



PASAULES VESELĪBAS ORGANIZĀCIJA
PASAULES VESELĪBAS ORGANIZĀCIJA
MONDIALE DE LA SANTÉ
WELTGESUNDHEITSORGANISATION
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
EIROPAS REĢIONĀLAIS BIROJS
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО
Galvenais birojs:
ANO pilsēta, Marmorvej 51,
DK-2100 Kopenhāgena Ø, Dānija
Tālrunis: +45 45 33 70 00;
Fakss: +45 45 33 70 01
E-pasts: eurocontact@who.int
Tīmekļa vietne: <https://www.who.int/europe>

PVO misijas Latvijā ziņojums: 2023. gada 21.–23. novembris

Kesija Redliha (Cassie Redlich), Dr. Mats Muijens (Matt Muijen)

Šī misija tika īstenota pēc Latvijas Republikas Veselības ministrijas lūguma un tika organizēta sadarbībā ar PVO Latvijas biroju.

Misijas darba uzdevumi:

Kādas izmaiņas psihiskās veselības aprūpes sistēmā ir ieteicamas, lai uzlabotu pāreju no bērnu un pusaudžu uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpi?

Novērtējumu veica PVO komanda:

Kesija Redliha, PVO Eiropas Reģionālā biroja tehniskā speciāliste psihiskās veselības jautājumos, PVO Eiropas Reģionālais birojs

Dr. Mats Muijens, PVO konsultants, bijušais PVO Eiropas Reģionālā biroja reģionālais padomnieks psihiskās veselības jautājumos.

Komandu atbalstīja:

Rimma Belikova, Veselības ministrijas Veselības aprūpes organizācijas nodaļas vecākā eksperte

Dr. Liene Sīle, Rīgas Psihiatrijas un narkomānijas medicīnas centra Izglītības un pētniecības nodaļas vadītāja

Dr. Karīna Beinerte, bērnu psihiatre konsultante, Bērnu un jauniešu psihiskās veselības centra klīniskā vadītāja, Bērnu klīniskā universitātes slimnīca (BKUS)

Ineta Būmane, Veselības ministrijas Veselības aprūpes organizācijas nodaļas vadītāja

Elīza Bērziņa, Veselības ministrijas Eiropas lietu un starptautiskās sadarbības departamenta vadītāja

Kārlis Panteļejevs, Eiropas lietu un starptautiskās sadarbības departamenta vecākais eksperts

Sanita Janka, Veselības ministrijas Veselības aprūpes departamenta vadītāja

Laima Bauvare, PVO pārstāvniecības Latvijā biznesa operāciju speciāliste

Konteksts

Latvijas Republikas Veselības ministrija ir nobažījusies par pieaugušo psihiskās veselības problēmu izplatību 336 000 jauniešu vidū, par to, ka trūkst atbilstošu pakalpojumu viņu vajadzībām, kā arī par problēmām, ko rada atbilstoša pārejas atbalsta trūkums starp jauniešu psihiskās veselības aprūpes pakalpojumiem un pakalpojumiem pieaugušajiem. Pašlaik ir paredzēts, ka 18 gadu vecumā pusaudžus nodod pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem. Tomēr pieaugušo pakalpojumu modelī ir būtiskas atšķirības, piemēram, atbalsta trūkums radniekiem/piederīgajiem/ģimenēm un psihosociālās intervences trūkums, kas negatīvi ietekmē gan jauniešu, kuri pāriet uz šiem

pakalpojumiem, gan viņu ģimeņu labklājību un pieredzi.

