tikai JA MENTOR projekta dalībnieki.

1.3 Satura rādītājs

<i>1. Dokumenta rekvizīti.....</i>	<i>1</i>
<i>1.1. Dokumenta pārskatīšanas vēsture.....</i>	<i>1</i>
<i>1.2. Originalitātes apliecinājums.....</i>	<i>1</i>
<i>1.3 Satura rādītājs.....</i>	<i>2</i>
<i>1.4 Saīsinājumi un akronīmi.....</i>	<i>4</i>
<i>2. Par MENTOR projektu.....</i>	<i>6</i>
<i>2.1. Šī dokumenta mērķis.....</i>	<i>7</i>
<i>2.2. Uzdevums 5.4.....</i>	<i>7</i>
<i>2.2.1. Uzdevuma apraksts.....</i>	<i>7</i>
<i>2.2.2. Uzdevuma struktūra.....</i>	<i>9</i>
<i>2.2.3. Uzdevuma izveide.....</i>	<i>9</i>
<i>2.3. Kontakti.....</i>	<i>10</i>
<i>2.3.1. Koordinatora kontakti.....</i>	<i>10</i>
<i>2.3.2 Galvenie līdzautori un Uzdevuma 5.4 kontakti.....</i>	<i>10</i>
<i>3. Eiropas integrētās aprūpes ceļš ar uz personu vērstu pieeju, lai veicinātu cilvēku ar psihiskās veselības traucējumiem sociālo iekļaušanu un dzīves kvalitāti.....</i>	<i>12</i>
<i>3.1. Ievads.....</i>	<i>12</i>
<i>3.2 Pieredze ar veselības budžeta metodoloģiju.....</i>	<i>13</i>
<i>3.3. Eiropas personīgā veselības budžeta piemērošana.....</i>	<i>17</i>
<i>3.4. Pāreja no standartizētām pakalpojumu pakotnēm uz individualizētu atbalstu.....</i>	<i>17</i>
<i>4. GALVENĀS SADAĻAS integrētās aprūpes ceļā.....</i>	<i>18</i>
<i>4.1. Multiprofesionāla komanda.....</i>	<i>18</i>
<i>4.2. Daudzdimensionāls novērtējums un rīki.....</i>	<i>19</i>
<i>4.2.1. Personīgā veselības budžeta definēšana, izmantojot KOPIĢAS PROGRAMMĒŠANAS un KOPIĢAS PĀRVALDĪBAS PIEEJU.....</i>	<i>20</i>
<i>4.3. Individualizēta un integrēta intervence.....</i>	<i>21</i>



<i>4.4. Personīgā veselības budžeta definīcija</i>	<i>23</i>
<i>4.4.1. Izaicinājumi personīgā veselības budžeta izstrādē</i>	<i>24</i>
<i>4.5. Gadījuma vadītāja noteikšana.....</i>	<i>24</i>
<i>4.5.1. Jaunākā literatūra par gadījuma vadītāju: galvenās funkcijas un lomas</i>	<i>25</i>
<i>4.5.2. Gadījuma vadītāja pamatfunkcijas.....</i>	<i>25</i>
<i>4.6. Parakstīšana un uzraudzība.....</i>	<i>26</i>
<i>4.6.1. Rādītāju definēšana personīgā veselības budžeta vai Eiropas pilotpētījuma uzraudzībai</i>	<i>26</i>
<i>5. Integrētās aprūpes ceļa FORMĀTS.....</i>	<i>27</i>
<i>6. Bibliogrāfija.....</i>	<i>35</i>
<i>7. Nākamais solis: integrētās aprūpes ceļa pilotēšana un uzraudzība.....</i>	<i>36</i>
<i>7.1. Sinerģijas.....</i>	<i>36</i>

1.4 Saīsinājumi un akronīmi

EU	Eiropas Savienība
JA	Vienotā rīcība
MENTOR	Mental Health Together
PLE	Cilvēki ar dzīves pieredzi
WP	Darba pakotne

Saīsinājumu saraksts – WP5.4 dalībnieki	
ASL of Turin	Azienda Sanitaria Locale Città di Torino (Italy)
BIOSISTEMAK	Asociación Instituto De Investigación En Sistemas De Salud-Biosistemak
FFIS	Fundacion para la Formacion e Investigacion Sanitarias de la Region de Murcia
FRCB-IDIBAPS/HCB	Fundació Recerca Clínic Barcelona-IDIBAPS/ Hospital Clínic de Barcelona
FUNDESALUD	Fundacion para la Formacion e Investigacion de los Profesionales de la Salud de Extremadura Fundesalud
GENCAT	Departament de Salut - Generalitat de Catalunya
ICO	Institut Català d'Oncologia
IDIVAL	Fundacion Instituto de Investigacion Marques de Valdecilla
ISS	Istituto Superiore di Sanità
Lombardijas reģions	Regione Lombardia
MOSA	Sotsiaalministeerium
NCMHFAD	Centrul National de Sanatate Mintala Si Lupta Antodrog
NHF	Nacionālais veselības fonds
PHC	Ukrainas Veselības ministrijas Valsts iestāde Sabiedrības veselības centrs
PHCI	Galvaspilsētas reģiona primārā veselības aprūpe
ProMIS	Azienda ULSS 4 Veneto Orientale



RDS	Dānijas dienvidu reģions
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SHSO-MHS	Organismos Kratikon Ypiresion Ygeias
SMS	Servicio Murciano de Salud
UNIMIBI	Università degli Studi di Milano-Bicocca

2. Par MENTOR projektu

MENTOR mērķis ir veicināt psihisko veselību, daloties pieredzē plašā spektrā - no politiskām iniciatīvām līdz klīniskajai profesionālajai praksei. Tas ietver pierādījumos balstītu labāko praksi un pielāgo iniciatīvas, lai panāktu ilgtermiņa ilgtspēju, uzlabojot psihisko veselību un labbūtību individuālā un populācijas līmenī.

MENTOR mērķi:

1. Nodrošināt efektīvu MENTOR darbību/rezultātu izplatīšanu.
2. Veicināt MENTOR rezultātu ilgtspēju un ieviešanu dažādās psihiskās veselības aprūpes sistēmās visā Eiropas reģionā.
3. Stiprināt psihiskās veselības pratības kapacitāti, izstrādājot politikas ieteikumus un intervences rīkus, kas vērsti uz neaizsargātām grupām un stigmas mazināšanu.
4. Veicināt piekļuvi pierādījumos balstītai praksei un inovatīvām psihiskās veselības uzraudzības, veicināšanas un profilakses pieejām, lai pārvaldītu psihiskās veselības stāvokļus kopienās.
5. Uzlabot psihiskās veselības uzraudzības sistēmas, lai palielinātu informētību par psihiskās veselības problēmām, nodrošinātu agrīnāku riska personu atklāšanu un atbalstītu datus balstītu lēmumu pieņemšanu.
6. Samazināt sociālo nevienlīdzību populācijā, pievēršoties cilvēkiem ar psihiskās veselības problēmām.
7. Veicināt MHIAP (Mental Health in All Policies (psihiskā veselība visās politikās))metodes pieeju novērtēšanai un ieviešanai nacionālā un reģionālā līmenī.
8. Noteikt pierādījumos balstītas intervences psihiskās veselības problēmu veicināšanai un profilaksei neaizsargātās un vispārējās populācijās.
9. Atbalstīt uz atveseļošanas vērstu un iekļaujošu cilvēku ar psihiskās veselības traucējumiem praksi aprūpē.
10. Ieviest personalizētas un visaptverošas pieejas psihiskajai veselībai.

2.1. Šī dokumenta mērķis

Šis dokuments kalpo kā nodevuma 5.4.2 “Integrētās aprūpes ceļa definīcija” zināšanu apmaiņas ziņojums JA Mental Health Together – MENTOR uzdevuma 5.4 ietvaros. Pamatojoties uz datiem, kas iegūti D.5.4.1 ietvaros un apkopoti Zināšanu apmaiņas ziņojumā (pieejams šajā saitē: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>), integrētās aprūpes ceļa būtiskie elementi psihiskās veselības jomā tiks detalizēti aprakstīti, iesaistot:

1. multidisciplinārās komandas locekļus sākotnējam novērtējumam;
2. testēšanas rīkus un anketas klīnisko un personisko iznākumu novērtēšanai;
3. standartizētu formātu integrēto sociālo un veselības intervences pasākumu plānošanai un uzraudzībai.

Šis Zināšanu apmaiņas ziņojums ietver informāciju, kas savākta no uzdevumā iesaistītajām dalībvalstīm.

Šī dokumenta projekts tiks publicēts Vienotās rīcības (JA) tīmekļvietnē. Leinteresētās personas (piemēram, psihiskās veselības klīniskie centri, cilvēki ar dzīves pieredzi, NVO, pašvaldības u. c.) tiks aicinātas sniegt atsauksmes un ierosinājumus. Pirms dokumenta pabeigšanas visas atsauksmes tiks izskatītas iespējamo grozījumu veikšanai. Gala dokuments tiks iztulkots dažādajās Eiropas dalībvalstu valodās plašākai pieejamībai un izpratnei.

