INFORMATĪVAIS ZIŅOJUMS

Pamatnostādņu

„Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana

2009.-2014.gadā”

īstenošana 2009.-2010.gadā

Satura rādītājs

[Dokumentā lietotie saīsinājumi 3](#_Toc333413061)

[Ievads 4](#_Toc333413062)

[1.1. Saslimstība ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem 5](#_Toc333413063)

[1.2. Garīgās veselības aprūpes pakalpojumi 9](#_Toc333413064)

[1.2.1. Ambulatorā veselības aprūpe 9](#_Toc333413065)

[1.2.2. Stacionārā veselības aprūpe 11](#_Toc333413066)

[1.2.3. Cilvēkresursi psihiatrijā 13](#_Toc333413067)

[2. Pamatnostādņu ieviešana 2009. -2010. gadā 15](#_Toc333413068)

[2.1. Rīcības virziens - izveidot valstī 24 sabiedrībā balstītas garīgās veselības aprūpes dienesta iestādes, kuru juridiskais statuss būs valsts vai pašvaldību kapitālsabiedrības 16](#_Toc333413069)

[2.1.1. Garīgās veselības centru izveide 16](#_Toc333413070)

[2.1.2. Pusceļa māju izveide 17](#_Toc333413071)

[2.1.3. Grupu māju izveide 18](#_Toc333413072)

[2.2. Rīcības virziens - Izstrādāt metodiskos norādījumus, kas sekmētu ģimenes ārstu darbu ar personām ar garīga rakstura problēmām 19](#_Toc333413073)

[2.3. Rīcības virziens - izstrādāt metodiskos norādījumus pašvaldībām un izglītības iestāžu psihologiem un sociālajiem pedagogiem darbam ar personām ar garīga rakstura traucējumiem 19](#_Toc333413074)

[2.4.Rīcības virziens - garīgās veselības politikas izstrādes un politikas īstenošanas jautājumu risināšanā iesaistīt pakalpojuma lietotāju un viņu radinieku izveidotās nevalstiskās organizācijas 19](#_Toc333413075)

[2.5. Rīcības virziens - pilnveidot valsts līmeņa minimāli nepieciešamo datu vākšanas sistēmu par garīgās veselības problēmām sabiedrībā 19](#_Toc333413076)

[2.6. Rīcības virziens - īstenot sabiedrības izglītošanu un informēšanu par garīgās veselības veicināšanas un profilakses jautājumiem 20](#_Toc333413077)

[2.7. Rīcības virziens - veikti divi monitoringi iedzīvotāju garīgās veselības jomā (2010.gadā un 2013.gadā). 20](#_Toc333413078)

[2.8. Rīcības virziens - izstrādāta un ieviesta apmācību programma veselības, izglītības un sociālā sektorā strādājošiem profesionāļiem 21](#_Toc333413079)

[2.9. Rīcības virziens - izstrādāts un iesniegts noteiktā kārtībā Ministru kabinetā Psihiatriskās palīdzības likumprojekts 21](#_Toc333413080)

[3. Rezultatīvo rādītāju (indikatoru) izpilde 22](#_Toc333413081)

[Secinājumi 23](#_Toc333413082)

# Dokumentā lietotie saīsinājumi

|  |  |
| --- | --- |
| CSP | Centrālā statistikas pārvalde |
| ERAF | Eiropas Reģionālais attīstības fonds |
| ESF | Eiropas Sociālais fonds |
| LĀB | Latvijas Ārstu biedrība |
| LM | Labklājības ministrija |
| MK | Ministru kabinets |
| MK rīkojums Nr.468 | Ministru kabineta 2008.gada 6.augusta rīkojums Nr.468 „Par pamatnostādnēm „Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.-2014.gadā”” |
| NVD | Nacionālais veselības dienests |
| Pamatnostādnes | Pamatnostādnes "Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.–2014.gadā" |
| PVO | Pasaules Veselības organizācija |
| Reģistrs | Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem |
| RSU | Rīgas Stradiņa universitāte |
| VI | Veselības inspekcija |
| VM | Veselības ministrija |

# Ievads

Informatīvais ziņojums izstrādāts saskaņā ar MK rīkojuma Nr.468 3.3. apakšpunktu, kas nosaka, ka sākot ar 2011.gadu, reizi divos gados līdz attiecīgā gada 1. jūnijam VM MK jāiesniedz pārskats (ziņojums) par pamatnostādņu īstenošanas gaitu.

MK rīkojuma Nr.468 3.1.apakšpunkts nosaka, ka VM jāizstrādā un veselības ministram līdz 2010.gada 1.maijam jāiesniedz noteiktā kārtībā MK pamatnostādņu īstenošanas plāns. Pamatnostādnes tika apstiprinātas 2008.gada 6.augustā. Aprēķināts, ka kopējais papildus nepieciešamais finansējums pamatnostādņu ieviešanai ir aptuveni 35 483 019 latu. MK 2009.gada 13.janvāra sēdē tika nolemts, ka turpmāk jaunas politikas iniciatīvas plānojamas pēc principa, ka jaunu politiku ieviešana tiek īstenota, ja vienlaicīgi ir paredzēts atteikties no kādas iepriekšējās aktivitātes un tiek pārdalīts finansējums (protokols Nr.3 47.paragrāfa 4.punkts). Sakarā ar ekonomikas recesiju 2008.-2010.gadā, valsts budžeta finansējums veselības nozarei tika samazināts, nozarē tika veiktas strukturālās reformas, lai piešķirtā finansējuma ietvaros nodrošinātu neatliekamo medicīnisko palīdzību un nepasliktinātu ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem. Šādos apstākļos finansējuma pārdale nozares ietvaros, lai īstenotu pasākumus atbilstoši pamatnostādnēs noteiktajiem rīcības virzieniem, nebija iespējama un pamatnostādņu ieviešanas plāna izstrāde tika atlikta līdz laikam, kad situācija stabilizēsies.

Pasākumi garīgās veselības aprūpes jomā 2009.-2010.gadā tika īstenoti saskaņā ar Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmu (apstiprināta ar MK 2004.gada 20.decembra rīkojumu Nr.1003) un tās ieviešanas plānu 2005.-2010.gadam (apstiprināts ar MK 2005.gada 28.decembra rīkojumu Nr.854), Latvijas Stratēģiskās attīstības plānu 2010.-2013.gadam (apstiprināts ar MK 2010.gada 9.aprīļa rīkojumu Nr.203), Sociālās drošības tīkla stratēģiju (apstiprināta MK 2009. gada 8. septembra sēdē (prot.Nr.56 78.§)) un ņemot vērā pamatnostādnēs izvirzītos mērķus, rīcības virzienus un sasniedzamos rezultātus.

Informatīvā ziņojuma 1.daļā „Situācijas raksturojums” iekļauta šāda informācija:

1. saslimstība ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (diagnozes pēc SSK-10 F00-F09 un F20-F99[[1]](#footnote-1)) Latvijā 2009.-2010.gadā;
2. no valsts budžeta finansētie veselības aprūpes pakalpojumi pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem 2009.-2010.gadā;
3. cilvēkresursi garīgās veselības aprūpes iestādēs Latvijā.

Informatīvā ziņojuma 2. daļā „Pamatnostādņu ieviešana 2009. – 2010.gadā” sniegta informācija par realizētajiem pasākumiem 2009.-2010.gadā atbilstoši pamatnostādnēs definētajiem rīcības virzieniem.

Informatīvā ziņojuma 3. daļā „Rezultatīvo rādītāju (indikatoru) izpilde” apkopota informācija par pamatnostādņu rezultatīvo rādītāju izpildi 2009.-2010.gadā.

Situācijas raksturojums

## Saslimstība ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem

Saskaņā ar Reģistra datiem, 2010.gadā Reģistra uzskaitē esošo pacientu skaits ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, salīdzinot ar 2009.gadu pieaudzis par 3,5%. Ja 2009.gadā Reģistrā bija reģistrēti 3100,7 pacienti uz 100 000 iedzīvotāju jeb 69 716 pacienti absolūtos skaitļos, tad 2010.gadā 3208,1 uz 100 000 iedzīvotāju, t.i., 72 131 pacienti absolūtos skaitļos.

Ik gadu laika posmā no 2007. līdz 2010. gadam Reģistra uzskaitē **pirmo reizi** uzņemto pacientu skaitam ir tendence pieaugt (skat. 1.attēlu). Īpaši strauji šis skaits pieaudzis laika posmā no 2009. uz 2010. gadu- par 16% (no 5264 uz 6207 absolūtos skaitļos jeb attiecīgi no 233,5 uz 277.2 uz 100 000 iedzīvotāju), kas varētu būt izskaidrojams gan ar saslimstības pieaugumu, gan Reģistra datu kvalitātes uzlabošanu (ārstniecības iestāžu informēšana par informācijas sniegšanu reģistram).

1.attēls. *Reģistra uzskaitē pirmo reizi uzņemtie pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem 2003.-2010.gadā Latvijā (uz 100 000 iedzīvotāju)*



Avots: NVD

Reģistra uzskaitē pirmo reizi uzņemto pacientu procentuālais sadalījums diagnožu grupās liecina, ka lielākais pirmreizējo pacientu īpatsvars gan 2009., gan 2010.gadā nemainīgi novērojams diagnožu grupā F00-F09 (organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos) un F40-F48 (neirotiskie, ar stresu saistītie un somatoformie traucējumi). Trešo vietu dala F20-F29 (šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi) un F30-F39 (garastāvokļa (afektīvie) traucējumi) (skat.2.attēlu).