Psihiskās veselības aprūpes organizācijas uzlabošanas plānā 2023.–2025. gadam (turpmāk – Plāns) ir analizēti daži no izaicinājumiem, ar kuriem nākas saskarties. Ieguldījumi psihiskās veselības jomā Latvijā ir nelieli, taču tie pieaug. Saskaņā ar Plānā minētajiem datiem 2021. gadā izdevumi psihiskās veselības aprūpes jomā sastādīja 71,3 miljonus eiro (39,6 eiro uz vienu iedzīvotāju). Plānots, ka līdz 2024. gadam veselības aprūpes budžets palielināsies par aptuveni 17 %, lai gan lielu daļu no tā ietekmēs inflācija. Īss kopsavilkums par psihiskās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu liecina, ka valstī ir 7 psihiatriskā profila slimnīcas ar dienas stacionāriem un 4 bērnu nodaļas, kas lielākoties atrodas šajās psihiatriskā profila slimnīcās, izņemot Rīgu, kur tās atrodas dažādās vietās. Slimnīcās ir aptuveni 2000 gultasvietu (122/100 000 iedzīvotāju), tostarp ilgtermiņa gultasvietas pacientiem ar hroniskām psihiskām slimībām (aptuveni 300 gultasvietu) un tiesu medicīnas pacientiem (aptuveni 120 gultasvietu), kas ir virs Eiropas vidējā rādītāja. Vidējais pacientu uzņemšanas ilgums bija 44 dienas, kas arī ir virs Eiropas vidējā rādītāja. Attiecībā uz bērniem — 2021. gadā tika hospitalizēti 278 bērni vecumā līdz 11 gadiem un 666 bērni vecumā no 11 līdz 17 gadiem.

Lai gan 80 % no psihiskās veselības aprūpes izdevumiem ir paredzēti slimnīcām, tie ietver arī ambulatoros pakalpojumus, tostarp bērniem. Aptuveni 144 000 cilvēku (7 % iedzīvotāju) izmantoja ambulatoro aprūpi, tostarp primāro aprūpi, un 56 000 (3 % iedzīvotāju) — psihiskās veselības centrus, ko katrs pacients apmeklēja vidēji 4 reizes. Aptuveni 16 % no šiem apmeklētājiem bija jaunieši. Lai gan saskaņā ar noteikumiem tiešā piekļuve ir pieejama tikai tiem pacientiem, kuriem jau ir noteikta diagnoze, praksē daudzi cilvēki ierodas klīnikās bez nosūtījuma un saņem specializētu aprūpi bez jebkāda šķirošanas procesa vai atbilstības kritēriju piemērošanas. Tas ievērojami palielina psihiatra slodzi (psihiskās veselības jomas eksperti norāda, ka pastāv prakse, ka medicīnas iestādes nodrošina tiešo piekļuvi visiem pacientiem neatkarīgi no noteikumiem). Tas, visticamāk, izraisa aprūpes un resursu novirzīšanu no nopietnām psihiskās veselības problēmām, kas jau ir diagnosticētas, uz nelielām vai vidēji smagām problēmām dažādu vecuma grupu pacientiem, kuri paši vēršas medicīnas iestādēs.

Valstī praktizē aptuveni 160 aktīvi strādājoši pieaugušo psihiatri (10 uz 100 000 iedzīvotāju) un 56 bērnu psihiatri. Ne visi strādā publiskajā sektorā, bet aptuveni 120 psihiatri strādā valsts finansētās iestādēs. Problēma ir tā, ka lielākajai daļai psihiatru ir dubulta sertifikācija kā psihiatriem un bērnu psihiatriem. Mēs saņemām informāciju, ka tikai 19 ir aktīvi bērnu psihiatri (1 uz 100 000 iedzīvotāju). Ambulatorajās klīnikās strādā 70 psihiatri, kas aizņem 26,3 pilnas slodzes ekvivalenta amata vietas, un lielākā daļa no viņiem šajās iestādēs strādā nepilnu darba laiku. Īpašas bažas rada nelielais psihiskās veselības aprūpes māsu skaits. Zema darbinieku skaita sekas ir dažu pakalpojumu ierobežotā kapacitāte. Lai gan mērķis ir nodrošināt klīnikās starpdisciplināras komandas (psihiatrs, medicīnas māsa, funkcionālais speciālists, psihologs), no 46 klīnikām tikai 13 klīnikās ir pilna komanda, bet 22 klīnikās strādā tikai psihiatrs un medicīnas māsa. Personāla trūkumam ir acīmredzama ietekme uz to, kā pienācīgi risināt sarežģītu gadījumu pāreju no pusaudžu psihiskās veselības aprūpes dienestiem un koordinēt aprūpi.