2.2. Uzdevums 5.4

2.2.1. Uzdevuma apraksts

Integrētās aprūpes ceļš, lai veicinātu cilvēku ar psihiskās veselības traucējumiem sociālo iekļaušanu un dzīves kvalitāti

Pasaules Veselības organizācija (PVO) uzsver, ka personalizācija ir galvenais veselības aprūpes politikas elements). Tā balstās uz veselības aprūpes sistēmas koncepciju, kuras centrā ir cilvēks un tā tiesības, piemēram, vienlīdzība, līdzdalība, pašnoteikšanās un nediskriminācija. Tas nozīmē izturēties pret pacientiem saglabājot uz personu vērstu perspektīvu, ieklausīties viņu vajadzībās, atzīt viņu spējas un brīvību veikt izvēles savas veselības labā. Uz personu vērsta pieeja ļauj dažādām nozarēm strādāt kopā, izmantojot pieejamos resursus un dažādas kompetences, lai visaptveroši apmierinātu personas vajadzības.

Uzdevums 5.4 palīdz iesaistītajiem partneriem definēt un ieviest integrētus aprūpes ceļus cilvēkiem ar psihiskiem traucējumiem savās valstīs un izstrādāt ieteikumus veselības un

sociālās integrācijas veicināšanai. Tādējādi intergrēsies un sadarbosies publiskās politikas, dažādi finansējuma avoti, veselības, izglītības un sociālie pakalpojumi, dažādi profesionālie resursi u.c.. Šādas sinerģijas intervences mērķis ir cilvēku ar psihiskās veselības traucējumiem atveseļošanās un pilnīga iekļaušana sabiedrībā. Izmantojot personīgā veselības budžeta inovatīvo metodoloģiju, veselības un sociālie dienesti sadarbojas, lai nodrošinātu integrētas intervences šādās četrās jomās: veselība, mājoklis, nodarbinātība, afektivitāte/sabiedriskums/dzīve un attiecību prasmes. Katrai personai ir savs individualizēts projekts, kas izstrādāts atbilstoši viņa/viņas īpašajām vajadzībām un vēlmēm, izmantojot pieejamos publiskos/privātos/personīgos resursus. Personas izaugsme tiek nodrošināta ar pilnīgu iesaisti un piekrišanu katrā sarunu un lēmumu pieņemšanas procesa posmā.

Ekonomisko/materiālo resursu (piemēram, mājoklis, ienākumi, pensija, alga.) un neformālo aktīvu (izglītības kvalifikācija, ģimenes atbalsts, sociālais tīkls, personiskās prasmes) esamība vai neesamība tiek ņemta vērā, definējot personas vajadzības un personīgo veselības budžetu. Pēdējais tiek definēts kā indivīdam un viņa/viņas kontekstam pieejamo resursu kopums un to resursu/intervenču saraksts, ko integrētie pakalpojumi personalizētā projekta laikā nodrošina vai sniedz. Projekts tiek uzraudzīts, periodiski izvērtēts un attiecīgi atjaunināts.

Uzdevuma laikā no iesaistītajām valstīm tiek vākti un analizēti dati un informācija par sabiedrisko politiku un psihiskās veselības pakalpojumu organizāciju. Cilvēki ar dzīves pieredzi tiks aktīvi iesaistīti daudzdisciplinārajā komandā, kas izvērtē savāktos datus un definē integrētā veselības un sociālās aprūpes ceļa galvenās sadaļas, kas tiks ieviestas dažās dalībvalstīs.

Personīgais veselības budžets līdz šim ir izmēģināts dažādās valstīs, tostarp Apvienotajā Karalistē, Beļģijā, Dānijā, Itālijā, Somijā, Austrijā, Francijā, Zviedrijā, Vācijā, Austrālijā un Amerikas Savienotajās Valstīs, ar dažāda veida programmām, kuras atšķiras pēc iekļaušanas kritērijiem saistībā ar plānotajiem pakalpojumiem vai personas izvēles pakāpi. Lielākajai daļai programmu galvenais mērķis bija veicināt autonomiju un neatkarīgu dzīvi, savukārt citas programmas vairāk koncentrējās uz aprūpētāju aprūpes sistēmas uzlabošanu.

Uzdevums 5.4 cieši sadarbojas ar uzdevumu 5.3, lai atbalstītu šīs integrētās pieejas ieviešanu, aktīvi iesaistot dažādas sabiedrības veselības, sociālās un izglītības sistēmas nozares. Projekta partneri nodod pieredzi un iegūtās zināšanas citām dalībvalstīm, izmantojot šos četrus galvenos rezultātus:

- Zināšanu apmaiņas ziņojums (D.5.4.1), publicēts šeit: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>
- Integritātes aprūpes ceļa definīcija (D.5.4.2), koncentrējoties uz neaizsargātiem cilvēkiem (šis ziņojums);
- Vadlīnijas un mācību materiāls (D.5.4.3), kas paredzēts psihiskās veselības speciālistiem;
- Politikas ieteikumi (D.5.4.4) valsts politikas veidotājiem.

2.2.2. Uzdevuma struktūra

JA MENTOR uzdevums 5.4 sastāv no 4 apakšuzdevumiem: aptaujas izplatīšana un analīze (5.4.1), integrētās aprūpes ceļa definīcija (5.4.2), integrētās aprūpes ceļa pilotēšana un uzraudzība (5.4.3) un kopienā balstītas psihiskās veselības politikas definēšana un izplatīšana (5.4.4).

Uzdevumam 5.4 ir uzdevuma vadītājs (Nacionālais veselības institūts, Itālija), kurš ir atbildīgs par uzdevuma nodevumu un mērķu sasniegšanu. Uzdevumā 5.4 piedalās divdesmit viena dalībvalsts.

2.2.3. Uzdevuma izveide

Uzdevumam 5.4 ir plašs ģeogrāfiskais pārklājums visā Eiropā (22 iestādes 10 valstīs) - Kipra (SHSO-MHS), Dānija (RSD), Igaunija (MOSA), Vācija, Islande (PHCI), Itālija (ISS, ProMIS, Turīnas ASL, UNIMIBI, Lombardijas reģions), Polija (NHF), Rumānija (NCMHFAD), Spānija (Biosistemak, GENCAT, FRCB-IDIBAPS, ICO, IDIVAL, FFIS, SMS, SAS, FundeSalud, SES) un Ukraina (PHC).



Visas valstis, izņemot Islandi, Vāciju un Dāniju, aktīvi piedalās darba paketē (WP) un tādēļ sniedz padziļinātāku pašreizējās situācijas un saistīto izaicinājumu analīzi.

Katra iesaistītā iestāde un valsts/reģions sniedz uzdevumam vērtīgu un papildinošu kompetenci un pieredzi. Partneriem ir nepieciešamās prasmes, kvalifikācija un resursi, lai uzdevumu īstenotu efektīvi. Viņiem ir arī atbilstošie juridiskie un tehniskie pilnvarojumi, lai īstenotu uzdevuma aktivitātes valsts līmenī.

2.3. Kontakti

2.3.1. Koordinatora kontakti

Kontaktpersonas vārds	Loma projektā	E-pasts
Maria Luisa Scattoni	Uzdevuma 5.4 vadītāja	marialuisa.Scattoni@iss.it

2.3.2 Galvenie līdzautori un Uzdevuma 5.4 kontakti

Kontaktpersonas vārds	Iestāde	E-pasts
Martina Micai	ISS	martina.micai@iss.it
Francesca Fulceri	ISS	francesca.fulceri@iss.it
Mara Sabbioni	ISS	mara.sabbioni@iss.it
Angela Caruso	ISS	angela.caruso@iss.it
Letizia Gila	ISS	letizia.gila@iss.it
María del Pilar López Acuña	FFIS	mpla1204@gmail.com
Giulio Castelpietra		
Giuseppe Quintavalle	ASL Roma 1	Giuseppe.Quintavalle@aslroma1.it
Doriana Vallone	ASL Roma 1	doriana.vallone@aslroma1.it
Ana Bermejo Martínez	SMS	ana.bermejo@carm.es
Rosa Ayesa Arriola	IDIVAL	rosa.ayesa@idival.org
Claudia Parás Gutiérrez	IISPV	claudia.paras@iispv.cat
Laura Florea	NCMHFAD	florea.laura@cnsn.org.ro
Ane Fullaondo	Biosistemak	ANE.FULLAONDOZABALA@bio-sistemak.eus
Lola Verdoy	Biosistemak	DOLORES.VERDOYBERASTEGUI@bio-sistemak.eus
Juan de la Torre	Biosistemak	JUAN.DELATORREPARDOS@bio-sistemak.eus

Ane Rodríguez	Biosistemak	ANE.RODRIGUEZBODERO@bio-sistemak.eus
Jose Guzman Parra	SAS	jgp00004@gmail.com
Irene López Armenteros	SAS	ireloar@gmail.com
Jonathan Joseph Dawood Hristova	SAS	Jonathanjosepd@gmail.com
Jessica Marian Goodman Casanova	SAS	jmariangoodman@gmail.com
Silvia Matrai	FRCB-IDIBAPS/HCB	smatrai@recerca.clinic.cat
Fleur Braddick	FRCB-IDIBAPS/HCB	fmbooth@recerca.clinic.cat
Hugo López-Pelayo	FRCB-IDIBAPS/HCB	hlopez@clinic.cat
Jörg Utschakowski	Brēmenes Senāts/Veselības ministrija	joerg.utschakowski@gesundheit.bremen.de
Francisco Gil	ICO	fgil@iconcologia.net
Anna Casellas Grau	ICO	acgrau@iconcologia.net
Gabriele Klärs	BIÖG	gabriele.klaers@bioag.de

D5.4.2. Zināšanu apmaiņas ziņojums

Šis zināšanu apmaiņas ziņojums apkopo paneļa darbu, kurā piedalās dalībvalstu ministriju, valsts aģentūru, psihiskās veselības un sociālā darba profesionāļi, pašvaldības un cilvēki ar dzīves pieredzi, kas veikts Vienotās rīcības MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR) pirmajā gadā.