2.attēls. *Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu sadalījums diagnožu grupās 2009.un 2010.gadā*[[2]](#footnote-2)

**2009. 2010.**



Avots: NVD

2010.gadā būtiski pieaudzis Reģistrauzskaitē pirmo reizi uzņemto pacientu skaits ar organiskiem psihiskiem traucējumiem (F00-F09) (no 83,1 pacienta uz 100 000 iedzīvotāju 2009. gadā līdz 109,6 pacientiem 2010. gadā), kuri raksturīgāki tieši veciem cilvēkiem. Pacientu skaita pieaugums vērojams arī diagnožu grupā garastāvokļa (afektīvie) traucējumi (F30-F39 ) (no 20,1 pacienta uz 100 000 iedzīvotājiem 2009. gadā līdz 27,2 pacientiem 2010. gadā) un neirotiskie, ar stresu saistītie un somatoformie traucējumi (F40-F48) (no 41,8 pacientiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2009. gadā līdz 50,2 pacientiem 2010. gadā).[[3]](#footnote-3)

Analizējot Reģistrauzskaitē pirmo reizi uzņemto pacientu skaitu sadalījumā pa vecuma grupām, redzams, ka aktuālākās vecuma grupas 2010. gadā nav būtiski mainījušās (skatīt 3. attēlu).

Tā kā tieši bērna vecumā pirmo reizi tiek atklāti tādi psihiskie un uzvedības traucējumi, kā garīgā atpalicība (F70-F79), psihiskās attīstības traucējumi (F80-F89) un uzvedības un emocionālie traucējumi, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā (F90-F98), tad vecuma grupā 5-14 gadi ir augstākais Reģistra uzskaitē pirmo reizi uzņemto pacientu skaits. Tomēr Reģistra uzskaitē pirmo reizi uzņemto bērnu skaits līdz 10 gadu vecumam (gan vecuma grupā 0-4, gan 5-9) 2010.gadā, salīdzinot ar 2009. gadu, ir samazinājies. Samazinājums ir jāvērtē piesardzīgi, jo tas varētu būt saistīts ar to, ka daļa bērnu galvenokārt ar vieglākām psihiskām saslimšanām tiek ārstēti pie privātajā sektorā strādājošajiem psihiatriem, un līdz ar to dati par viņiem nenonāk Reģistrā. Galvenie iemesli, ko min jomas profesionāļi, šādai vecāku izvēlei, ir pacientu stigmatizācija un šai vecuma grupai nepieciešamu ārstēšanas metožu, tai skaitā nemedikamentozo, neesamība valsts apmaksāto pakalpojumu grozā. Kā otrs iemesls varētu būt lielais bērnu skaits, kas neapmeklē pirmsskolas izglītības iestādes līdz pirmskolas vecumam, un tāpēc daļa bērnu nenonāk speciālistu redzeslokā.

Pārējās vecuma grupās, 2010.gadā salīdzinot ar 2009.gadu, vērojams pacientu skaita pieaugums. Izteiktāk rādītāji pieauguši vecuma grupā >=70– pieaugums 2009.-2010.gadā par 38%.

3.attēls. *Reģistra uzskaitē pirmo reizi uzņemtie pacienti sadalījumā pa vecuma grupām 2009. - 2010. gadā Latvijā (uz 100 000 iedzīvotāju)*



Avots: NVD

Gan 2009., gan 2010.gadā lielākā daļa Reģistrā pirmreizēji iekļauto pacientu pie ārsta vērsušies pēc savas iniciatīvas, attiecīgi 22.6% un 17.9%, tomēr 2010.gadā šādu pacientu īpatsvars ir nedaudz samazinājies. Ģimene un draugi traucējumus pamanījuši 16.6% pacientu 2009.gadā un gandrīz tikpat – 16.4% 2010.gadā. Savukārt, ģimenes ārstu loma psihiatrisku saslimšanu pamanīšanā 2010.gadā nedaudz mazinājusies - tikai 13.5% pacientu 2009.gadā un 11.2% pacientu 2010.gadā garīgās veselības traucējumus pamanījis tieši ģimenes ārsts. 2010.gadā, salīdzinot ar 2009. gadu, palielinājusies psihoneiroloģisko ārstniecības iestāžu loma psihisko un uzvedības traucējumu atklāšanā – no 7.7%-11.5%.[[4]](#footnote-4)

Visos statistiskajos reģionos Reģistra uzskaitē pirmo reizi uzņemto pacientu skaits 2010.gadā, salīdzinot ar 2009.gadu, ir pieaudzis – Latgalē par 40%, tai seko Vidzeme ar 30% pieaugumu, Zemgalē – par 23%, Rīgā – par 12%, Kurzemē – par 6%; augstākā saslimstība ir Latgalē, kas, kā secināts, veicot padziļinātu analīzi, saistāma ar saslimstības pieaugumu tieši vecu cilvēku vidū (vecuma grupā 70 un vairāk gadi) (skatīt 4. attēlu).[[5]](#footnote-5)

4.attēls. *Pirmo reizi Reģistrā uzskaitē uzņemto pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem sadalījums pa statistiskajiem reģioniem 2009.un 2010.gadā (uz 100 000 iedzīvotāju)*



Avots: NVD

Standartizētā **mirstība no pašnāvībām** 2009.gadā Latvijā bija trešā augstākā ES (aiz Lietuvas un Ungārijas).[[6]](#footnote-6)

Latvijā 2009. gadā pašnāvības veica 516 cilvēki (22,9 uz 100 000 iedzīvotāju), bet 2010.gadā – 435 cilvēki (19,3 uz 100 000 iedzīvotāju). Visbiežāk pašnāvību dēļ mirst vīrieši 45–59 gadu vecumā. Vīriešiem mirstība no pašnāvībām (40,9 uz 100000 iedzīvotāju) ir gandrīz piecas reizes augstāka nekā sievietēm (8,2 uz 100000 iedzīvotāju).[[7]](#footnote-7)

5.attēls*. Pašnāvību skaita dinamika Latvijā (absolūtos skaitļos)*



Avots: NVD

Visaugstākais pašnāvību rādītājs 2009.gadā bija Latgalē (28,7 uz 100 000 iedzīvotājiem), bet viszemākais Rīgā (16,1 uz 100 000 iedzīvotājiem). Kā viens no iespējamajiem skaidrojumiem situācijai minams fakts, ka Latgalē vērojams viszemākais nodarbināto iedzīvotāju īpatsvars, salīdzinot ar citiem reģioniem. Turklāt, Latgalē vērojama arī salīdzinoši augstākā saslimstība ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kas pēc pētījumu datiem ierindojami starp galvenajiem pašnāvību riska faktoriem[[8]](#footnote-8).

## Garīgās veselības aprūpes pakalpojumi

### Ambulatorā veselības aprūpe

Ambulatoros garīgās veselības pakalpojumus valstī nodrošina ambulatorās psihiatriskās palīdzības nodaļas pie psihoneiroloģiskajām slimnīcām un vispārēja tipa slimnīcām, ambulatorās ārstniecības iestādēs strādājoši psihiatri, bērnu psihiatri, psihiatru un bērnu psihiatru prakses, kuras pilda valsts pasūtījumu personu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem ārstēšanā, ģimenes ārsti, kā arī privāti praktizējoši ārsti.

2009. – 2010.gadā no valsts budžeta līdzekļiem tika apmaksāti šādi ambulatorās garīgās veselības aprūpes pakalpojumi:

1. ambulatorie pakalpojumi, ko sniedz psihiatri un bērnu psihiatri,
2. pakalpojumi, ko sniedz ģimenes ārsti,
3. pakalpojumi psihiatrijas profila dienas stacionāros.

2009.gada beigās Latvijā psihiatri darbojās 184 veselības aprūpes iestādēs, no kurām 63 bija privātprakses, bet 2010.gada beigās – 191 iestādē, no kurām 69 bija privātprakses.[[9]](#footnote-9)

2009. gadā valsts apmaksātos **ambulatoros pakalpojumus** izmantojuši 136 743 „unikālie” pacienti[[10]](#footnote-10) ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (diagnozes pēc SSK-10: F00-F09 un F20-F99), kas kopumā veido 6% Latvijas iedzīvotāju. No šiem pacientiem 40% vērsušies pie ģimenes ārsta, 25% pie psihiatra (psihiatrs ir tiešās pieejamības speciālists), bet 35% pie citu nozaru speciālistiem[[11]](#footnote-11). 2010.gadā ambulatoros pakalpojumus izmantojušo pacientu skaits palielinājies par 3.6% jeb ambulatorās aprūpes līmenī ārstējušies 141 699 pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, no tiem 37% pēc palīdzības vērsušies pie ģimenes ārsta, 26% - pie psihiatra, bet 37% pie citu nozaru speciālistiem.

**Ambulatoro apmeklējumu skaits** pie jebkuras specialitātes ārsta pacientiem ar pamatdiagnozēm F00-F09 un F20-F99 2010. gadā pieauga par 6.5%, salīdzinot ar 2009.gadu (2010.gadā 444 810 apmeklējumi, 2009. – 415 780). Pieaugums vērojams visās diagnožu grupās, izņemot neprecizētus psihiskus traucējumus (F99), kas visticamāk norāda nevis uz apmeklējumu samazināšanos, bet gan uz precīzāku slimību diagnostiku. 2010. gadā lielākais ambulatoro apmeklējumu skaits bijis saistīts ar neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (F40-F48), kam seko šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (F20-F29).[[12]](#footnote-12)

70,6% no visiem ambulatorajiem apmeklējumiem sakarā ar pamatdiagnozēm F00-F09 un F20-F99 **pie ģimenes ārsta** ir apmeklējumineirotisku, ar stresu saistītu un somatoformu traucējumu (F40-F48) dēļ**,** no tiemlielākā daļa bijuši saistīti ar somatoformo veģetatīvo disfunkciju (F45.3 diagnoze).

Apmeklējumu skaits pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem **pie psihiatra**, salīdzinot ar 2009. gadu, pieaudzis par 8,5%. Pie psihiatra visbiežāk vērsušies pacienti ar šizofrēniju, šizotipiskajiem traucējumiem un murgiem (F20-F29), organiskiem psihiskiem traucējumiem (F00-F09), un garastāvokļa (afektīvajiem) traucējumiem (F30-F39). Iespējams, apmeklējumu skaita pieaugums pie psihiatra saistīts ne tikai ar saslimstības pieaugumu, bet arī ar grozījumiem Ministru kabineta noteikumos Nr.1046 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (stājās spēkā ar 01.01.2010.), kas nosaka, ka vienai pilnai psihiatra darba slodzei nepieciešami 13 ambulatorie apmeklējumi dienā.