Latvijā ir aptuveni 1260 ģimenes ārstu, t. i., aptuveni 1 ģimenes ārsts uz 1500 iedzīvotājiem. Daudzi no viņiem ir pirmspensijas vai pensijas vecumā, un viņu psihiskās veselības kompetences ir atšķirīgas. Saskaņā ar Plāna minētajiem rādītājiem aptuveni 2,5 % iedzīvotāju apmeklē primāro veselības aprūpi psihiskās veselības iemeslu dēļ, un tiek lēsts, ka pusaudžu īpatsvars ir līdzīgs. Tas ir mazs skaits, kas liecina par primārās aprūpes nepietiekamu izmantošanu. Iemesli var būt stigmatizācija, neuzticēšanās ģimenes ārstu kompetencei un tā vietā tieša vēršanās pie speciālistiem vai nepietiekama informācijas sniegšana. Nav skaidrs, cik efektīvi ir ģimenes ārsti jauniešu psihiskās veselības traucējumu identificēšanā vai novēršanā. Veselības ministrija kopā ar psihiskās veselības speciālistiem un ģimenes ārstiem cenšas risināt šo problēmu, izstrādājot viegli īstenojamus algoritmus bērniem un pieaugušajiem primārajā aprūpē, lai palīdzētu ģimenes ārstiem novērtēt,

diagnosticēt un izvēlēties ārstēšanas veidu un piesaistāmos speciālistus. Tā lietošana aizņem līdz 15 minūtēm. Tajā ir iekļautas diagnostikas skalas, kas pacientam jāaizpilda (tas aizņem 3–7 minūtes pacienta laika), turpmākie pasākumi, kas jāveic ģimenes ārstam, kā arī ierosinājumi par valsts finansētām iespējām un piesaistāmajiem speciālistiem. Tajā ir iekļauts arī pašpalīdzības ceļvedis un apzinātības un relaksācijas tehnikas, ko ārsts var sniegt jebkuram pacientam ar psihoemocionālām sūdzībām. Tie ir lieliski pasākumi, taču citās valstīs iegūtie dati liecina, ka šādu pasākumu ievērošana un efektivitāte ir neviendabīga, tāpēc ir svarīgi tos novērtēt.

Kopš Covid uzliesmojuma ģimenes ārsti var nosūtīt pacientus uz 10 klīniskā un veselības psihologa/ psihoterapeita konsultāciju sesijām, taču tā ir dārga intervence, turklāt nav sniegti rezultāti, lai novērtētu efektivitāti. No 2021. gada jūlija pieaugušos pacientus ar hroniskām saslimšanām, kuri apmeklē psihiatru un kuriem ir stabila un relatīvi viegla psihisko traucējumu gaita, var nosūtīt uz dinamisko novērošanu primārās aprūpes līmenī. Notiek sarunas par ģimenes ārstu tiešāku iesaistīšanu psihisko traucējumu ārstēšanā.

Pusaudžu psihiskās veselības vajadzības un pakalpojumi

Datus par pakalpojumu nepieciešamību pusaudžiem Latvijā ir grūti apzināt epidemioloģisko datu trūkuma dēļ, taču, pamatojoties uz pasaules datiem, var pieņemt, ka traucējumu izplatība, kam nepieciešama intervence, ir vismaz 10 %. Tas norāda uz ievērojamu piedāvājuma trūkumu. Uzlabošanas plāns informē, ka reģistrā tika iekļauti 522 jaunieši vecumā no 0 līdz 17 gadiem ar nopietniem attīstības vai psihiskās veselības traucējumiem. Var gandrīz noteikti apgalvot, ka tas ir pārāk zems izplatības novērtējums, jo pakalpojumu sniedzēji par to ziņo pārāk maz — iekļaušana reģistrā ir stigmatizējoša un var radīt nopietnas negatīvas sekas. Bērnu un pusaudžu resursu centra pārstāvji (turpmāk – BPRC) ziņoja, ka 2021. gadā tas ir sniedzis atbalstu 2403 pusaudžiem, no kuriem 42 % bija depresijas simptomi, taču šis rādītājs ir balstīts uz pašnosūtījumiem, tāpēc tas neatspoguļo reālo vajadzību.