3. Eiropas integrētās aprūpes ceļš ar uz personu vērstu pieeju, lai veicinātu cilvēku ar psihiskās veselības traucējumiem sociālo iekļaušanu un dzīves kvalitāti

3.1. Ievads

Psihiskā veselība ir Eiropas politiku un finansējuma prioritārs mērķis, un mūsdienīgas un efektīvas veselības aprūpes sistēmas galvenais uzdevums ir identificēt pēc iespējas efektīvākās metodoloģijas un rīkus.

Pareiza smagu psihisku traucējumu pārvaldība būtiski samazina arī šo traucējumu radīto sociālo un ekonomisko ietekmi uz sistēmu.

Zinātniskie pierādījumi parāda, cik svarīgi ir nodrošināt atbilstošas intervences kopienas vidē cilvēkiem ar smagiem psihiskiem traucējumiem. Šī pieeja novērš nevajadzīgas hospitalizācijas un institucionalizāciju, kas bieži nav efektīvas, īpaši, ja tās ilgst ilgāku laiku. Lai efektīvi reaģētu uz psihiskās veselības aprūpes izaicinājumiem, ir nepieciešams veidot struktūru un inovatīvu kontekstu, kurā veselības aprūpes politika un resursi cieši mijiedarbotos ar sociālā atbalsta un kopienas pakalpojumiem.

Šajā perspektīvā būtiska ir kopienas spēja sniegt risinājumus, kas integrē veselības aprūpes vajadzības ar izglītības, nodarbinātības, mājokļa un iesaistes kopienā vajadzībām. Prioritāte ir izmēģināt integrētus un personalizētus sociālās iekļaušanas ceļus cilvēkiem ar smagiem psihiskiem traucējumiem, kuri bieži ir atstumti darba tirgū, mājokļa jautājumos un sociāli kultūrālā vidē.

Eiropā integrētās sociālās un veselības aprūpes intervences regulē valstu un reģionālie tiesību akti un stratēģiskie ietvari, kas aptver palīdzību nepilngadīgajiem ar neiropsihiskiem traucējumiem, cilvēkiem ar psihiskiem traucējumiem, invaliditāti, atkarībām, HIV/AIDS un autiskā spektra traucējumiem. Tās ir pilsoņiem garantētas tiesības, kuru mērķis ir atjaunot un/vai saglabāt un stiprināt indivīda autonomiju, mazināt institucionalizāciju un segregāciju un izvairīties no aprūpes pienākumu nodošanas trešajām personām, veicinot personisko un kopienas iesaisti.

Pēdējos gados pieaugusi interese par teritoriālās integrācijas pieredzi, kas īstenota, izmantojot “Veselības budžeta” organizatorisko modeli - vienu no attīstītākajiem un inovatīvākajiem priekšlikumiem veselības aprūpes integrēšanai ar kopienas sistēmām psihiskās veselības jomā visā Eiropā.

Veselības budžets apvieno ekonomiskos, profesionālos, cilvēkresursu un attiecību resursus, kas nepieciešami atbalstošu attiecību, ģimenes un sociālo kontekstu veidošanai, kuri uzlabo sociālo iekļaušanu. Tas ir ģeneratīvs rīks, kas atbalsta personalizētus dzīves projektus, kuri garantē tiesības uz veselību, izmantojot augstā līmenī integrētas un elastīgas sociālās un veselības aprūpes intervences. Modelis arī pārveido pakalpojumu tīklu, virzot resursu pārdali, mazinot jaunus institucionalizācijas veidus un identificējot sociāli ekonomiskās un mājokļa iekļaušanas iespējas.

Veselības budžeta modelis tagad paplašinās dažādos Itālijas reģionos, lai gan nevienmērīgi, un pieredze atšķiras tehniskajos, profesionālajos, administratīvajos aspektos, finansēšanas metodēs, izmēģinājumu apjomā un ilgumā.

Tā galvenais mērķis ir veicināt un atjaunot teritoriālo palīdzību psihiskās veselības jomā, pieņemot kopienas atskaites ietvaru, aizsargājot cilvēktiesības un cilvēku ar psihiskās veselības problēmām cieņu, pēc iespējas veicinot iekļaujošu un līdzdalīgu aprūpi un uzlabojot pakalpojumu kvalitāti un drošību pacientu, viņu ģimeņu un pakalpojumu sniedzēju labā.

Šīs stratēģiskās vadlīnijas var uzskatīt par piemērojamām, ar konkrētiem pielāgojumiem un atbilstošām korekcijām, visiem projektiem, kas paredzēti personām ar sarežģītām sociālām un veselības aprūpes vajadzībām un kuriem ir piemērotas spēju stiprināšanas un attīstības intervences.

Valsts piemērs, kas izstrādāts Itālijā (*Stratēģiskās vadlīnijas: veselības budžeta izstrāde ar uz personu vērstu pieeju - kvalificējošo elementu priekšlikums*), sniedzot administratīvus un operacionālus norādījumus veselības budžeta ieviešanai, ir tulkots un publicēts JA MENTOR tīmekļvietnē un ir pieejams šajā saitē: <https://ja-mentor.eu/wp-content/uploads/2025/06/Strategic-guidelines-for-health-budget-Italy-JA-MENTOR-Layout.pdf>

3.2 Pieredze ar veselības budžeta metodoloģiju

Lai iepazīstinātu ar tēmu, tika veikts starptautiskās literatūras apskats un savākta reģionu un autonomo provinču dokumentācija, lai identificētu “labāko praksi”, gatavojoties valsts Konsensus konferencei.

Starptautiskās literatūras sistemātiskajā pārskatā tika identificētas 29 publikācijas, kas saistītas ar veselības budžetu psihiskās veselības kontekstā, gan no kvalitatīvās, gan

kvantitatīvās perspektīvas. Tajā apkopoti jaunākie pierādījumi par intervencēm, iznākumiem un veselības budžeta izmaksu efektivitāti personām ar psihiskās veselības traucējumiem. No 29 atlasītajiem starptautiskajiem pētījumiem, kuros piedalījās aptuveni 11 541 lietotājs, ģimenes loceklis un speciālists, vienpadsmit pētījumi tika veikti Apvienotajā Karalistē, 11 - Amerikas Savienotajās Valstīs, 6 - Itālijā un viens - Austrālijā laikposmā no 2013. gada aprīļa līdz 2021. gada septembrim. Sistemātiskajā pārskatā iekļautie pētījumi atklāj noteiktus ierobežojumus, kas apgrūtina rezultātu vispārināšanu. Pirmkārt, valstu sadalījums pētījumos ir reprezentatīvs tikai Rietumu pasaulei. Turklāt veselības budžetu salīdzināšanu starp valstīm sarežģī ievērojamās atšķirības to veselības aprūpes sistēmās. Otrkārt, daudzos pētījumos ir mazi izlases apjomi, pārsvarā kvalitatīvs dizains, netiek izmantoti validēti rīki iznākumu mērīšanai, un pētījumu kvalitāte ne vienmēr ir apmierinoša. Treškārt, iekļauto pētījumu paraugi ne vienmēr ir reprezentatīvi pētītajai populācijai un bieži trūkst visaptveroša pacientu fenotipu apraksta. Visbeidzot, informācija par veselības budžetā izmantotajiem ekonomiskajiem resursiem bieži netiek sniegta. Ņemot vērā šos ierobežojumus, var izdarīt dažus vispārīgus secinājumus. Ir apstiprināti pozitīvi iznākumi cilvēkiem ar psihiskās veselības traucējumiem, kuri izmanto veselības budžetu, īpaši attiecībā uz pacienta izvēli un kontroli pār savu atveseļošanās ceļu. Veselības budžeta izmantošana šīm personām ir parādījusi dažādus ieguvumus, tostarp pacientu spēju stiprināšanu, lielāku ieinteresēto personu iesaisti, aprūpes sniedzēju un personāla iesaisti veselības budžeta definēšanā, kā arī savlaicīgu un atbilstošu piekļuvi ārstēšanai. Turklāt vairāki pētījumi norādīja, ka lietotāji ir pauduši apmierinātību ar veselības budžetu ieviešanu.