Gan 2009., gan 2010. gadā pacientiem ar pamatdiagnozēm F00-F09 un F20-F99 vislielākais vidējais ambulatoro apmeklējumu skaits uz 1 pacientu bijis pie psihiatra. Tas izskaidrojams ar to, ka pie psihiatra vēršas pacienti ar smagākām diagnozēm.

1.tabula. *Ambulatoro apmeklējumu skaits pie ārsta uz 1 pacientu ar pamatdiagnozēm F00-F09 un F20-F99 2009.-2010. gadā*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ārsta specialitāte | Apmeklējumi uz 1 pacientu | |
| 2009. gads | 2010. gads |
| Ģimenes ārsts | 1,73 | 1,77 |
| Psihiatrs | 4,90 | 4,90 |
| Cits speciālists | 1,62 | 1,66 |

2009. – 2010. gadā psihiatrijas profila **dienas stacionāri** bija šādās iestādēs (160 vietas gan 2009.gadā, gan 2010.gadā):

* VSIA „Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs” (Veldres ielā 1a, Rīgā),
* VSIA “Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca”,
* VSIA “Slimnīca “Ģintermuiža”,
* VSIA „Piejūras slimnīca”,
* SIA „Neirožu klīnika”.

Psihiatrijas profila dienas stacionāros tiek sniegti ārstniecības un kopš 2011.gada 1.janvāra[[13]](#footnote-13) multidisciplinārās rehabilitācijas pakalpojumi.

2009.gadā dienas stacionāra pakalpojumus saņēma 1764 pacienti (no tiem bērni 73), bet 2010.gadā par 6,2% vairāk – 1880 pacienti (no tiem bērni 66).

Psihiatrijas profila dienas stacionāru pakalpojumi pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem pilnībā tiek apmaksāti no veselības aprūpes valsts budžeta līdzekļiem. No 2009. gada 1. oktobra psihiatrijas profila dienas stacionāru pakalpojumi pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kuriem ir trūcīgas personas statuss, tika apmaksāti no Sociālās drošības tīkla stratēģijai paredzētajiem līdzekļiem. No 2010.gada 2.pusgada šo pakalpojumu no Sociālās drošības tīkla stratēģijai paredzētajiem līdzekļiem apmaksāja ne tika trūcīgiem pacientiem, bet visiem pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kurus ārsts bija nosūtījis šī pakalpojuma saņemšanai.No Sociālās drošības tīkla stratēģijai paredzētajiem līdzekļiem psihiatrijas profila dienas stacionāru pakalpojumi tika nodrošināti 21 personai 2009.gadā un 823 personām 2010.gadā.

Psihiatrijas profila dienas stacionāru pakalpojumi ļauj saīsināt ārstēšanās ilgumu diennakts stacionāros, novērš nevajadzīgas hospitalizācijas, veicina pacientu ātrāku atlabšanu pēc izrakstīšanas no diennakts stacionāra, nodrošina rehabilitāciju un remisijas perioda nostabilizēšanu, sekmē pacienta integrēšanos sabiedrībā.Pacienti, kuri apmeklējuši dienas stacionāru, tikuši retāk rehospitalizēti, salīdzinot ar pārējiem pacientiem[[14]](#footnote-14).

Pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem atbilstoši MK 2006.gada 31.oktobra noteikumiem Nr.899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība” pieejami valsts kompensētie medikamenti. Valsts kompensācijas apmērs lielākajai daļai šajos noteikumos uzskaitīto F grupas diagnožu ir 50%, izņemot F20 (šizofrēnija) diagnozes, kur kompensācijas apmērs ir 100%.

Bērnu psihiatru novērojumi liecina, ka kompensējamo medikamentu trūkums bērniem un pusaudžiem, kuri dzīvo maznodrošinātās ģimenēs, liedz turpināt farmakoterapiju pēc stacionāra ārstēšanas, līdz ar to padarot neefektīvu ārstēšanos un veicinot atkārtotas hospitalizācijas. Arī nesakārtota sociālā vide (piemēram, pārapdzīvotība un citi kairinātāji, kas rada slimības paasinājumu) un apgrūtināta ambulatoro pakalpojumu pieejamība (piemēram, gaidīšanas laiks pie psihiatra) palielina rehospitalizācijas risku.

### Stacionārā veselības aprūpe

**Stacionāro** psihiatrisko ārstēšanu pārskata periodā nodrošināja **6 psihoneiroloģiskās slimnīcas**[[15]](#footnote-15) un **3** **psihiatriska profila nodaļas citās slimnīcās**[[16]](#footnote-16)ar2434 pieaugušo un 244 bērnu gultām 2009.gadā un 2202 pieaugušo un 196 bērnu gultām 2010.gadā. Pieaugušo psihiatrijas profila gultu skaits 2009. - 2010. gadā samazināts par 9,5%, bet bērnu – par 20%.

Psihiatrijas profila gultu skaita samazināšana notikusi atbilstoši Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmai un tās ieviešanas plānam 2005.–2010.gadam[[17]](#footnote-17)

Salīdzinot ar citām Eiropas valstīm, psihiatrijas profila gultu skaits Latvijā ir viens no augstākajiem - 2009.gadā psihiatrijas profila gultu skaits uz 100 000 iedzīvotāju Latvijā bija 134.29, salīdzināšanai Lietuvā – 102.08, Dānijā – 57.81, Igaunijā – 55.14, Zviedrijā – 47.85, Somijā – 79.92, Vācijā – 49.06, Norvēģijā – 86.3, Nīderlandē – 139.98, Beļģijā - 180.07[[18]](#footnote-18).

Saskaņā ar PVO datiem, pastāv uzskats, ka 50 gultas uz 100 000 iedzīvotāju ir kritisks skaitlis sabiedrības drošībai un gultu skaits, kas ir mazāks par 50 uz 100 000 iedzīvotāju, ir bīstams.

Pieaugušo psihiatrijas profila gultu skaits Latvijas stacionāros uz 100 000 iedzīvotāju slimnīcu apkalpes teritorijās ir krasi atšķirīgs. Rīgā, Pierīgā un Jūrmalā tās ir 38-40 gultas uz 100 000 iedzīvotāju, bet Latgalē un Vidzemē attiecīgi 163 un 151 (skatīt 2.tabulu). Aptuveni 60% no kopējā pieaugušo psihiatrijas profila gultu skaita ir akūtās gultas, pārējās – ilgstošās psihiatriskās ārstēšanas gultas un piespiedu ārstēšanas gultas.

2.tabula. *Pieaugušo* *stacionāro psihiatrijas profila gultu skaits uz 100 000 iedzīvotāju psihoneiroloģisko slimnīcu apkalpes teritorijās 2010. gadā*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Slimnīca/apkalpes zona | Iedzīvotāju skaits slimnīcas apkalpes zonā5 | Gultu skaits uz 10 000 iedzīvotāju |
| VSIA “Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs” 1  (Rīga, Pierīga, Jūrmala) | 1 151 744 | 40,02 |
| VSIA “Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca”  (Latgale) | 339 783 | 163,0 |
| VSIA “Slimnīca „Ģintermuiža””  (Zemgale) | 279 809 | 116,0 |
| VSIA “Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca”  (Vidzeme) | 233 570 | 151,03 |
| VSIA “Piejūras slimnīca”  (Kurzeme) | 299 506 | 67,0 |
| VSIA “Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca”  (ilgstoši slimojošie no visas valsts)4 | \*\*\*\* | \*\*\*\* |

1- apkalpes zonā ir iekļauti Ogres novada iedzīvotāji, Jūrmala, Rīga, Pierīga

2 -T.sk., piespiedu ārstēšana ar tiesas lēmumu nodaļā ar apsardzi

3- T.sk., ar tbc inficētie psihiatriskie pacienti

4 -nav noteiktas apkalpes zonas, ārstējas no visas valsts

5- CSP dati par iedzīvotāju skaitu 2010.gada sākumā Latvijā sadalījumā pa statistiskajiem reģioniem

2010. gadā **visos** Latvijas stacionāros pacientiem ar pamatdiagnozi psihiskie un uzvedības traucējumi (F00-F09 un F20-F99) tika veikts par 11.5% vairāk hospitalizāciju nekā 2009.gadā, attiecīgi 25 815 un 22 849.[[19]](#footnote-19)

Vidējais stacionāro psihiatrijas profila gultu noslogojums 2009. gadā bija 86,49% (87,14% pieaugušajiem un 80,03% bērniem)[[20]](#footnote-20), 2010.gadā rādītājs ir pieaudzis līdz 88,34% (89,31% pieaugušajiem un 77,48% bērniem)[[21]](#footnote-21).

2009.gadā psihiatrijas profila gultās vidējais gultdienu skaits uz vienu pacientu bija 53.6 pieaugušajiem un 39.6 bērniem. 2010.gadā šie rādītāji bija attiecīgi 49.2 pieaugušajiem un 30.0 bērniem.[[22]](#footnote-22)

Attiecībā tieši uz bērnu hospitalizāciju, bērnu psihiatru novērojumi liecina, ka daļa pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem tiek hospitalizēti sociālu indikāciju dēļ, galvenokārt pacienti ar uzvedības traucējumiem, piemēram, 2010.gadā VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” tika hospitalizēti 234 pacienti ar dažādiem uzvedības traucējumiem, kuriem būtiska ir pedagoģiska korekcija, tomēr valstī nav atsevišķas ārpusstacionārās aprūpes un ārstēšanas programmas bērniem ar nesocializētiem un socializētiem uzvedības traucējumiem.