Pēdējos gados ir ievērojami pieaudzis pakalpojumu pieprasījums. Tiek ziņots, ka 2022. gadā ambulatorās klīnikas apmeklēja aptuveni 8 % no jauniešiem (augstais ambulatoro klīniku apmeklējumu īpatsvars jauniešu vidū, salīdzinot ar zemo personāla kapacitāti, rada jautājumus par skaitļu interpretāciju).

Saskaņā ar sniegtajiem datiem gandrīz 30 000 jauniešu jeb 8 % no šīs vecuma grupas apmeklēja 12 psihiatrus, kuri strādā pilnu slodzi, un katrs no viņiem vidēji uzņēma 12 cilvēkus dienā. Pieņemot, ka viņi strādā 200 dienas gadā, šis skaitlis ir vienāds. Tas var nozīmēt, ka 30 000 ir kopējais apmeklējumu skaits, nevis atsevišķi gadījumi, kas ievērojami samazina iedzīvotāju aptvērumu, iespējams, tikai līdz 2–3 % no jauniešu populācijas, ja pieņem, ka uz vienu pacientu ir 3–4 apmeklējumi, kas labāk atbilstu kopainai. 2021. gadā, salīdzinot ar 2020. gadu, bērnu psihiatrijas klīnikā par 18 % palielinājās ambulatoro pakalpojumu apjoms, par 27 % — dienas stacionāra pakalpojumu apjoms un par 12 % — hospitalizāciju skaits. Palielinājās arī slimību smaguma pakāpe, jo pusaudžiem biežāk tika diagnosticēta tiša paškaitējums vai ēšanas traucējumi. Nav pieejama informācija par pusaudžu skaitu, kuriem ir psihotiski traucējumi, tostarp agrīna šizofrēnija. Citviet epidemioloģiskajos pētījumos ziņots par 0,23 % izplatību vecumā no 13 līdz 18 gadiem. Pieņemot, ka Latvijā šajā vecuma grupā ir aptuveni 100 000 pusaudžu, tas nozīmētu, ka Latvijā ir aptuveni 230 pusaudžu ar tik smagiem psihiskās veselības traucējumiem. Ņemot vērā, ka lielākajai daļai no šiem pacientiem slimība sāksies vecumā pēc 16 gadiem un lielākajai daļai būs nepieciešama pastāvīga aprūpe, kas pārsniedz bērnu un pusaudžu psihiskās veselības dienestu atbildības vecumu, šī grupa ir prioritāra šī ziņojuma darbības joma.

Kā minēts iepriekš, Latvijā ir 56 reģistrēti bērnu un pusaudžu psihiatri, bet tikai 19 no tiem ir aktīvi bērnu psihiatri, un no tiem 12 strādā pilnu slodzi (10,8 uz 100 000 iedzīvotāju). Bērnu psihiatru vidējais vecums ir ļoti augsts, un daudzi no viņiem ir nepieciešams papildināt zināšanas un iemaņas attiecībā uzbērnu un pusaudžu psihisko veselību, un viņi lielā mērā paļaujas uz medikamentozo

ārstēšanu. Lai gan apmācība ir uzlabojusies, jaunu bērnu psihiatru skaits ir mazs, un vajadzības netiks apmierinātas vēl daudzus gadus.

Daļu psihiskās veselības aprūpes pakalpojumu sniedz arī psihiatri un psihologi skolās, aprūpes namos un aprūpes iestādēs, NVO un privātajā sektorā. Tas nozīmē, ka resursi ir ļoti izkliedēti. Neraugoties uz ļoti lielo pieprasījumu un nelielajiem personāla resursiem, gaidīšanas saraksti ir īsi, ņemot vērā starptautiskos standartus, gaidīšanas laiks parasti ir aptuveni 1 mēnesis. Dati par šai grupai piedāvātajām primārās aprūpes darbībām nav pieejami.

Reģionos aprūpes nodrošināšana ir sarežģītāka, jo ir maz darbinieku. Pacienti sagaida, ka viņus pieņems bez iepriekšēja pieraksta. Pāreja bieži vien nav problēma, jo viens un tas pats ārsts turpina apmeklēt pacientu visa mūža garumā. Pieejamās informācijas par kvalitāti ir maz. Lielākajā daļā vietu netiek piedāvāta aprūpes koordinācija, un trūkst uz pierādījumiem balstītas ārstēšanas.