Turklāt Itālijā veselības budžets ir uzlabojis lietotāju klīniskos iznākumus, dzīves kvalitāti, iesaisti apmaksātā darbā un pieredzi nodarbinātībā un neatkarīgā dzīvē, pozitīvi ietekmējot arī visu ģimeni un atbalsta tīklu. Pierādījumi liecina, ka veselības budžets ir radījis būtiskas izmaiņas resursu izmantošanā un personalizētu intervences pieeju piemērošanā, kā rezultātā ģimenēm un valsts veselības sistēmām ir samazinājušās izmaksas. Tomēr vairākos pētījumos tika paustas bažas par veselības budžeta piemērošanu. Ģimenes uzskatīja, ka veselības budžeta pārvaldība un procedūras, kā arī tā īstenošana kopā ar profesionāļiem ir sarežģīta un rada stresu, tādēļ tās jutās mazāk iesaistītas sava tuvinieka aprūpē. Dažos pētījumos profesionāļi veselības budžeta pārvaldību uztvēra kā papildu slogu savā darbā.

Plašā pieredze ir izgaismojusi daudzveidīgas veselības budžeta prakses un koncepcijas, kas atspoguļo vietējo kontekstu kultūras un vajadzības un vēsturiski izveidojušos procesus, īpaši saistībā ar psihisko veselību psihiatrijas slimnīcu slēgšanas kontekstā. Tomēr no kartētās

pieredzes ir izkristalizējusies vajadzība veicināt veselības budžeta modeli, lai sekmētu šķērsgriezuma organizatoriskas pārmaiņas labklājības pakalpojumos.

No normatīvā skatpunkta ir radusies arī nepieciešamība koordinēt un integrēt Publisko iepirkumu normatīvu un Trešā sektora normatīvu noteikumus ar administratīvajām praksēm, kas spēj sasniegt veselības budžeta mērķus. Veselības un sociālajām praksēm jābūt elastīgām un jāļauj pārkonfigurēt pakalpojumus, lai uzlabotu personalizāciju, nodrošinot riska/ieguvuma novērtējumus un inovatīvu pakalpojumu un kopienas resursu izmantošanu, koncentrējoties uz individu.

Tāpēc ir būtiski definēt administratīvās procedūras, kas ļauj elastīgi un inovatīvi piemērot šo modeli. Tādējādi projekta stratēģija ir vērsta uz to, lai veselības budžets kļūtu arvien skaidrāks un nostiprinātāks pakalpojumu praksē, veicinot tā izmantošanu un atbilstošu piemērošanu reģionālajā līmenī.

Vienotās rīcības MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR) mērķis ir veicināt psihisko veselību un labbūtību, daloties pieredzē plašā spektrā - no politiskām iniciatīvām līdz klīniskajai un profesionālajai praksei. Tajā tiek integrēta pierādījumos balstīta labākā prakse un tā tiek pielāgota ilgtermiņa ilgtspējai, lai uzlabotu psihiskās veselības iznākumus gan individuālā, gan populācijas līmenī. tos ilgtermiņa ilgtspējai, ar mērķi uzlabot psihiskās veselības iznākumus gan individuālā, gan populācijas līmenī.

Šīs iniciatīvas ietvaros īpašs uzdevums ir veltīts **Integrētajam aprūpes ceļam cilvēku ar psihiskās veselības traucējumiem sociālās iekļaušanas un dzīves kvalitātes veicināšanai.** Šajā ietvarā **Zināšanu apmaiņas ziņojums** (pieejams šajā saitē: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>) tika izstrādāts ar galveno mērķi novērtēt vietējo iedzīvotāju vajadzības, pieejamos pakalpojumus un attiecīgās politikas. Šo novērtējumu veica daudzdisciplinārs panelis, kurā bija pārstāvji no ministrijām, valsts aģentūrām, psihiskās veselības un sociālā darba profesionāļi, pašvaldības un cilvēki ar dzīves pieredzi.

Darbības, kas noveda pie ziņojuma, sākās ar detalizētu vajadzību, pakalpojumu un ar psihisko veselību saistīto politiku izvērtējumu iesaistītajās valstīs un reģionos. Panelis, pārstāvējot gan publisko, gan privāto sektoru, vadīja visaptverošu esošo ietvaru un pakalpojumu pārskatu, kas atbalsta cilvēkus ar psihiskās veselības traucējumiem.

Svarīga šī procesa sastāvdaļa bija partneru kopīgi izstrādātas aptaujas koprades process. Aptaujas mērķis bija savākt būtisku informāciju trīs galvenajās jomās:

1. Vietējo iedzīvotāju identificētās vajadzības, ierosinājumi un izaicinājumi;
2. Sociālo un veselības aprūpes pakalpojumu raksturojums cilvēkiem ar psihiskās veselības traucējumiem;
3. Esošās valstu politikas, kas saistītas ar integrētiem sociālās un veselības aprūpes ceļiem.

Visi aktīvie dalībnieki un novērotāji angļu valodā izstrādāja un pilnveidoja aptauju **“Aptaujapar integrētā aprūpes ceļa definēšanu cilvēku ar psihiskās veselības traucējumiem sociālās iekļaušanas un dzīves kvalitātes veicināšanai”**, kas tika tulkota un adaptēta itāļu, spāņu, ukraiņu un poļu valodā.

Aptauja ietvēra šādas sadaļas:

- 1. daļa - veselības un sociālo pakalpojumu / psihiskās veselības un sociālās aprūpes sistēmu organizācija
- 2. daļa - sniegto intervenču veidi
- 3. daļa - pabalsti un finansēšanas mehānismi
- 4. daļa - psihiskās veselības un sociālā sektora informācijas sistēmas
- 5. daļa - personīgais veselības budžets: valsts politikas un vietējā pieredze
- 6. daļa - personīgā veselības budžeta strukturēšana
- 7. daļa - vietējā pieredze ar personīgo veselības budžetu un integrētu veselības un sociālo aprūpi
- 8. daļa - pašreizējās sistēmas stiprās puses un izaicinājumi

Kopumā aptaujā tika iekļauts 401 dalībnieks, no kuriem 67 % (n = 268) to aizpildīja pilnībā vai daļēji. Atbildes tika saņemtas no:

- 176 respondentiem Ukrainā
- 39 respondentiem Itālijā
- 34 respondentiem Spānijā
- 12 respondentiem Polijā
- pa 1 respondentam no Igaunijas, Vācijas, Rumānijas un Latvijas

Iesaistīto valstu un reģionu vajadzību, pakalpojumu un psihiskās veselības politikas novērtējums, kā arī Zināšanu apmaiņas ziņojumā sniegtie aptaujas rezultāti kalpoja par pamatu šim dokumentam.

3.3. Eiropas personīgā veselības budžeta piemērošana

Personīgais veselības budžets ir inovatīva metodoloģija, kurā veselības un sociālie pakalpojumi sadarbojas, lai nodrošinātu integrētas intervences šādās jomās:

- Afektivitāte/sabiedriskums/dzīves un attiecību prasmes
- Izglītība - apmācība - nodarbinātība
- Mājoklis

Katru personu pavada individualizēts projekts, kas izstrādāts atbilstoši viņa/viņas konkrētajām vajadzībām un vēlmēm un izmantojot pieejamos publiskos/personīgos/privātos resursus.

Personīgo spēju stiprināšana jāatbalsta ar personas iesaisti un informētu piekrišanu katrā posmā, nodrošinot atbilstošu atbalstu jēgpilnai līdzdalībai situācijās, kad lēmumu pieņemšana ir apgrūtināta.

3.4. Pāreja no standartizētām pakalpojumu pakotnēm uz individualizētu atbalstu

Cilvēki ar psihiskās veselības traucējumiem līdzdarbojas uz personu vērstu, uz atveseļošanos orientētu aprūpes plānu izstrādē, izvēloties pakalpojumus, kas atbilst aprūpes plāniem un viņu vajadzībām, vēlmēm un dzīves mērķiem. To atbalsta koordinēta rīcība mikro, mezo un makro līmenī, veicinot autonomiju un iekļaušanos kopienā.

Darbības ir veidotas, lai tieši reaģētu uz personas mainīgām **vajadzībām, vēlmēm un mērķiem**, pilnībā ņemot vērā cilvēka individuālās funkcionālās spējas un dzīves vidi.

Klīnisko, izglītības, sociālo un attiecību intervenciju integrācija prasa saskaņotību starp pakalpojumiem un nepārtrauktību laika gaitā.

Dinamiskais rīks, kas vada personalizētas aprūpes trajektorijas, uzlabo līdzdalību un veicina **autonomiju un dzīves kvalitāti** visā dzīves gaitā.