Sakarā ar pieprasījumam nepietiekošu vietu skaitu ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, 2009.gada jūnijā, atbilstoši Sociālo pakalpojumu pārvaldes un psihiatriskā profila stacionāro ārstniecības iestāžu sniegtajai informācijai, 273 pacienti **psihiatriskā profila stacionāros** bija reģistrēti rindā valsts finansētu ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai. Tā kā izmaksas minēto pacientu uzturēšanai psihiatriskā profila stacionārajās ārstniecības iestādēs ir augstākas nekā izmaksas ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, minēto pacientu atrašanās psihiatriskā profila stacionārajās nodaļās bija ekonomiski nepamatota un faktiski neveicināja efektīvu valsts budžeta līdzekļu izmantošanu, no 2009.gada jūlija no veselības aprūpei atvēlētajiem valsts budžeta līdzekļiem tika pārtraukts apmaksāt psihiatriskā profila stacionārajās nodaļās sniegto palīdzību personām ar smagiem garīga rakstura traucējumiem, bet bez kontrindikācijām uzņemšanai ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās. Tā no 2009.gada 1.jūlija līdz 2014.gada 31.decembrim[[23]](#footnote-23) 273 pacientu ar smagiem garīga rakstura traucējumiem (1. un 2.grupas invalīdi), kuriem nav kontrindikāciju uzņemšanai ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās un kuras atrodas psihiatriska profila ārstniecības iestādēs, un ir reģistrētas rindā valsts finansētu ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai, uzturēšanās psihiatriskā profila stacionāros tiek apmaksāta no sociālajai aprūpei novirzītajiem valsts budžeta līdzekļiem.

### Cilvēkresursi psihiatrijā

2009. gada sākumā, saskaņā ar VI datiem, Latvijas ārstniecības iestādēs pamatdarbā strādāja 258 psihiatri, 2010.gada beigās – 255 (ārsta psihiatra sertifikāts izsniegts 322 ārstiem), bet psihiatri blakusdarbā 161 2009.gadā, 187 – 2010.gadā (skatīt 3.tabulu).

Atbilstoši Pamatnostādnēm, optimālais psihiatru skaits uz 10 000 iedzīvotāju ir 1; 2010.gadā pamatdarbā nodarbināto psihiatru skaits uz 10 000 iedzīvotāju bija 1.2 (iedzīvotāju skaits 2011.gadā pēc CSP Tautas skaitīšanas datiem bija 2 070 371).

3.tabula. *Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu skaits sadalījumā pēc darbavietas veida 2009.-2010.gadā.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 01.01.2009 | | 31.12.2010 | |
| Pamatdarbā | Blakusdarbā | Pamatdarbā | Blakusdarbā |
| Psihiatri\* | 258 | 161 | 255 | 187 |
| Bērnu psihiatri\* | 14 | 19 | 14 | 25 |
| Garīgās veselības aprūpes māsas\* | 736 | 163 | 659 | 108 |
| Sociālie darbinieki\*\* | 24 | | 24 | |
| Ergoterapeiti\*\* | 11 | | 13 | |
| Psihoterapeiti\*\* | 5 | | 5 | |
| Psihologi\*\* | 46 | | 34 | |

\*Avots: VI, Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrs

\*\*Avots: VSIA „Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs”, VSIA ”Daugavpils Psihoneiroloģiskā slimnīca”, VSIA „Slimnīca „Ģintermuiža””, VSIA „Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca”, VSAI „Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca „Ainaži””, VSIA „Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca”, VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, VSIA „Piejūras slimnīca” sniegtā informācija

Psihiatru vecuma struktūras dinamika divu gadu laikā liecina, ka strādājošo psihiatru īpatsvars vecuma grupā līdz 39 samazinājies par 4%, bet vecuma grupā >=60 palielinājies par 1.9% (skatīt 4.tabulu). Atsevišķās garīgās veselības aprūpes iestādēs situācija ar personāla novecošanos ir ievērojami sliktāka nekā vidēji valstī, piemēram, VSIA „Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca” 42% ārstu ir vecāki par 60 gadiem, savukārt 30-40 gadu vecumā ir tikai 6% ārstu[[24]](#footnote-24), bet VSIA „Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca” ārstu vidējais vecums ir 59.5 gadi, turklāt jaunu speciālistu piesaiste līdz šim nav bijusi sekmīga vairāku iemeslu dēļ: slimnīca atrodas tālu no apdzīvotiem centriem, speciālistiem nav iespējams piedāvāt dzīvesvietas, slimnīcā ārstējas pacienti ar ilgstošām garīgām saslimšanām, ar mazām cerībām iekļauties sabiedrībā, kas papildus uzliek psihoemocionālo slodzi un pazemina darba prestižu.

4.tabula. *Pamatdarbā nodarbināto* ***psihiatru*** *skaits sadalījumā pa vecuma grupām*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vecuma grupa | 01.01.2009 | | 31.12.2010 | |
| skaits | *%* | skaits | *%* |
| Mazāk kā 29 | 16 | *6.2* | 18 | *7.1* |
| 30-39 | 44 | *17.1* | 31 | *12.2* |
| 40-49 | 62 | *24* | 70 | *27.5* |
| 50-59 | 65 | *25.2* | 61 | *23.9* |
| 60-69 | 57 | *22.1* | 48 | *18.8* |
| 70 un vairāk | 14 | *5.4* | 27 | *10.6* |
| **Kopā** | **258** | ***100*** | **255** | ***100*** |

Avots – VI, Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrs

2009. un 2010.gada beigās, saskaņā ar VI datiem, bērnu psihiatra sertifikāts izsniegts 46 speciālistiem, bet pamatdarbā bija nodarbināti 14 bērnu psihiatri (skatīt 3.tabulu), no tiem 11 stacionāros. Būtiski, ka lielu daļu bērnu psihiatru darba vietu aizņem bērnu psihiatri blakusdarbā – 2009.gadā 19 personas, 2011. – 25.

Atbilstoši Pamatnostādnēm, optimālais bērnu psihiatru skaits uz 10 000 iedzīvotāju ir 0.2; gan 2009., gan 2010.gadā pamatdarbā nodarbināto bērnu psihiatru skaits uz 10 000 iedzīvotāju bija tikai 0.07 (iedzīvotāju skaits 2011.gadā pēc CSP Tautas skaitīšanas datiem bija 2 070 371). Turklāt bērnu psihiatru vecuma struktūras analīze liecina, ka bērnu psihiatru skaits līdz 39 gadu vecumam 2 gadu laikā samazinājies par 15%, savukārt, bērnu psihiatru skaits, kas ir 70 un vairāk gadus veci, palielinājies par 29% (skatīt 5.tabulu). Pensionējoties gados vecākajiem bērnu psihiatriem, tuvāko gadu laikā pamatdarbā nodarbināto bērnu psihiatru skaits varētu vēl vairāk samazināties un attiecīgi pasliktināties bērnu psihiatru pakalpojumu pieejamība, piemēram, gaidīšanas rindas, pieņemšanas vietu skaita samazināšanās – lielāki attālumi līdz speciālistam, īpaši reģionos ārpus Rīgas un Pierīgas.

5.tabula.*Pamatdarbā nodarbināto* ***bērnu psihiatru*** *(A191) skaits sadalījumā pa vecuma grupām*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vecuma grupa | 31.12.2008 | | 31.12.2010 | |
| skaits | *%* | skaits | *%* |
| <=29 | 0 | *0* | 0 | *0* |
| 30-39 | 4 | *29* | 2 | *14* |
| 40-49 | 3 | *21* | 5 | *36* |
| 50-59 | 2 | *14* | 1 | *7* |
| 60-69 | 4 | *29* | 1 | *7* |
| >=70 | 1 | *7* | 5 | *36* |
| **Kopā** | **14** | ***100*** | **14** | ***100*** |

2009. - 2010.gadā ievērojami samazinājies pamatdarbā nodarbināto garīgās veselības aprūpes māsu skaits ārstniecības iestādēs Latvijā (skatīt 3.tabulu), kas izskaidrojams ar darbinieku skaita samazināšanu iestādēs, sakarā ar samazināto valsts finansējumu. Optimālais garīgās veselības aprūpes māsu skaits uz 10 000 iedzīvotāju, atbilstoši pamatnostādnēm, ir 3.5, kā liecina VI dati, garīgās veselības aprūpes māsu skaits uz 10 000 iedzīvotāju 2010.gada beigās bija 3.2 (iedzīvotāju skaits 2011.gadā pēc CSP Tautas skaitīšanas datiem bija 2 070 371).

Svarīga loma pacientu ar psihiska rakstura traucējumiem aprūpē ir psihologiem, psihoterapeitiem, sociālajiem darbiniekiem, ergoterapeitiem. Šo speciālistu piesaiste ārstniecības procesā veicina pacientu integrāciju sabiedrībā, uzlabo ārstēšanas rezultātus un noturību, samazina atkārtotu hospitalizāciju risku, tomēr finansējuma trūkuma dēļ psihoterapeitiskās un psiholoģiskās palīdzības pieejamība ir ierobežota. Atbilstoši MK 2006.gada 19.decembra noteikumu Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 14.14. apakšpunktam, psihoterapeitiskā un psiholoģiskā palīdzība no valsts budžeta netiek apmaksāta, izņemot šādus gadījumos:

* ja palīdzību sniedz psihiatriskā profila slimnīcās vai nodaļās;
* ja tā papildus nepieciešama, nodrošinot ambulatoro psihiatrisko palīdzību bērniem;
* nodrošinot ambulatoro paliatīvo aprūpi bērniem;
* ja palīdzību sniedz multiprofesionāla komanda rehabilitācijas programmas ietvaros vai alkohola un narkotisko vielu atkarības medicīniskās rehabilitācijas programmas ietvaros;
* veicot tiesu psiholoģiskās ekspertīzes.

Apkopotā informācija par psihologu, psihoterapeitu, sociālo darbinieku, ergoterapeitu skaitu garīgās veselības aprūpes iestādēs liecina, ka tikai ergoterapeitu skaits pārskata periodā ir palielinājies, pārējo - samazinājies vai palicis nemainīgs (skatīt 3.daļu „Rezultatīvo rādītāju (indikatoru) izpilde”).