Nozīmīgs patstāvīgs pakalpojums pusaudžu psihiskās veselības aprūpei ir BPRC īstenotā Garastāvokļa traucējumu programma, deviņās Latvijas pilsētās to ir 13, no tiem pieci atrodas Rīgā. 2018. gadā to līdzdibināja Liene Dambiņa, kura ir spēcīga un iedvesmojoša vadītāja. 2023. gada pirmajos 10 mēnešos tika nodrošināta palīdzība 8496 janiešiem un viņu ģimenēm, no kuriem 2092 bija nepieciešama ilgtermiņa palīdzība. Rīgā BPRC vien palīdzība tika nodrošināta 4289 jauniešiem. Tas ir sabiedrībā balstīts pakalpojums, kas darbojas ar pašnosūtīšanas sistēmu jauniešiem līdz 18 gadu vecumam, sadarbojas gan ar Veselības ministriju, gan Labklājības ministriju un tiek finansēts no valsts budžeta. BPRC strādā starpdisciplināras komandas, kurā ir 124 speciālisti, no kuriem daudzi strādā nepilnu darba laiku 13 centros, tostarp psihologi, psihoterapeiti, bērnu psihiatri, KBT terapeiti, drāmas terapeiti, mākslas terapeiti, sociālie darbinieki, mentori, uztura speciālisti, ģimenes terapeiti un psihiatrs, kas strādā noteiktu laiku. Klīniskie psihologi strādā centros kā algoti darbinieki, un viņiem tiek nodrošināta papildu apmācība un uzraudzība, lai nodrošinātu konsekventu aprūpes kvalitāti. Lielākā daļa jauniešu meklē palīdzību depresijas, trauksmes vai mācīšanās motivācijas grūtību gadījumos, un apmeklētāju un viņu ģimeņu apmierinātība ir ļoti augsta, jau pēc divām nedēļām tiek ziņots par pozitīviem rezultātiem. Ir novērota ļoti strauja to pusaudžu stāvokļa smaguma dinamika, kuri lūdz palīdzību, un tagad apmēram 30 % gadījumu ir nepieciešama bērnu psihiatra iesaistīšana.

BPRC nosūta pusaudžus ar nopietnām problēmām uz valsts psihiskās veselības dienestiem, bet tiem nav oficiālas saiknes ar pusaudžu ambulatorajām klīnikām. Tas ir lielisks pakalpojums, kas piedāvā efektīvas intervences. Rodas jautājums par taisnīgumu, jo labākie pakalpojumi un lielākie relatīvie izdevumi tiek sniegti pusaudžiem ar vieglām vai vidēji smagām problēmām, bet par pusaudžiem ar smagiem traucējumiem ir atbildīgas psihiskās veselības aprūpes specializētas ārstniecības iestādes, kurās trūkst darbinieku.

Agrīnās intervences komanda

Inovatīvs pakalpojums, kas darbojas Rīgā, ir agrīnās intervences komanda (EIT), kuru vada Dr. Liene Sīle un darbību nodrošina Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs. Pašlaik komanda darbojas kā izmēģinājuma pakalpojums, un pēc izmēģinājuma perioda beigām to plānots paplašināt, iekļaujot arī citus veselības aprūpes sniedzējus. Tā ir ļoti neliela komanda, kurā ir 0,25 slodzes psihiatrs, psihologs, mūzikas terapeits un 0,5 slodzes psihiskās veselības aprūpes māsa un koordinators. Pacienti ir no Rīgas, un nosūtījumi galvenokārt nāk no pieaugušo stacionāriem pēc izrakstīšanas un daži no ambulatorajām klīnikām. Tas ir pirmais valsts finansētais psihiskās veselības aprūpes pakalpojums, kas pieaugušajiem klientiem piedāvā gadījumu koordinēšanu, psiholoģisko izglītošanu un atbalstu ģimenēm. Pašlaik tiek vērtēta tā spēja novērst recidīvu un uzlabot funkcionēšanu, un pēc izmēģinājuma plānots to paplašināt, iekļaujot arī citus psihiskās veselības aprūpes sniedzējus. Šādiem pakalpojumiem ir liels potenciāls.