4. GALVENĀS SADAĻAS integrētās aprūpes ceļā

Tālāk ir norādīti kvalificējošie elementi, kuriem visiem ir jāpastāv līdzās, lai definētu veselības budžetu, kā arī operacionālie elementi, kas ietver atbilstošus administratīvos ceļus un rīkus. Šīm abām jomām jāvirzās paralēli. Lai nodrošinātu procesa vienotību un pilnīgu veselības budžeta ceļu ieviešanu, ir nepieciešams radīt saskares punktus starp klīniskās aprūpes un administratīvajām daļām.

4.1. Multiprofesionāla komanda

Veselības budžets ir paredzēts personām, kuras pārvalda teritoriālo veselības pakalpojumu tīkls un kurām ir sarežģītas sociālās un veselības aprūpes vajadzības¹. Veselības budžeta centrā ir indivīds, kas aplūkots savā kopienas kontekstā un ņemts vērā visā viņa/viņas resursu, sociālo un veselības aprūpes vajadzību, attiecību un mērķu kopumā, attiecībā uz kuriem var īstenot savas pašnoteikšanās tiesības. Veselības budžets atbalsta individualizētus projektus, kuru mērķis ir veicināt indivīda dzīvi viņa/viņas izvēlētajā mājoklī, iesaistot dažādas kopienas ieinteresētās personas.

Veselības budžets tiek publiski pārvaldīts un koordinēts, lai nodrošinātu patiesu sociālās un veselības aprūpes integrāciju. Pieprasījums aktivizēt veselības budžetu, ko var ierosināt arī pats indivīds un/vai viņa/viņas likumiskais pārstāvis, jāiesniedz veselības aprūpes, sociālās veselības aprūpes vai sociālo pakalpojumu speciālistam, kurš atbild par gadījumu. Tā mērķis ir iedrošināt indivīdus, pilnībā īstenojot viņu tiesības un ievērojot viņu pilsoniskos pienākumus. Veselības un sociālie pakalpojumi sadarbojas saskaņā ar valsts/reģionālajiem noteikumiem. Veselības pakalpojumi nodrošina klīnisko aprūpi un ārstēšanas nepārtrauktību, savukārt sociālie pakalpojumi nodrošina piekļuvi sociālajām tiesībām, pabalstiem un kopienā balstītam atbalstam. Multiprofesionālā komanda ir operatīvā vide kopīgai novērtēšanai, kopīgai plānošanai un uzraudzībai. Procesu koordinē gadījuma vadītājs.

Sociālā komponente nodrošina pilsonības tiesības un pienākumus, savukārt veselības aprūpes komponente nodrošina tiesības uz veselību, un abas kopā veicina personas spēju stiprināšanu. Katrs pakalpojums ievēro savus noteikumus intervenču nodrošināšanai. Sociālās un veselības aprūpes komandā, kurā ir vismaz viens veselības aprūpes, viens

¹Sarežģītas sociālās un veselības aprūpes vajadzības attiecas uz situācijām, kurās klīniskā smaguma pakāpe un/vai līdzāspastāvoši stāvokļi pastāv kopā ar traucētu funkcionēšanu un būtisku sociālo ievainojamību (piem., nestabilitāte mājoklī, darba, attiecību vai ekonomisko resursu jomā).

sociālās veselības aprūpes un viens sociālais profesionālis, jāietver pašas personas, jebkura ieceltā likumiskā aizbildņa saskaņā ar viņa/viņas pilnvarām un pēc personas pieprasījuma arī citu nozīmīgu personu iesaiste. Šāda struktūra nodrošina, ka persona aktīvi piedalās vajadzību un resursu novērtēšanā un īsteno savas pašnoteikšanās tiesības kopīgajā aprūpē un sava dzīves projekta definēšanā, kur tā var apzināti ieguldīt savus resursus, tostarp finanšu resursus.

Multiprofesionālajai komandai vajadzētu sastāvēt no:

- **Veselības komponentes:** vismaz viens veselības aprūpes vai sociālās veselības aprūpes speciālists, kurš atbild par indivīda aprūpi, ņemot vērā iespējamās blakusslimības.
- **Sociālās komponentes:** sociālais darbinieks no pašvaldības kopā ar citiem izglītības vai sociālajiem profesionāļiem, kas iesaistīti personas atbalstā.

MENTOR 5.4 aptaujā, atbildot uz jautājumu “Vai pastāv multiprofesionāla komanda, kas novērtē psihosociālo funkcionēšanu un izstrādā aprūpes plānu?”, lielākā daļa valstu ziņoja, ka šāda komanda pastāv. Lielākoties komandā ietilpst psihiatri, psihologi, māsas, sociālie darbinieki, ģimenes ārsti, ergoterapeiti, rehabilitācijas terapeiti un citi speciālisti.

Multiprofesionālajā komandā jāiekļauj vismaz viens speciālists no veselības komponentes un vismaz viens no sociālās komponentes.

Pamatojoties uz ziņojumu, veselības komponentē ieteicamie speciālisti ir psihiatrs, psihologs un māsa, savukārt sociālajai komponentei ieteicams sociālais darbinieks.

Personai ar psihiskās veselības traucējumiem VIENMĒR jābūt komandas pamatloceklim, un tai jāvada lēmumu pieņemšana, balstoties uz savām vēlmēm; aprūpētāji tiek iesaistīti tikai tad un tādā mērā, kā persona to vēlas. Līdzdalību nodrošina kopīga lēmumu pieņemšana, iepriekšēja plānošana, atbalstīta pašpārvaldība un uz personu vērsta, uz atveseļošanos orientēta aprūpe.

4.2. Daudzdimensionāls novērtējums un rīki

Spēju stiprināšanas pieeja ir vērsta uz uzticamu attiecību veidošanu, lai veiktu multiprofesionālu un daudzdimensionālu vajadzību un resursu novērtējumu un definētu veselības budžetu. Šis novērtējums jāveic kopā ar indivīdu, izmantojot validētus un standartizētus rīkus, un tam jāaptver šīs jomas:

- Klīniskā joma

- Psihosociālās funkcionēšanas joma
- Personisko un kopienas vajadzību un resursu joma
- Dzīves kvalitātes joma

Pēc diagnozes noteikšanas un veselības aprūpes plāna definēšanas katrai personai būtu jāpiedāvā dzīves projekta izstrāde, pielāgota visām attiecīgajām jomām. Ja persona piekrīt, speciālistam jāuzsāk veselības aprūpes plāna definēšana un jāieplāno tikšanās ar personu un multiprofesionālo komandu, kurā ir vismaz viens veselības aprūpes speciālists un viens sociālās aprūpes speciālists.

Integrētajam aprūpes ceļam jābalstās uz personas vēlmēm. Process sākas ar klīniskā stāvokļa un funkcionālā profila novērtējumu. Tālāk multiprofesionālajai komandai jānovērtē personas vajadzības un vēlmes. Visbeidzot, komandai jādefinē intervences identificētajās jomās (veselība, mājoklis, apmācības/izglītība/nodarbinātība, mācīšanās/socializācija/afektivitāte), ko persona ir noteikusi par prioritātēm. Turklāt aprūpes ceļam jāatzīst, ka psihiskās veselības krīzes var ietekmēt ģimenes un sociālos tīklus; tādēļ tiks izvēlētas sociālās intervences, lai atbalstītu personu ģimenes un sociālo lomu pārvaldībā.

Jānosaka gadījuma vadītājs ("facilitator") un jāizvērtē personas personīgie un kopienas resursi, ņemot vērā klīnisko profilu un valstī pieejamos pakalpojumus. Šajā posmā var noteikt personīgo veselības budžetu.

4.2.1. Personīgā veselības budžeta definēšana, izmantojot KOPĪGAS PROGRAMMĒŠANAS un KOPĪGAS PĀRVALDĪBAS PĪEEJU

Mērķa grupas vecuma diapazons ir no 18 gadiem, ar iespēju iekļaut jaunākus cilvēkus pārejas posmā, kad tas ir pieprasīts un klīniski/psihosociāli nepieciešams.

Daudzdisciplinārās komandas sanāksmē piedalās persona ar psihiskās veselības traucējumiem šādu aspektu novērtēšanai:

- klīniskie stāvokļi
- funkcionēšanas profils
- dzīves kvalitāte

Pēc sanāksmes seko kopīgs plānošanas process, kas sastāv no šādiem soļiem:

1. Izprast personas vajadzības un vēlmes.

2. Persona pieprasa intervences noteiktās jomās, piemēram, veselība, mājoklis, apmācības/nodarbinātība, izglītība, socializācija un afektivitāte.
3. Noteikt intervences katrā izvēlētajā/ieteiktajā jomā (koprade)
4. Identificēt pieejamos personiskos un kopienas resursus.
5. Noteikt gadījuma vadītāju ("facilitator") jomā, kurai ir vislielākā nozīme.
6. Noteikt personīgo veselības budžetu un parakstīšanu.