# Pamatnostādņu ieviešana 2009. -2010. gadā

**Pamatnostādņu mērķis***: nodrošināt iedzīvotājiem kvalitatīvu un viņu vajadzībām atbilstošu garīgās veselības aprūpi*

**Pamatnostādņu apakšmērķi:**

1. *attīstīt sabiedrībā balstītu garīgās veselības aprūpes dienestu;*
2. *veicināt risināmajās problēmās iesaistīto valsts pārvaldes institūciju sadarbību;*
3. *sekmēt informētas un atvērtas sabiedrības attīstību garīgās veselības jautājumos un paaugstināt profesionāļu izglītības līmeni garīgās veselības jautājumos.*

## 2.1. Rīcības virziens - izveidot valstī 24 sabiedrībā balstītas garīgās veselības aprūpes dienesta iestādes, kuru juridiskais statuss būs valsts vai pašvaldību kapitālsabiedrības

Pamatnostādnes paredz izveidot:

* sešus garīgās veselības centrus
* sešas pusceļa mājas
* divpadsmit grupu mājas

### Garīgās veselības centru izveide

Atbilstoši Pamatnostādnēm, **garīgās veselības centrs** ir sabiedrībā balstīta ārpusstacionārās aprūpes iestāde, kurā tiek nodrošināti garīgās veselības aprūpes un sociālā darba speciālistu pakalpojumi. Centrs ir atvērts un pieejams klientiem visu dienu, ne tikai uz vizītes laiku pie ārsta, tiek respektēta pacienta atrašanās centrā, šeit notiek kombinēta aprūpe – gan ārstēšana, gan slimību izraisītu problēmu risināšana, gan strukturētas aktivitātes, gan pacientu sociālo kontaktu sekmēšana un atbalsts*.*

Pārskata periodā izveidoti 2 garīgās veselības centri:

* 2009. un 2010.gadā tika realizēts Eiropas Ekonomikas zonas finanšu instrumenta projekts, kura ietvaros VSIA „Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca” tika uzbūvēta mūsdienīga ambulatorā dienesta ēka, kurā darbojas ambulatorais garīgās veselības centrs, dienas stacionārs, kā arī tiesu psihiatrisko ekspertīžu nodaļa;
* 2009.gada 16.novembrī darbību uzsāka VSIA “Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” psihiatriskās palīdzības dienesta garīgās veselības aprūpes nodaļa “Pārdaugava” Ļermontova 1, Rīgā.

Kopā pārskata periodā garīgās veselības aprūpes pakalpojumus nodrošināja 5 garīgās veselības ambulatorie centri, kas galvenokārt ir izvietoti pie specializētajām psihiatrijas slimnīcām.

6. tabula. *Garīgās veselības ambulatoro centru skaits un izvietojums Latvijā 2009.-2010.gadā*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Reģions | Esošo ambulatoro centru skaits | Atrašanās vieta, īss apraksts |
| Latgale | 1 | Daugavpils (VSIA ”Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca”)  Garīgās veselības centrs darbību uzsāka 2010.gada oktobrī. |
| Zemgale | 1 | Jelgava (VSIA “Slimnīca “Ģintermuiža””) |
| Kurzeme | 1 | Liepāja (VSIA “Piejūras slimnīca”). |
| Rīga | 2 | Rīgā:   * VSIA “Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” psihiatriskās palīdzības dienesta Garīgās veselības aprūpes centrs “Veldre” Veldres iela 1a, * VSIA “Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” psihiatriskās palīdzības dienesta garīgās veselības aprūpes nodaļa “Pārdaugava” Ļermontova 1, Rīgā (darbība uzsākta 16.11.2009.) |

Kā norāda VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs”, pacientu, kuri vēlētos un kuriem vajadzētu ambulatori apmeklēt dažādus garīgās veselības aprūpes centra speciālistus un to vadītās nodarbības un terapijas kursus, ir vairāk nekā piedāvāto iespēju.[[25]](#footnote-25)

Sabiedrībā balstītu ambulatoro aprūpes iestāžu izveide ir nepieciešama, lai nodrošinātu kvalitatīvāku, pacientiem pieņemamāku aprūpi, tomēr izmaksu ziņā tā nav lētāka kā stacionārais pakalpojums. Apstāklis, ka papildus finansējums sabiedrībā balstītu aprūpes iestāžu izveidošanai, piesaistot papildus finansējumu no ES fondu līdzekļiem, iespējams, būs pieejams nākamajā finansēšanas periodā no 2014. gada, pamatnostādnēs noteikto rīcības virzienu ieviešana to darbības periodā ir apgrūtināta.

### Pusceļa māju izveide

Atbilstoši Pamatnostādnēm, veselības aprūpes sistēmas ietvaros paredzēts izveidot pusceļa mājas jeb pārraudzības mājas (dzīvokļus), kas ir atsevišķa māja vai dzīvoklis, kurā noteiktu laiku pēc ārstēšanās psihiatriskā slimnīcā vai nodaļā līdz atgriešanās laikam pastāvīgā dzīvesvietā dzīvo personas ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kurā tiek nodrošināti garīgās veselības aprūpes un sociālā darba speciālistu pakalpojumi, kā arī pastāvīgi atrodas personāls.

2010.gadā, lai uzlabotu personu ar garīgās veselības traucējumiem kvalitatīvu pakalpojumu pieejamību un veicinātu viņu atgriešanos sabiedrībā, VSIA „Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca” par nopelnītajiem un saziedotajiem finanšu līdzekļiem izveidoja pusceļa māju, kurā:

* ESF projekta ietvaros izstrādāta un ieviesta psihiatriskās rehabilitācijas programma „Patstāvīgā dzīve psihiatrijas pakalpojumu lietotājiem”, pēc kuras strādā arī daudzas sociālās aprūpes institūcijas darbam ar garīgi slimiem klientiem;
* ERAF projekta ietvaros ar aprīkojumu apgādāta un darbojas šūšanas darbnīca, veļas māja, galdniecība, keramikas darbnīca, psihiatriskās rehabilitācijas nodaļa.

Finansējuma trūkuma dēļ, 2010.gadā VSIA „Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca” izveidotajā pusceļa mājā neviens pacients neizmantoja iespēju iziet psihiatriskās rehabilitācijas programmu “Patstāvīgā dzīve psihiatrijas pakalpojumu lietotājiem”.

Pusceļa mājas pakalpojums Latvijā nav svešs. Sociālās aprūpes sistēmas ietvaros, kas ir LM kompetencē, tādas ir izveidotas un darbojas atbilstoši Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumam un MK 2007.gada 4.decembra noteikumiem Nr.829 „Noteikumi par dienas centru, grupu māju (dzīvokļu) un pusceļa māju izveidošanas un uzturēšanas izdevumu līdzfinansēšanu”, bet nav saistītas ar Pamatnostādņu ieviešanu. Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā noteikts, ka pusceļa mājas ir sociālās rehabilitācijas institūcijas vai ilgstošas sociālās aprūpes un rehabilitācijas institūcijas struktūrvienības, kurās personām ar garīga rakstura traucējumiem nodrošina sociālās rehabilitācijas pakalpojumus, lai apgūtu iemaņas patstāvīgai dzīvei vai dzīvei grupu mājā (dzīvoklī). 2007.gada 4.decembra Ministru kabineta noteikumos Nr.829 „Noteikumi par dienas centru, grupu māju (dzīvokļu) un pusceļa māju izveidošanas un uzturēšanas izdevumu līdzfinansēšanu” ir noteikta kārtība, kādā valsts un pašvaldība līdzfinansē pusceļa mājas.

Pamatnostādnēs, tas ir, veselības aprūpes sistēmas ietvaros, paredzēto pusceļa māju un esošo (darbību reglamentē Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums) mērķi ir ļoti līdzīgi, tie ir personu ar garīgās veselības traucējumiem sagatavošana pastāvīgai dzīvei un reintegrācija sabiedrībā. Tomēr ir viena atšķirība - Pamatnostādnēs plānotās pusceļa mājas paredzētas personām pēc ārstēšanās psihiatriskā slimnīcā vai nodaļā un tajās paredzēts nodrošināt gan sociālos, gan veselības aprūpes pakalpojumus, savukārt, atbilstoši Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumam, pusceļa mājās tiek sniegti tikai sociālās rehabilitācijas pakalpojumi un izdevumus par pakalpojumu sedz no valsts budžeta, ja pusceļa māja ir valsts sociālās aprūpes centra struktūrvienība un pakalpojumu personām ar garīga rakstura traucējumiem tajā īsteno ar pāreju uz alternatīvajiem pakalpojumiem saistītas sociālās rehabilitācijas programmas ietvaros. No racionālas saimniekošanas viedokļa ir jāpārskata nepieciešamība veidot 2 paralēlas pusceļa māju pakalpojumu plānošanas un nodrošināšanas sistēmas (veselības aprūpes sistēmas ietvaros, kā to paredz Pamatnostādnes, un sociālās aprūpes, ko reglamentē Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums), bet jāmeklē citi risinājumi, lai sasniegtu Pamatnostādnēs izvirzīto mērķi.

### Grupu māju izveide

Atbilstoši Pamatnostādnēm, veselības aprūpes sistēmas ietvaros paredzēts izveidot grupu mājas (dzīvokļus), kas ir atsevišķas mājas vai dzīvokļi, kurās dzīvo personas ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem un kurās tiek nodrošināti garīgās veselības aprūpes un sociālā darba speciālistu pakalpojumi.

Veselības aprūpes sistēmas ietvaros pārskatā periodā neviena grupu māja netika izveidota.

Tāpat kā pusceļa māju, arī grupu māju (dzīvokļu) pakalpojums Latvijā nav svešs. Tādas ir izveidotas un darbojas atbilstoši Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumam un MK 2007.gada 4.decembra noteikumiem Nr.829 „Noteikumi par dienas centru, grupu māju (dzīvokļu) un pusceļa māju izveidošanas un uzturēšanas izdevumu līdzfinansēšanu”, bet nav saistītas ar Pamatnostādņu ieviešanu.

Atbilstoši Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumam, grupu mājā (dzīvoklī) nodrošina mājokli un atbalstu sociālo problēmu risināšanā personām ar garīga rakstura traucējumiem, kurām ir objektīvas grūtības dzīvot patstāvīgi, bet nav nepieciešama atrašanās ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā. Atbilstoši Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumam un MK 2007.gada 4.decembra noteikumiem Nr.829 „Noteikumi par dienas centru, grupu māju (dzīvokļu) un pusceļa māju izveidošanas un uzturēšanas izdevumu līdzfinansēšanu” izdevumus par grupu dzīvokļa pakalpojumu sedz no pašvaldības budžeta, bet valsts piedalās ar uzturēšanos grupu mājā (dzīvoklī) saistīto izdevumu finansēšanā 50 procentu apmērā no vienai personai paredzētajām ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas uzturēšanas izmaksām tām personām ar garīga rakstura traucējumiem, kuras atgriežas no ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijām.