Pārejas posma pakalpojumu problēmas

Komandējuma laikā mēs īsi apmeklējām VSIA "Rīgas Bērnu klīnisko universitātes slimnīcu", VSIA

“Slimnīca “Ģintermuiža”” un VISA “Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centru”. Mēs apmeklējām arī jauno bērnu klīniku Rīgas slimnīcas teritorijā, kas tiks atklāta 2023. gada decembrī un piedāvās pakalpojumus modernā vidē, kā arī labākas iespējas sadarboties ar pieaugušo dienestiem tajā pašā teritorijā.

Mēs atzinīgi vērtējam atklātās diskusijas ar galvenajiem psihiatriem katrā no šīm vietām, kuri skaidroja dažas no problēmām. Radās iespaids, ka starp pusaudžu un pieaugušo dienestiem pastāv mūris, ko izraisa nelabvēlīga pakalpojumu, sistēmas un pacientu faktoru kombinācija. Proti, problēmas tika aprakstītas šādi:

- *Pusaudžu* psihiskās veselības *aprūpes pakalpojumu* jomā ir ļoti zema pakalpojumu kapacitāte, trūkst atbalsta personāla.
- No *pieaugušo dienestu* puses — kompetences trūkums, lai risinātu jauniešu psihiskās veselības problēmas.
- *Starp pusaudžu un pieaugušo aprūpi* nav noteikta atbildība par nodošanu un koordinēšanu.
- *Pacientu uzvedība*, reaģējot uz šiem faktoriem, nozīmē, ka pēc pusaudžu aprūpes pakalpojumu beigšanās tie pazūd. Bieži viņi tiek pazaudēti, nonākot ārpus pakalpojumu klāsta, līdz viņu stāvoklis pasliktinās un viņiem ir nepieciešama intensīvāka un dārgāka aprūpe.

Sistēmas problēmas

Galvenie uzdevumi, kas tika identificēti komandējuma laikā un ietekmē psihiskās veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī kavē aprūpes kvalitāti jauniešiem pārejas procesā, ir šādi:

- *Veselības aprūpes finansējuma atlīdzināšanas noteikumi* rada šķēršļus un traucēkļus. Ja pieaugušo psihiatrs sniedz aprūpi pusaudzim, kurši ir jaunāks par 18 gadiem, pakalpojums netiks atlīdzināts. Tāda pati problēma pastāv arī bērnu un pusaudžu psihiatriem, kuri aprūpē jauniešus, kuri ir vecāki par 18 gadiem.
- Slimnīcas sedz izmaksas, ja tās uzņemas atbildību par aprūpi. Izņēmums ir jaunieši vecumā no 16 līdz 18 gadiem, kuriem ir agresīvas uzvedības problēmas un vielu lietošanas problēmas.
- *Trūkst uzraudzības* un ir liels skaits pašnosūtījumu, kas izraisa nepietiekamu prioritāšu piešķiršanu ierobežotajiem resursiem.
- *Cilvēkresursu neefektivitāte*: trūkst darbinieku, kuri varētu sniegt zemas intensitātes atbalstu. Pašlaik sistēma ir atkarīga no augsti kvalificēta un dārga personāla grupām: psihiatra, kas pieņem aptuveni 10–14 pacientus dienā, un psihologa, kura kapacitāte ir neliela, parasti 4 pacienti dienā. Ģimenes ārsti var nosūtīt uz 10 terapijas sesijām pie psihologa, kas ne vienmēr ir nepieciešamas. Lai sniegtu atbilstošu atbalstu un novērstu vajadzību pēc dārgākiem pakalpojumiem, daudzos gadījumos, iespējams, būtu pietiekami ar papildu darbinieku ar prasmēm zemas intensitātes, īslaicīgās un/vai pamata psihosociālās intervences jomā.
- Psihiskās veselības aprūpes pakalpojumu *aptverto teritoriju trūkums* nozīmē, ka cilvēki bieži “pāriet” no viena pakalpojuma uz citu citā reģionā. Aptuveni trešdaļa pacientu ir no dažādiem reģioniem, kas apgrūtina vietējo pakalpojumu plānošanu un aprūpes koordinēšanu.
- Kā sekas tam, ka trūkst kritisko zonu problēmas risinājuma, ir vāja *mijiedarbība starp veselības aprūpes reģioniem un pašvaldībām/vietējām iestādēm*, kas atbildīgas par sociālo aprūpi, izglītību vai labklājības pakalpojumiem. Dažādas pašvaldības piedāvā dažāda līmeņa aprūpi, kas bieži ir atkarīga no ES finansējuma. Tā rezultātā aprūpes koordinācija ir neveiksmīga un trūkst alternatīvu dārgiem aprūpes veidiem.
- *Ģimenes ārstu iesaiste* nelielu vai vidēji smagu psihiskās veselības problēmu identificēšanā un ārstēšanā, kā arī pārejas koordinēšanā ir dažāda un lielākoties nepietiekama, tādējādi