Lai atbalstītu gan novērtēšanu, gan kopīgo plānošanas procesu, tika izmantots standartizētu rīku kopums. Rīki tika izvēlēti tā, lai tie būtu bez maksas, pēc iespējas pieejami vairākās valodās un jau izmantoti dalībvalstu klīniskajā praksē.

Zinātniskā literatūra iesaka izmantot šādus rīkus klīnisko stāvokļu, psihiskās veselības un psihosociālās funkcionēšanas novērtēšanai (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- Health of the Nation Outcomes Scale (HoNOS; HoNOS secure, HoNOS- ABI, HoNOS-LD, HoNOS 65+);

Zinātniskā literatūra iesaka izmantot šādus rīkus globālās funkcionēšanas, invaliditātes un funkcionālo ierobežojumu novērtēšanai (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- GAF (Global Assessment of Functioning)

Zinātniskā literatūra iesaka izmantot šādus rīkus dzīves kvalitātes novērtēšanai (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- WHOQoL-Bref (World Health Organization Quality of Life) pieejams vairākās valodās:
<https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

4.3. Individualizēta un integrēta intervence

Noteikt intervences katrā izvēlētajā/ieteiktajā jomā, ņemot vērā arī individuālās vajadzības un vēlmes:

- Veselība
- Mājoklis
- Apmācības/izglītība/nodarbinātība
- Mācīšanās/socializācija/afektivitāte

Definēt intervenču galveno mērķi (īstermiņa un ilgtermiņa), dienas/stundas, iesaistītos speciālistus, pieejamos resursus, uzraudzības rādītājus.

Tālāk uzskaitītās intervences galvenokārt tika identificētas no MENTOR 5.4 aptaujas (2. daļa: *Sniegto intervencu veidi*), kurā tika kartēta pašreizējā prakse iesaistītajās dalībvalstīs/reģionos. Aptaujas rezultāti tika pilnveidoti paneļa diskusijās un pēc tam organizēti četrās personīgā veselības budžeta jomās. Intervences jāizvēlas no šāda saraksta:

Veselības intervence	Mājokļa intervence	Apmācības/izglītības/ nodarbinātības intervence	Mācīšanās/socializācij as/afektivitātes intervence
Ambulatorā terapija	Atbalstītas mājokļa vai asistētāsdzīvošanas iespējas	Profesionālā atbalsta pakalpojumi	Atbalstītas nodarbinātības programmas
Stacionārā psihiatriskā aprūpe	Patstāvīgas dzīves prasmju apmācība	Profesionālās apmācības programmas	Sociālo prasmju apmācība
Medikamentu pārvaldība/uzraudzība	Pagaidu pārejas mājokļa programmas	Iekārtošana darbā un nodarbinātība	Atbalsts aprūpētājiem
Psihologiskā intervence	Ilgttermiņa uzturēšanās iestādes	Prasmju attīstības darbnīcas	Mājokļa atbalsts vai atbalstītas dzīvošanas risinājumi
Kultūras un radošā terapija	Steidzama palīdzība mājokļa nodrošināšanai	Izglītības atbalsta programmas	Vienaudžu atbalsta grupas
Psihologiskais atbalsts	"Mājoklis vispirms" pieeja	Prakses ar <u>psihiskās</u> veselības atbalstu	Kopienas integrācijas programmas
Dienas stacionārs	Cits	Kooperatīvi un sociālie uzņēmumi	Personiskās autonomijas programmas
Kopienā balstītas rehabilitācijas programma		Biedrību brīvā laika aktivitāšu programmas	Brīvprātīgo programmas
Kopienā balstīta <u>psihiskās</u> veselības veicināšana		Mentorēšanas vai darba koučinga programmas	Kopienā balstīta kultūras programma

Fiziskās veselības uzraudzība		Jauniešu pārejas programmas	Cits
Krīzes intervences dienests		Cits	
Ģimenes intervence			
Pašnāvību profilakses programmas			
Mērķētas intervences konkrētām grupām			
Cits			

Veselības budžets integrē indivīda aprūpes ceļu ar viņa/viņas dzīves projektu. Pamatojoties uz novērtējumiem visās intervences jomās (mājoklis/dzīves vide, izglītība/darbs, socializācija un mācīšanās/izpaušme/komunikācija), sadarbībā ar indivīdu un ņemot vērā viņa/viņas vēlmes tiek izstrādāts pielāgots “Individualizēts terapeitiskās rehabilitācijas projekts”. Individualizēts terapeitiskās rehabilitācijas projekts nosaka darbības un mērķus katrai jomai un, būdams uz atveseļošanos orientēts aprūpes ceļš, attīstās līdzās dzīves projektam.

4.4. Personīgā veselības budžeta definīcija

Tā kā rezultātu nodrošināšanai ir dažādi veidi, multiprofesionālajai komandai būtu jāizklāsta šīs iespējas un jānosaka vispiemērotākā pieeja, lai persona saņemtu maksimālos ieguvumus un finansējumu. Speciālistiem būtu jāidentificē kopienā pieejamie resursi un, ja ir pieejami konkrēti pabalsti, jāsniedz personai attiecīgā informācija. Kopā ar personu jāanalizē piekļuves šķēršļi. Gadījuma vadītāja esamība var atvieglot finansējuma pieprasīšanu, taču tas var būt sarežģīti cilvēkiem, kuriem vispirms jāzina, kā pieteikties uz gadījuma vadītāju.

Multiprofesionālo komandu veido psihiskās veselības dienestu veselības aprūpes speciālists un sociālais darbinieks no pašvaldības.

Komandai vajadzētu:

- **identificēt pieejamos resursus** (profesionālos, personiskos, ekonomiskos u. c.)
- **izvēlēties visatbilstošākās iespējas kopā ar katru personu un atvieglot piekļuvi tām**

4.4.1. Izaicinājumi personīgā veselības budžeta izstrādē

Kā aprakstīts Zināšanu apmaiņas ziņojumā, galvenie izaicinājumi personīgā veselības budžeta izstrādē ir cieši saistīti ar atšķirībām **iestādēs, finansējuma avotos un veselības-sociālajās sistēmās**. Piemēram, Itālijā un Spānijā personīgajam veselības budžetam ir jādarbojas starp kopienas psihiskās veselības centriem, sociālajiem dienestiem un vietējām pašvaldībām, kur katrai ir savi noteikumi un prioritātes, kas apgrūtina koordināciju starp iestādēm. Ukrainā, Polijā, Rumānijā un Latvijā ir līdzīga sadrumstalotība, taču to pastiprina vājāka kopienas infrastruktūra, tāpēc personīgajam veselības budžetam ir jāveido saikne starp slimnīcu pakalpojumiem, nepietiekami attīstītu sociālo aprūpi un bieži arī neformālu ģimenes atbalstu. Finansējuma plūsmas arī atšķiras: dažos Itālijas un Spānijas apgabalos resursi galvenokārt nāk no reģionālajiem veselības budžetiem un pašvaldībām, savukārt tādās valstīs kā Polija, Rumānija vai Ukraina ir jāapvieno sociālie pabalsti, invaliditātes pensijas un neregulārs projektu finansējums, radot nenoteiktību un nevienlīdzību piekļuvē. Vācija un Igaunija ilustrē vēl vienu sarežģītības līmeni, kur personīgajam veselības budžetam (vai analogiem rīkiem) jāiekļaujas sistēmās, kas lielā mērā balstās uz veselības apdrošināšanu un atsevišķām sociālās apdrošināšanas shēmām, pieprasot vienošanās starp apdrošinātājiem, sociālajiem dienestiem un vietējām iestādēm. Kopumā Ukrainā, Itālijā, Spānijā, Polijā, Igaunijā, Vācijā, Latvijā un Rumānijā personīgo veselības budžetu ieviešanas izaicinājumus mazāk nosaka pati ideja, bet vairāk nepieciešamība savienot ļoti atšķirīgas pakalpojumu iestādes, saskaņot vairākus un nestabilus finansējuma avotus un orientēties dažādās veselības un sociālās aizsardzības sistēmās - sākot no nodokļiem finansētiem publiskiem modeļiem līdz apdrošināšanas modeļiem.

JA MENTOR veicinās starpvalstu salīdzinošo novērtēšanu, lai identificētu pārnesamus ieviešanas risinājumus valstīs/reģionos ar līdzīgām veselības un sociālās aizsardzības sistēmām, radot praktiskas iespējas, kas var palīdzēt citām valstīm ieviest personīgo veselības budžetu.

4.5. Gadījuma vadītāja noteikšana

Lai veselības budžetu varētu īstenot praksē, ir nepieciešama piekrišana, kas tiek izteikta ar personas parakstītu vienošanos, kurā izklāstīti visu iesaistīto pušu mērķi un saistības. Šī vienošanās ir neatņemama veselības budžeta sastāvdaļa.

Ieviešanas posmā veselības budžets sociālās un veselības aprūpes komandai ir nepārtraukti jāuzrauga un jāpārskata vismaz reizi gadā, aktīvi piedaloties personai. Šo uzraudzības un

pārskatīšanas procesu koordinē plānošanas posmā norīkotais gadījuma vadītājs. Pārskatā tiek ņemti vērā arī iznākumu rādītāji.