Tātad, līdzīgi kā attiecībā uz pusceļa mājām arī grupu mājas pakalpojums, kas jau šobrīd tiek nodrošināts sociālās aprūpe sistēmas ietvaros, un tas, ko paredz attīstīt Pamatnostādnes veselības aprūpes sistēmas ietvaros, ir paredzēts personām ar garīgās veselības traucējumiem, kurām viņu veselības stāvokļa dēļ ir objektīvas grūtības dzīvot patstāvīgi, bet nav nepieciešams atrasties vai nu stacionārajā ārstniecības iestādē vai ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā. Līdz ar to identiski kā attiecībā uz pusceļa mājām arī attiecībā uz grupu mājām ir jāpārskata nepieciešamība veidot 2 paralēlas grupu māju pakalpojumu plānošanas un nodrošināšanas sistēmas (veselības aprūpes sistēmas ietvaros, kā to paredz Pamatnostādnes, un sociālās aprūpes, ko reglamentē Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums) un jāmeklē citi risinājumi, lai sasniegtu Pamatnostādnēs izvirzīto mērķi.

## 2.2. Rīcības virziens - Izstrādāt metodiskos norādījumus, kas sekmētu ģimenes ārstu darbu ar personām ar garīga rakstura problēmām

Pārskata periodā metodiskie norādījumi netika izstrādāti, ņemot vērā VM un tās padotības iestāžu administratīvo reformu un kompetenču maiņu, kā arī nepietiekamos cilvēkresursus aktivitātes īstenošanai.

2009.gadā v/a „Sabiedrības veselības aģentūra” izstrādāja materiālu vispārējās prakses ārstiem „Pašnāvību novēršana”.

## 2.3. Rīcības virziens - izstrādāt metodiskos norādījumus pašvaldībām un izglītības iestāžu psihologiem un sociālajiem pedagogiem darbam ar personām ar garīga rakstura traucējumiem

Pārskata periodā metodiskie norādījumi netika izstrādāti.

## 2.4.Rīcības virziens - garīgās veselības politikas izstrādes un politikas īstenošanas jautājumu risināšanā iesaistīt pakalpojuma lietotāju un viņu radinieku izveidotās nevalstiskās organizācijas

Pamatnostādņu ieviešanas plāna 2012.-2014.gadam izstrādē tiks iesaistītas gan pakalpojumu lietotāju un viņu radinieku izveidotās nevalstiskās organizācijas, gan profesionālās asociācijas.

## **2.5. Rīcības virziens - pilnveidot valsts līmeņa minimāli nepieciešamo datu vākšanas sistēmu par garīgās veselības problēmām sabiedrībā**

Informācija par personām ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (4.pielikums Ministru kabineta 2008.gada 15.septembra noteikumiem Nr.746 „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”) Latvijā tiek iegūta galvenokārt balstoties uz rutīnas statistikas ietvaros vāktajiem datiem Reģistrā. Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtību nosaka MK 2008.gada 15.septembra noteikumi Nr.746 „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”. Līdz 2009.gada 2.decembrim Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra pārzinis un turētājs bija Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra, pēc tās likvidēšanas no 2009.gada 3.decembra minētā funkcija tika nodota Veselības ekonomikas centram. Reģistra datu kvalitātes nodrošināšanai tiek veiktas regulāras datu apjoma un kvalitātes kontroles.

2009. un 2010.gadā, izmantojot Reģistru, kā arī Veselības norēķina centra[[26]](#footnote-26) Vadības informācijas sistēmas, pētījumu u.c. pieejamos datu avotus, tika sagatavoti šādi materiāli:

* Tematiskais ziņojums „Garīgā veselība Latvijā 2009. gadā" latviešu un angļu valodā. Pieejams <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/petijumi-un-zinojumi/sabiedribas-veselibas-datu-analize>
* Pašnāvības Latvijā – situācija, perspektīvas, risinājumi. Ziņojums par situāciju. Rīga, 2009. Pieejams <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/4d93024ec9b71.pdf>
* Materiāls vispārējās prakses ārstiem „Pašnāvību novēršana”. Pieejams <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/4d00e3144f3d2.pdf>
* Aizpildīta PVO anketa par garīgās veselības jautājumiem “Mental health Atlas 2010 Questionnare”,
* Sagatavots e - žurnāls Nr.1 „Aktuāla Informācija Par Atkarības Problēmām", publicēts mājas lapā: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/publikacijas> kā arī Nr.2. <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/publikacijas>, kuros apskatīti arī garīgās veselības jautājumi.

## 2.6. Rīcības virziens - īstenot sabiedrības izglītošanu un informēšanu par garīgās veselības veicināšanas un profilakses jautājumiem

Pārskata periodā ir realizēta atsevišķas aktivitātes, bet nebija resursu mērķtiecīgu un efektīvu kampaņu realizēšanai.

2009.gadā v/a “Sabiedrības veselības aģentūra” izveidoja video klipus sabiedrības informētības līmeņa paaugstināšanai garīgās veselības jomā.

2009.gadā v/a „Sabiedrības veselības aģentūra” izdeva ziņojumu „Pašnāvības Latvijā – situācija, perspektīvas, risinājumi”, realizēja kampaņu „Domā pozitīvi!” krīzes pārvarēšanai dažādām vecuma grupām, u.c.

2010.gadā VM reģionālie veselības veicināšanas koordinētāji organizēja lekcijas, seminārus, diskusiju grupas par garīgās veselības tēmām (piemēram, lekciju cikls „Garīgā veselība”, interaktīvo nodarbību cikls „Dzīvosim draudzīgi!” Liepājas pilsētas vispārizglītojošo skolu 6.klašu skolēniem, ģimenes psihoterapeites Ainas Poišas lekcija „Dzīvesveids un sabiedrības veselība” Alūksnē).

## 2.7. Rīcības virziens - veikti divi monitoringi iedzīvotāju garīgās veselības jomā (2010.gadā un 2013.gadā).

Iedzīvotāju garīgās veselības monitorings 2010.gadā netika veikts ierobežoto finanšu līdzekļu dēļ.

Kopš 1998.gada Latvijā katru otro gadu tiek realizēts FINBALT “Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums”, kurā no 2010. gada iekļauti papildus jautājumi garīgās veselības jomā – par aizspriedumiem pret personām ar garīgās veselības problēmām un pašnāvības mēģinājumiem. 2010.gada pētījuma gala ziņojums „Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo pētījums, 2010” pieejams <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/4e672991e40ef.pdf>.

Tā pat 2010.gadā, piesaistot PVO finansējumu veikts „Skolas vecuma bērnu veselības paradumu pētījums”.

## 2.8. Rīcības virziens - izstrādāta un ieviesta apmācību programma veselības, izglītības un sociālā sektorā strādājošiem profesionāļiem

Pārskata periodā aktivitāte izglītības un sociālā sektorā netika īstenota, ierobežoto finanšu līdzekļu dēļ.

ESF projekta „Veselības aprūpes un veselības veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla tālākizglītība nozares ilgtspējīgai attīstībai” ietvaros 2009.un 2010.gadā realizētas apmācības programmas, kuras uzlabo veselības aprūpes darbinieku kompetenci garīgās veselības jautājumos[[27]](#footnote-27):

1. Garīgās veselības aprūpes māsas pamatspecialitāte – 3200 stundas, realizēja RSU, apguvušas **60 personas**, māsas ar profesionālo vidējo izglītību;
2. Garīgās veselības aprūpes māsas pamatspecialitāte – 1600 stundas, realizēja [RSU](http://mpic.itarhitekts.lv/devos/mpicdb/organizatori?edit=4), apguvušas **83 personas**, māsas ar augstāko izglītību;
3. Vecāka gadagājuma cilvēku fizisko, sociālo un psihoemocionālo pamatvajadzību nodrošināšana - 14 stundas, realizēja LĀB, apguvušas **437 personas** (māsu palīgi)**;**
4. Garīgā veselība un atkarīgo pacientu aprūpe multidisciplinārā komandā – 28 stundas, realizēja LĀB, apguvušas **400 personas**, tai skaitā – 100 ārsti, 249 māsas, 34 ārsta palīgi;
5. Bērnu garīgā veselība – 14 stundas, realizēja LĀB, apguvušas **180 personas**, tai skaitā – 169 ārsti, 1 māsa,
6. Psihisko un uzvedības traucējumu agrīna diagnostika primārās veselības aprūpes ārsta praksē – 14 stundas, realizēja LĀB, apguvušas **260 personas**, tai skaitā 199 ārsti, 7 māsas, 49 ārsta palīgi;
7. Sociālpsihiatrija – 24 stundas, realizēja Jelgavas reģionālais pieaugušo izglītības centrs, apguvušas **278 personas**, 80 ārsti, 137 māsas, 6 ārsta palīgi, 1 vecmāte.

## 2.9. Rīcības virziens - izstrādāts un iesniegts noteiktā kārtībā Ministru kabinetā Psihiatriskās palīdzības likumprojekts

Pārskata periodā Psihiatriskās palīdzības likumprojekts netika izstrādāts.

Ārstniecības likumā ir noteikti vispārīgie principi psihisko slimību ārstēšanā un noteikta kārtība, kādā psihiatriskā palīdzība tiek sniegta bez pacienta piekrišanas, bet 2009.gada 17.decembrī pacientu tiesību jomā pieņemts atsevišķs likums - Pacientu tiesību likums, kurā noteiktas pacienta tiesības un pienākumi saņemot veselības aprūpes pakalpojumus. Savukārt, ar Satversmes tiesas 2010.gada 27.decembra spriedumu lietā Nr.2010-38-01 „Par Civillikuma 358.panta un 364.panta atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 96.pantam” (turpmāk – Satversmes tiesas spriedums) Civillikuma 358. un 364.pants (kas nosaka rīcībspējas atņemšanas regulējumu) atzīts par neatbilstošu Latvijas Republikas Satversmes 96.pantam un spēkā neesošu no 2012.gada 1.janvāra.

MK 2011.gada 15.novembrī iesniedza Saeimai likumprojektu „Grozījumi Civillikumā”, „Grozījumi Civilprocesa likumā” un „Grozījumi Bāriņtiesu likumā”, kas ietver normas atbilstoši Apvienoto Nāciju 2006.gada 13.decembra Konvencijai par personu ar invaliditāti tiesībām, kas apstiprināta ar likumu „Par Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām” un Satversmes tiesas spriedumam. Likumprojekti 2011.gada 8.decembrī pieņemti Saeimā pirmajā lasījumā.

Pamatojoties uz iepriekš minēto, jautājumu par Psihiatriskās palīdzības likumprojekta izstrādes nepieciešamību nepieciešams pārskatīt. Pamatnostādņu ieviešanas plāna 2012.-2014.gadam izstrādes procesā VM plāno tikšanos ar sociālajiem partneriem, tai skaitā ar psihiatrijas pacientu organizācijām, lai pārrunātu jautājumu par Psihiatriskās palīdzības likumprojekta izstrādes aktualitāti, kā arī problēmjautājumus personas psihiskās veselības aizsardzības un personu ar garīgās veselības traucējumiem tiesību un interešu jomā.

# Rezultatīvo rādītāju (indikatoru) izpilde

|  |  |
| --- | --- |
| **Rezultatīvais rādītājs** | **Izpilde (no 2009.līdz 2010.gadam)** |
| Par 7% gadā palielinās to pacientu skaits, kuriem ir pieejami sabiedrībā balstītu garīgās veselības aprūpes iestāžu pakalpojumi. | Pacientu skaits psihiatrijas profila dienas stacionāros no 2009. līdz 2010. gadam ir palielinājies par 6%.\* |
| Psihiatrisko stacionāru gultu skaita samazināšana par 3% gadā. | Laika posmā no 2009. līdz 2010. gadam vidējais psihiatriskā profila gultu skaits stacionāros samazināts par 10,4% (2009.gadā - 2678, 2010.gadā - 2398 gultas). |
| Speciālistu (psihiatrs, psihiatrijas māsa, psihoterapeits, sociālais darbinieks, psihologs (kurš ir ieguvis metodes sertifikātu darbam ar cilvēkiem ar garīga rakstura traucējumiem)) skaita palielināšana garīgās veselības aprūpes dienesta iestādēs par 2% gadā un ergoterapeitu skaita palielināšana garīgās veselības aprūpes dienesta iestādēs par 10% gadā. | Pamatdarbā nodarbinātie speciālisti\*\*:  -psihiatru skaits 2 gadu laikā samazinājies par 1%,  - garīgās veselības aprūpes māsu skaits 2 gadu laikā samazinājies par 10.5%;  Speciālisti pamatdarbā un blakusdarbā\*\*\*:  - ergoterapeitu skaits 2 gadu laikā palielinājies par 15% (no 11 uz 13),  -psihoterapeitu skaits 2 gadu laikā nav mainījies (5),  -psihologu skaits 2 gadu laikā samazinājies par 26% (no 46 uz 34),  - sociālo darbinieku skaits 2 gadu laikā nav mainījies (24). |
| Ģimenes ārstu skaita pieaugums, kuri ir apmācīti darbam ar cilvēkiem ar garīga rakstura traucējumiem. | ESF projekta „Veselības aprūpes un veselības veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla tālākizglītība nozares ilgtspējīgai attīstībai” ietvaros realizēta šāda apmācību programma ģimenes ārstiem: *„Psihisko un uzvedības traucējumu agrīna diagnostika primārās veselības aprūpes ārsta praksē”*, kuru apguvuši 199 ārsti. |
| Veiktas regulāras kampaņas un akcijas sabiedrības izglītošanai garīgās veselības veicināšanā. | Pārskata periodā ir realizētas atsevišķas aktivitātes, bet nebija resursu mērķtiecīgu un efektīvu kampaņu realizēšanai (skat. informāciju par 6.rīcības virziena izpildi). |

\* - Kopējais pacientu skaits psihiatrijas profila dienas stacionāros (VSIA „Piejūras slimnīca”, VSIA „Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca”, VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs”, VSIA „Slimnīca „Ģintermuiža””, SIA „Neirožu klīnika”);

\*\* – VI Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra dati uz 01.01.2009. un uz 31.12.2010.;

\*\*\* – VSIA „Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs”, VSIA ”Daugavpils Psihoneiroloģiskā slimnīca”, VSIA „Slimnīca „Ģintermuiža””, VSIA „Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca”, VSAI „Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca „Ainaži””, VSIA „Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca”, VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, VSIA „Piejūras slimnīca” sniegtā informācija uz 01.01.2009. un uz 31.12.2010.

# Secinājumi

1. Psihisko saslimšanu incidences rādītājam kopš 2007.gada ir tendence pieaugt, tomēr 2009.-2010.gadā kāpums bijis īpaši straujš.
2. Vislielākais saslimstības pieaugums (par 38%) ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem 2009.-2010.gadā bija vecuma grupā >=70; līdz ar sabiedrības novecošanos gados vecu psihiatrijas pacientu veselības aprūpes jautājums kļūst arvien aktuālāks. Ņemot vērā, ka gados veciem pacientiem līdzās garīgās veselības traucējumiem ir arī citas nopietnas hroniskas saslimšanas, nepieciešami pasākumi, lai nodrošinātu kvalitatīvu šo pacientu aprūpi un efektīvu veselības aprūpes resursu izmantošanu.
3. Visaugstākā reģistrētā saslimstība ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem ir Latgalē, viszemākā – Vidzemē.
4. Neskatoties uz faktu, ka izdarīto pašnāvību skaits 2010.gadā, salīdzinot ar 2009.gadu samazinājies par 16%, Latvija pēc standartizētās mirstības rādītāja no pašnāvībām atrodas trešajā vietā ES dalībvalstu vidū un šī problēma joprojām vērtējama kā būtiska.
5. Pieaugušo psihiatrijas profila gultu skaits Latvijas stacionāros uz 100 000 iedzīvotāju slimnīcu apkalpes teritorijās ir krasi atšķirīgs. Rīgā, Pierīgā un Jūrmalā tās ir 38-40 gultas uz 100 000 iedzīvotāju, bet Latgalē un Vidzemē attiecīgi 163 un 151, kas izskaidrojams ar vāji attīstīto ambulatoro dienestu reģionos ārpus Rīgas.
6. Neskatoties uz to, ka psihiatrijas profila gultu skaits stacionāros 2009.-2010.gadā samazināts par 10.4%, kas ir ievērojami vairāk nekā pamatnostādnēs plānotais, stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību tas nav pasliktinājis - hospitalizāciju skaits pacientiem ar pamatdiagnozi psihiskie un uzvedības traucējumi (neieskaitot F10 – F19 grupas diagnozes) 2010.gadā, salīdzinot ar 2009.gadu, palielinājies par 11,5%, savukārt, gultu noslodzes rādītājs pieaudzis tikai par 1.8%, jo vidējais gultdienu skaits uz vienu pacientu psihiatrijas profila gultās 2010.gadā pieaugušajiem bijis par 4.4 gultdienām mazāks nekā 2009.gadā, bērniem – par 9. Hospitalizāciju skaita pieaugums varētu būt saistīts gan ar pacientu saslimstības pieaugumu un kopējā pacientu skaita pieaugumu, gan arī nepietiekošu ambulatorās aprūpes nodrošinājumu, piemēram, kompensējamo medikamentu trūkumu pacientu zemās maksātspējas dēļ, kas var radīt veselības stāvokļa pasliktināšanos un nepieciešamību pēc atkārtotas hospitalizācijas.
7. Lai risinātu gados vecu pacientu ar garīgās veselības traucējumiem stacionārās veselības aprūpes jautājumus, sekmētu veselības aprūpes resursu efektīvu izlietošanu, mazinātu pacientu stigmatizāciju, veicinātu agrīnu garīgo saslimšanu diagnostiku personām ar psihosomatiskiem simptomiem, nākotnē nepieciešams risināt jautājumu par psihiatrijas pakalpojumu pakāpenisku integrēšana daudzprofilu slimnīcās. Ņemot vērā, ka tas ir sarežģīts, laika un resursu ietilpīgs process, to nebūs iespējams izdarīt pamatnostādņu darbības termiņā.
8. Pamatdarbā nodarbināto psihiatru skaits uz 10 000 iedzīvotāju 2009.-2010.gadā bija optimāls[[28]](#footnote-28). Ņemot vērā, ka 2010.gada beigās 29% psihiatru bija pirmspensijas un pensijas vecumā (>=60), bet psihiatru īpatsvars līdz 30 gadu vecumam 7%, prognozējams, ka, pensionējoties gados vecākajiem psihiatriem un saglabājoties esošajai situācijai jauno speciālistu ienākšanā darba tirgū, turpmākajos gados pamatdarbā nodarbināto psihiatru skaits turpinās samazināties.
9. Vairākas garīgās veselības aprūpes iestādes reģionos ārpus Rīgas norāda uz grūtībām jaunu speciālistu piesaistē, turklāt tieši ārpus Rīgas esošajās garīgās veselības aprūpes iestādēs ir augts nodarbināto psihiatru skaits pirmspensijas vecumā.
10. Pamatdarbā nodarbināto bērnu psihiatru skaits uz 10 000 iedzīvotāju ir ievērojami zemāks nekā optimālais[[29]](#footnote-29), turklāt ņemot vērā lielo pirmspensijas un pensijas vecuma (>=60) bērnu psihiatru īpatsvaru (2010.gadā - 43%), prognozējams, ka tuvāko gadu laikā situācija kļūs vēl sliktāka.
11. Pamatdarbā nodarbināto garīgās veselības aprūpes māsu skaits uz 10 000 iedzīvotāju garīgās veselības aprūpes iestādēs pārskata perioda beigās bija tuvs optimālajam[[30]](#footnote-30); to skaits lielā mērā atkarīgs no iestādēm pieejamā finansējuma.
12. Rezultatīvais rādītājs attiecībā uz garīgās veselības aprūpes iestādēs nodarbināto ergoterapeitu skaitu ir sasniegts daļēji – divu gadu laikā to skaits iestādēs palielinājies par 15%, savukārt rezultatīvie rādītāji attiecībā uz garīgās veselības aprūpes māsu, psihoterapeitu, sociālo darbinieku un psihologu skaitu garīgās veselības aprūpes iestādēs nav sasniegti. Galvenais iemesls šādai situācijai ir samazinātais valsts budžeta finansējums pakalpojumu apmaksai pārskata periodā.
13. Sabiedrībā balstīta garīgās veselības aprūpes dienesta attīstība pārskata periodā nav bijusi sekmīga – 2009.-2010. gadā izveidoti divi ambulatorās garīgās veselības centri (VSIA „Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca” un VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” Psihiatriskās palīdzības dienesta garīgās veselības aprūpes nodaļa „Pārdaugava”). Tas lielā mērā izskaidrojams ar to, ka vajadzīgs laiks, lai garīgās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji mainītu attieksmi un pārorientētos no gadu desmitiem valdošās stacionārās aprūpes dominances psihiatrijā uz ambulatoro.
14. Pamatnostādnes paredz, ka veselības aprūpes sistēmas ietvaros tiek veidotas pusceļa un grupu mājas, kurās tiek nodrošināti garīgās veselības un sociālā darba speciālistu pakalpojumi personām ar garīgās veselības traucējumiem pēc ārstēšanās psihiatriskā slimnīcā vai nodaļā. Šādu pusceļa māju un grupu māju veidošanas un finansēšanas kārtība nav noteikta, tāpēc ir nepieciešams izvērtēt, kāds būtu labākais problēmas risinājuma variants:
15. līdzās labklājības sistēmā esošajām pusceļa mājām un grupu mājām, pusceļa māju un grupu māju pakalpojumus ieviest arī veselības aprūpes sistēmā pie psihiatrijas slimnīcām