Lai nodrošinātu veselības budžeta piemērošanu un procesa kvalitāti, vienlaikus sekmējot tā ieviešanu visās teritorijās, ir būtiski definēt plašu un izplatītu stratēģisko plānu, kas balstīts uz kvalificējošajiem un operacionālajiem elementiem, par kuriem vienojusies darba grupa. Šajā plānā jāiekļauj arī atbilstoša būtiskās stratēģiskās informācijas apkopošana.

Konkrētāk, ir nepieciešams koplietot stratēģisko dokumentu ar vadlīnijām, izmantojot formālu vienošanos "Unified" konferencē, ar reģionu un autonomo provinču apņemšanos pieņemt saturu ar saviem pasākumiem un/vai ieviešanas plāniem. Turklāt jāizveido valsts periodiskās uzraudzības sistēma ar strukturētām ieviešanas metodēm, izmantojot procesa kvalitātes un dzīves kvalitātes iznākumu rādītājus.

- a) Ieceļ tajā sektorā, kurā koncentrējas lielākā daļa intervenču (veselība vai sociālā aprūpe).
- b) Skaidri definē savu lomu, informējot personu par pieejamajiem pabalstiem un veicinot piekļuvi tiem, izmantojot motivējošās intervijas pieeju, lai veicinātu iesaisti un aktīvu līdzdalību.

4.5.1. Jaunākā literatūra par gadījuma vadītāju: galvenās funkcijas un lomas

Gadījuma vadītāji nodrošina dažādu veidu atbalstu, tostarp attiecību, konsekvences, validācijas, sociālās saiknes, ikdienas dzīves un profesionālo atbalstu. Šie atbalsta veidi ir pielāgoti psihiskās veselības pakalpojumu lietotāju unikālajām vajadzībām, uzsverot attiecību veidošanu, apstiprinājumu un konsekventu iesaisti kā pamatfunkcijas (Fitzgerald et al., 2024). Gadījuma vadītāji darbojas arī kā pakalpojumu koordinatori, palīdzot klientiem orientēties sarežģītās sistēmās, lai piekļūtu mājoklim, pabalstiem, veselības aprūpei un sociālajam atbalstam, bieži strādājot kopienas vidē (Kim et al., 2020).

4.5.2. Gadījuma vadītāja pamatfunkcijas

Gadījuma vadītāji cilvēkiem ar psihiskās veselības vajadzībām ir atbildīgi par virkni atbalstošu aktivitāšu, tostarp:

- Koordinēt ieviešanu aprūpes plāna veselības, sociālo un kopienas pakalpojumu ietvaros, lai nodrošinātu pacientiem atbilstošu un savlaicīgu atbalstu.
- Veidot terapeitiskas attiecības, kas veicina uzticēšanos, atzīšanu un apstiprinājumu, kas ir izšķiroši pacienta iesaistei un atveseļošanai.

- Iestāties par pacientu vajadzībām, tostarp piekļuvi mājoklim, finansiālajai palīdzībai un sociālajiem pakalpojumiem, un palīdzēt viņiem orientēties sarežģītās sistēmās.
- Sniedz praktisku un emocionālu atbalstu, piemēram, palīdzību ikdienas dzīvē, profesionālo atbalstu un sociālo saikni.
- Uzraudzīt un novērtēt vajadzības, lai identificētu izmaiņas psihiskās veselības stāvoklī un vajadzības gadījumā savienotu pacientus ar specializētu aprūpi.
- Veicināt autonomiju un atveseļošanos, dodot pacientiem iespēju piedalīties aprūpes plānošanā un atbalstot viņu neatkarību.

4.6. Parakstīšana un uzraudzība

4.6.1. Rādītāju definēšana personīgā veselības budžeta vai Eiropas pilotpētījuma uzraudzībai

Šie rādītāji tiek apkopoti šādos laika punktos: **T0** (sākotnējais līmenis): uzņemšanas/ārstēšanas sākumā un **T1** (pēcpārbaude): izrakstīšanas laikā vai pēc iepriekš noteikta pēcpārbaudes perioda (piemēram, 6 vai 12 mēnešus pēc T0):

1. Obligāto medicīnisko ārstēšanu / piespiedu ārstēšanas epizožu skaits un kopējais ilgums
2. Hospitalizāciju skaits un kopējais ilgums
3. Klīniskie un funkcionālie iznākumi
4. Novērtēšanas rīki pēc vecuma:
 - Pieaugušie (>18 gadi): HoNOS, GAF, WHOQoL BREF
 - Bērni un pusaudži (<18 gadi): HoNOSCA
5. Ārstēšanas iedarbības periods
6. Intervences veids un ārstēšanas intensitāte (stundas/dienas)



5. Integrētās aprūpes ceļa FORMĀTS

UZVĀRDS	VĀRDS	DZIMŠANAS DATUMS

PIRMĀS VIZĪTES DATUMS _____ PĒDĒJĀ NOVĒRTĒJUMA / PĒCPĀRBAUDES
DATUMS _____

SSK diagnozes kodi _____

SMAGUMA LĪMENIS

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Aizpildīšanas datums: _____

VĀRDS: _____ UZVĀRDS: _____

SĀKUMA DATUMS: no apstiprināšanas _____ BEIGU DATUMS: _____

INTENSITĀTES LĪMENIS:

NOTEIKTIE KOPPĀRVALDĪBAS DALĪBNIEKI:

PĀRSKATI: reizi ceturksnī _____ reizi sešos mēnešos _____ citi _____

PERSONAS DATU LAPA

Dzimšanas vieta un datums	
Dzimums	
Pilsonība	



Dzīvesvietas adrese (norādīt, ja pastāvīgā dzīvesvieta)	
Tālruna numurs	
E-pasts	
DEMOGRĀFISKIE DATI	
Civilās invaliditātes atzīšana un %	
Invaliditātes statusa novērtējums	
Izglītības līmenis	
Nodarbinātība	
Citi būtiski dati	
RESURSI	
Pensija/invalida pensija	
Aprūpes pabalsts	
Izmantotie transporta līdzekļi	
Citi ienākumu avoti (veids/apmērs)	

DAUDZDIMENSIONĀLS NOVĒRTĒJUMS

ĢIMENES LOCEKĻI / ATSAUCES PERSONAS			
VĀRDS	UZVĀRDS	ATTIECĪBU VEIDS	DZĪVO KOPĀ <i>jā/nē</i>

VESELĪBAS / SLIMĪBAS / CIEŠANU VĒSTURE	
Aprūpes uzsākšana (datums un pakalpojums)	
Ģimenes anamnēze	
Personīgā anamnēze	



Iepriekšējās veselības intervences	
Iepriekšējās sociālās intervences	

PERSONĪGĀ APRŪPE		
Novērtējamie aspekti	Konstatētās situācijas apraksts	Prioritārās vajadzības
<i>Piemērs</i>	<i>Neievērošana, ārstēšanas atteikums, daļēja, vai pilnīga ievērošana, nav piemērojams</i>	
Farmakoloģiskās ārstēšanas ievērošana		
Terapeitiskā plāna ievērošana		

DIAGNOZE	SSK-10	SSK-10 APRAKSTS
Galvenā diagnoze		
Sekundārā diagnoze		

FUNKCIONĒŠANAS PROFILA NOVĒRTĒJUMS

NOVĒRTĒJUMS		
Tests (<i>piem., HONOS, GAF, WHOQoL BREF</i>)	Administrēšanas datums	Rezultāti (<i>lūdzu, norādiet katra testa kopējos un apakšskalu punktus, ja pieejami</i>)



Īss apraksts: _____

PRIORITĀRO VAJADZĪBU NOVĒRTĒJUMS KATRĀ JOMĀ

	NOVĒRTĒJAMIE ASPEKTI	SITUĀCIJAS APRAKSTS	PRIORITĀRĀS VAJADZĪBAS
Veselība			
<i>Piemērs</i>	<i>medikamentozās terapijas lietošana</i>	<i>Nestabilitāte antipsihotiskās terapijas ievērošanā</i>	<i>Medikamentu lietošanas un iespējamo blakusparādību uzraudzība</i>
1a			
2a			
3a			
Mācīšanās/socializācija/afektivitāte			
<i>Piemērs</i>	<i>Sociālā mijiedarbība</i>	<i>Sociālā izolācija</i>	<i>Attīstīt jēgpilnas attiecības</i>
1b			
2b			
3b			
Apmācības /izglītība/ nodarbinātība			
<i>Piemērs</i>	<i>Nodarbinātība</i>	<i>Iesaistīts praksē ar zemu uztverto apmierinātību</i>	<i>Jēgpilnas un apmierinošas profesionālās iespējas</i>
1c			
2c			
3c			
Mājoklis			

<i>Piemērs</i>	<i>Neatkarīga dzīve</i>	<i>Dzīvo kopā ar neatbalstošiem vecākiem</i>	<i>Neatkarīga dzīve</i>
1d			
2d			
3d			

KOPSAVILKUMS, MĒRĶI UN KOPĪGI PĀRVALDĪTA PLĀNOŠANA

a. Veselības joma

Ārstēšanas grafiks (dienas/stundas)	Iesaistītais speciālists (piem., psihiatrs, psihologs, māsa, sociālais darbinieks)	Pieejamie resursi	Vidēja termiņa mērķi (līdz 6 mēnešiem)	Procesa rādītāji	Ilgtermiņa mērķi (no 6 līdz 12 mēnešiem)
1b					
2b					
3b					

b. Mācīšanās/komunikācijas/afektivitātes joma

Ārstēšanas grafiks (dienas/stundas)	Iesaistītais speciālists (piem., psihiatrs, psihologs, māsa, sociālais darbinieks)	Pieejamie resursi	Vidēja termiņa mērķi (līdz 6 mēnešiem)	Procesa rādītāji	Ilgtermiņa mērķi (no 6 līdz 12 mēnešiem)
1b					
2b					
3b					

c. Apmācības/izglītības/nodarbinātības joma



Ārstēšanas grafiks (dienas/stundas)	Iesaistītais speciālists (piem., psihiatrs, psihologs, māsa, sociālais darbinieks)	Pieejamie resursi	Vidēja termiņa mērķi (līdz 6 mēnešiem)	Procesa rādītāji	Ilgtermiņa mērķi (no 6 līdz 12 mēnešiem)
---	---	----------------------	--	---------------------	---

1b

2b

3b

d. Mājokļa joma

Ārstēšanas grafiks (dienas/stundas)	Iesaistītais speciālists (piem., psihiatrs, psihologs, māsa, sociālais darbinieks)	Pieejamie resursi	Vidēja termiņa mērķi (līdz 6 mēnešiem)	Procesa rādītāji	Ilgtermiņa mērķi (no 6 līdz 12 mēnešiem)
---	---	----------------------	--	---------------------	---

1b

2b

3b



INTERVENENCES

Plānotās darbības	NO..... UZ.....	Cilvēkresursi un intensitātes līmenis (kopējās mēneša stundas)	Intervences izmaksas mēnesī
-------------------	--------------------	---	--------------------------------

PARAKSTI

Loma	Vārds un uzvārds (drukātiem burtiem)	Paraksts
Saņēmējs / projekta turētājs	_____	_____

Likumiskais pārstāvis (ja piemērojams)

Loma	Vārds un uzvārds (drukātiem burtiem)	Paraksts
Vecāks	_____	_____
Aizbildnis	_____	_____
Atbalsta administrators	_____	_____
Cits (norādīt: _____)	_____	_____

Gadījuma vadītājs (norādīt profesionālo lomu)

Profesionālā loma	Vārds un uzvārds (drukātiem burtiem)	Paraksts
Gadījuma vadītājs (loma: _____)	_____	_____

Daudzdisciplinārā komanda



Profesionālā loma	Vārds un uzvārds (drukātiem burtiem)	Paraksts
Psihiatrs	_____	_____
Psihologs	_____	_____
Sociālais darbinieks	_____	_____
Māsa	_____	_____
Ergoterapeits / pedagogs	_____	_____
Cits (norādīt: _____)	_____	_____

Trešā sektora pakalpojumu sniedzējs

Loma	Vārds un uzvārds (drukātiem burtiem)	Paraksts
Organizācijas nosaukums	_____	_____
Likumiskais pārstāvis	_____	_____

Datums _____

6. Bibliogrāfija

1. Arya, D. (2020). Case management, care-coordination and casework in community mental health services. *Asian journal of psychiatry*, 50, 101979. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101979>.
2. Fitzgerald, S., Chronister, J., Zheng, Q. M., & Chou, C. C. (2025). The Meaning of Social Support for Mental Health Service-Users: The Case Managers' Perspective. *Community Mental Health Journal*, 61(2), 314-328. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01349-5>.
3. Gelkopf, M., Mazor, Y., & Roe, D. (2022). A systematic review of patient-reported outcome measurement (PROM) and provider assessment in mental health: goals, implementation, setting, measurement characteristics and barriers. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(Supplement_1), ii13-ii27.
4. Kim, H., Oh, H., & Lee, H. (2020). Experiences of Case Managers Who Provide Residential Services to People with Mental Disorders Living in Independent Housing. *Stress*. <https://doi.org/10.17547/kjsr.2020.28.4.221>. Seo, M., & Kim, Y. (2022). Effects of Human Rights Sensitivity of case managers on the working relationships with people suffering from mental illness mediated by empathy. *European Psychiatry*, 65, S303 - S303. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.773>.

7. Nākamais solis: integrētās aprūpes ceļa pilotēšana un uzraudzība

Pamatojoties uz datiem, kas iegūti D.5.4.1 ietvaros, integrētās aprūpes ceļa būtiskie elementi psihiskās veselības jomā tiks detalizēti aprakstīti, iesaistot: 1. daudzdisciplinārās komandas sākotnējam novērtējumam; 2. testēšanas rīkus un anketas klīnisko un personisko iznākumu novērtēšanai; 3. standartizētu formātu integrēto sociāli veselības intervences pasākumu plānošanai un uzraudzībai. Definētais dokuments tiks publicēts Vienotās rīcības tīmekļvietnē, lai aicinātu sniegt atsauksmes un ierosinājumus no ieinteresētajām personām, piemēram, psihiskās veselības klīniskajiem centriem, cilvēkiem ar dzīves pieredzi (PLE - people with lived experience), NVO, pašvaldībām u. c. Visas atsauksmes panelis izskatīs iespējamo grozījumu veikšanai, lai dokumentu pabeigtu. Gala dokuments tiks iztulkots Eiropas dalībvalstu valodās plašākai pieejamībai un izpratnei.

7.1. Sinerģijas

Integrētās aprūpes ceļa definīcijas (apakšuzdevums 5.4.2) kopīgā izstrāde ir radījusi vērtīgas sinerģijas starp projekta partneriem un ārējām ieinteresētajām personām.

1. Labās prakses apmaiņa starp valstīm

Sanāksmes reizi divās nedēļās un nepārtrauktās diskusijas ir veicinājušas valstu un reģionālo politiku, vadlīniju un stratēģiju apmaiņu, kas saistītas ar integrētu psihiskās veselības aprūpi. Tas ir stiprinājis savstarpējo mācīšanos un bagātinājis aptaujas saturu ar dažādām perspektīvām, nodrošinot tās atbilstību dažādām veselības aprūpes sistēmām.

2. Starpdisciplināra sadarbība

Ministriju, valsts aģentūru, psihiskās veselības dienestu, sociālās labklājības un darba sektoru, cilvēku ar dzīves pieredzi un trešā sektora organizāciju (NVO, brīvprātīgo grupu un bezpeļņas organizāciju) iesaiste ir stiprinājusi daudzozaru pieeju.

3. Stiprināti tieklī turpmākām darbībām

Aptaujas izplatīšanas process ir nostiprinājis saiknes starp dažādām iestādēm un ieinteresētajām personām, radot pamatu turpmākai sadarbībai arī pēc projekta sākotnējā darbības lauka. Paredzams, ka šīs attiecības atvieglos turpmākas kopīgas iniciatīvas, politikas izstrādi un pētījumus par integrētajiem aprūpes ceļiem un sociālās iekļaušanas stratēģijām.



4. Saskaņotība ar politikas un pētniecības ietvariem

Savāktie dati veicina ne tikai projekta nodevumus, bet arī plašākas Eiropas un valstu politikas diskusijas par psihiskās veselības pakalpojumu uzlabošanu, sociālo iekļaušanu un integrētas aprūpes modeļiem. Zināšanas, kas iegūtas šīs iniciatīvas ietvaros, atbilst esošajiem ES ietvariem un kalpo par atsauci turpmākajiem pētījumiem un politikas ieteikumiem.

Šīs sinerģijas - gan plānotās, gan neparedzētās - ir palielinājušas projekta kopējo ietekmi, veicinot koordinētu un ilgtspējīgu pieeju psihiskās veselības aprūpei vietējā, reģionālā, valsts un Eiropas līmenī.



Integrētās aprūpes ceļa definīcija

Autors	Nacionālais veselības institūts, Itālija
Uzdevums	5.4
Nodevuma datums	30 maijs 2026
Uzdevuma 5.4 vadītāja kontakts	Marialuisa.Scattoni@iss.it



Co-funded by
the European Union

Šī vienotā rīcība tiek līdzfinansēta no Eiropas Savienības Veselības programmas saskaņā ar dotācijas līgumu Nr. 101162928

Finansē Eiropas Savienība. Paustie viedokļi un uzskati tomēr ir tikai autora(-u) viedokļi un ne vienmēr atspoguļo Eiropas Savienības vai Eiropas Veselības un digitālās izpildaģentūras (HaDEA) viedokli. Ne Eiropas Savienību, ne piešķirēju iestādi nevar saukt pie atbildības par.