vai

1. veidot pilnīgi jaunu pieeju pusceļa un grupu māju izveidošanas un turpmākās darbības atbalsta sistēmai, mainot gan esošo pakalpojumu saturu, gan finansēšanas principus.

Pasākumi informatīvajā ziņojumā norādīto problēmu risināšanai tiks iekļauti pamatnostādņu ieviešanas plānā 2013.-2014.gadam un Veselības aprūpes sistēmas cilvēkresursu attīstības plānā 2013.-2015.gadam, kurš ietvers uzdevumus ilgtspējīgai cilvēkresursu, tai skaitā, garīgās veselības aprūpes jomā, attīstībai veselības nozarē.

Veselības ministre I.Circene

14.09.2012 13:01

7747

L.Seļakova, 67876154

[laura.selakova@vm.gov.lv](mailto:laura.selakova@vm.gov.lv)

1. [Organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos (F00-F09)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C76); [Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (F20-F29)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C78);[Garastāvokļa [afektīvie] traucējumi (F30-F39)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C79); [Neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (F40-F48)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C80); [Uzvedības sindromi, kas saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem un somatiskiem faktoriem (F50-F59)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C81); [Pieaugušo personības un uzvedības traucējumi (F60-F69)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C82);[Garīga atpalicība (F70-F79)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C83);[Psihiskās attīstības traucējumi (F80-F89)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C84);[Uzvedības un emocionāli traucējumi, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā (F90-F98)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C85);[Neprecizēti psihiski traucējumi (F99)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C86)

   [↑](#footnote-ref-1)
2. [Organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos (F00-F09)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C76); [Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (F20-F29)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C78);[Garastāvokļa [afektīvie] traucējumi (F30-F39)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C79); [Neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (F40-F48)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C80); [Uzvedības sindromi, kas saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem un somatiskiem faktoriem (F50-F59)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C81); [Pieaugušo personības un uzvedības traucējumi (F60-F69)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C82);[Garīga atpalicība (F70-F79)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C83);[Psihiskās attīstības traucējumi (F80-F89)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C84);[Uzvedības un emocionāli traucējumi, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā (F90-F98)](http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/?p=24%2C5%2C85) [↑](#footnote-ref-2)
3. Garīgā veselība Latvijā 2010.gadā. Tematiskais ziņojums, Veselības ekonomikas centrs, 2011 [↑](#footnote-ref-3)
4. Garīgā veselība Latvijā 2010.gadā. Tematiskais ziņojums, VEC, 2011 [↑](#footnote-ref-4)
5. Turpat. [↑](#footnote-ref-5)
6. Eiropas veselību visiem datubāze (HFA-DB) <http://data.euro.who.int/hfadb/> [↑](#footnote-ref-6)
7. NVD Nāves cēloņu datu bāze [↑](#footnote-ref-7)
8. Pašnāvību novēršana: materiāls vispārējās prakses ārstiem*.* PVO,Sabiedrības veselības aģentūra, 2009 [↑](#footnote-ref-8)
9. Ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu reģistrs (VI) [↑](#footnote-ref-9)
10. Par unikālo pacientu tiek uzskatīts pacients, kurš vienu vai vairākas reizes 2009. gadā saņēmis ambulatoro palīdzību, aprēķinos izmantojot vadības informācija sistēmas ambulatoro pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēma datus no NVD datu masīva par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Datu analīzē tiek ņemta vērā gada laikā pēdējā ārsta apmeklējumā uzrādītā pamatdiagnoze. [↑](#footnote-ref-10)
11. Visi citi speciālisti, izņemot ģimenes ārstu un psihiatru, kuri ambulatori ārstējuši personas ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (2010.gadā visbiežāk: neirologs, bērnu neirologs, laboratorijas ārsts un citi) un palīgkabinetu apmeklējumi [↑](#footnote-ref-11)
12. Garīgā veselība Latvijā 2010.gadā. Tematiskais ziņojums, Veselības ekonomikas centrs, 2011. [↑](#footnote-ref-12)
13. MK 2010.gada 28.decembra noteikumi Nr.1217 „Grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība””, kuri stājās spēkā 2011.gada 1.janvārī. [↑](#footnote-ref-13)
14. VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” Vadības ziņojums par darbību 2010.gadā [↑](#footnote-ref-14)
15. VSIA „Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs”, VSIA ”Daugavpils Psihoneiroloģiskā slimnīca”, VSIA „Slimnīca „Ģintermuiža””, VSIA „Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca”, VSAI „Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca „Ainaži””, VSIA „Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca” [↑](#footnote-ref-15)
16. VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, VSIA „Piejūras slimnīca”, Latvijas Cietumu slimnīca Olaines cietumā [↑](#footnote-ref-16)
17. Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmaun tās ieviešanas plāns 2005.-2010.gadam. Dokumenti pieejami <http://polsis.mk.gov.lv/view.do?id=3470> un <http://polsis.mk.gov.lv/view.do?id=1675> [↑](#footnote-ref-17)
18. Eiropas veselību visiem datubāze (HFA-DB) <http://data.euro.who.int/hfadb/> . Šajā datubāzē atbilstoši ES Statistikas biroja *Eurostat* un Ekonomiskā sadarbības un attīstības organizācijas (OECD) saskaņotajai definīcijai, psihiatrijas profila gultas ir gultas psihiatriskajos un narkoloģiskajos stacionāros, vispārēja tipa slimnīcu psihiatrijas profila gultas un cita veida (ne psihiatrisku, ne narkoloģisku) slimnīcu psihiatrisko nodaļu gultas. [↑](#footnote-ref-18)
19. Vadības informācijas sistēma (NVD) [↑](#footnote-ref-19)
20. Statistikas dati par stacionāro gultu fondu un tā izmantošanas rādītājiem, ķirurģiskā darba rādītājiem Latvija stacionāros un stacionāros ārstētajiem pacientiem 2009.gadā, VEC, <http://vec.gov.lv/uploads/files/4d00e61d4a399.pdf> [↑](#footnote-ref-20)
21. Statistikas dati par stacionāro gultu fondu un tā izmantošanas rādītājiem, ķirurģiskā darba rādītājiem Latvija stacionāros un stacionāros ārstētajiem pacientiem 2010.gadā, VEC, <http://www.spkc.gov.lv/veselibas-aprupes-statistika/> [↑](#footnote-ref-21)
22. Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2010. Rīga, 2011 [↑](#footnote-ref-22)
23. **MK** 2009.gada 25.jūnija **rīkojums Nr.416 „*Par ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanu valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs", valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca", valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Slimnīca "Ģintermuiža"" un valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca"”* un**MK **2010.gada 22.decembra**rīkojums Nr.749 "*Par ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanu valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs", valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca", valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Slimnīca "Ģintermuiža"" un valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca""* [↑](#footnote-ref-23)
24. Darbības pārskata par 2010.gadu. VSIA „Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca” [↑](#footnote-ref-24)
25. Vadības ziņojums par darbību 2010.gadā , VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” [↑](#footnote-ref-25)
26. Atbilstoši Ministru kabineta 2011.gada 7.septembra rīkojumam Nr.436 „Par Veselības norēķinu centra un Veselības ekonomikas centra reorganizāciju”, reorganizējot ( apvienojot) Veselības norēķinu centru un Veselība ekonomikas centru, izveidots Nacionālais veselības dienests, kurš uzsāka darbību 2011.gada 1.novembrī. [↑](#footnote-ref-26)
27. ESF līdzfinansētā projekta "Veselības aprūpes un veselības veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla tālākizglītības nozares ilgtspējīgai attīstībai" dati [↑](#footnote-ref-27)
28. Atbilstoši Pamatnostādnēm, optimālais psihiatru skaits uz 10 000 iedzīvotāju ir 1. [↑](#footnote-ref-28)
29. Atbilstoši Pamatnostādnēm, optimālais bērnu psihiatru skaits uz 10 000 iedzīvotāju ir 0.2. [↑](#footnote-ref-29)
30. Atbilstoši Pamatnostādnēm, optimālais garīgās veselības aprūpes māsu skaits uz 10 000 iedzīvotāju ir 3.5. [↑](#footnote-ref-30)