palielinot slogu, kas gulstas uz ģimenes ārstiem. To sarežģī fakts, ka daudziem cilvēkiem Latvijā ir cerības uz tiešu pieeju psihiatriem, apejot primāro aprūpi.

Ieteikumi

Pusaudžu ar psihiskās veselības problēmām veiksmīgu pāreju no jauniešu uz pieaugušo dienestiem ietekmē daudzi veselības aprūpes sistēmas elementi, kā arī citi ārējie faktori, piemēram, izglītība, nodarbinātība, labklājība un mājoklis. Šajā ziņojumā galvenā uzmanība pievērsta tikai veselības aprūpes sistēmai, taču mēs iesakām neignorēt mijiedarbību ar citiem labklājību noteicošajiem faktoriem. Šajā ziņojumā mēs arī neaplūkojam plašākas veselības aprūpes sistēmas problēmas, piemēram, veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanas līmeni, līdzmaksājumus un darbaspēka kompetenci un apmācību, ja vien tas nav tieši saistīts ar pārejas tēmu. Valstu eksperti labāk nekā mēs spēs risināt šādas problēmas, kā to pierādīja Veselības ministrijas darbinieku kompetence, ar kuriem mēs tikāmies.

Pamatojoties uz šo novērtējuma uzdevumu, kurā galvenā uzmanība pievērsta problēmām, kas saistītas ar jauniešu pāreju no pusaudžu uz pieaugušo dienestiem, mēs ierosinām šādus

11 ieteikumus, kuri ir svarīgi pusaudžu dienestu pakalpojumu sniegšanai, bet daži — īpaši 7.–

11. ieteikums — ir svarīgi vispārējai psihiskās veselības sistēmas efektivitātei:

1. **Pieļaujamās vecuma robežas:** daudziem jauniešiem ar agrīnu psihozes sākumu parasti 16–18 gadu vecumā ir nepieciešama uzraudzība un aprūpe daudzus gadus pēc diagnozes noteikšanas. Ir ļoti svarīgi, lai pozitīvas terapeitiskās attiecības tiek nodibinātas aprūpes procesa sākumā un ka šie jaunieši saņem nepārtrauktu speciālistu aprūpi, kas ne vienmēr ir pieejama pusaudžu dienestos. Pārtraukums aprūpē, ko izraisa pienākums pārcelt jauniešus no pusaudžu aprūpes pakalpojumiem uz pieaugušo aprūpes pakalpojumiem laikā, kad viņi ir visneaizsargātākie, nav vēlams. Tāpat jaunieši ar neiroloģiskiem attīstības traucējumiem, piemēram, autiskā spektra traucējumiem, par kuriem daudzus gadus, bieži jau kopš agras bērnības, ir rūpējušies jauniešu aprūpes dienesti, var nebūt gatavi pārcelšanai 18 gadu vecumā, un viņi varētu gūt labumu no ilgākas aprūpes pie saviem uzticamajiem ārstiem līdz aptuveni 25 gadu vecumam. Tāpēc mēs ierosinām ieviest pieļaujamās un elastīgās vecuma robežas, kas ļautu pieaugušo dienestiem uzņemties atbildību par jauniešiem ar agrīnu psihozi no 16 gadu vecuma un ļautu pusaudžu dienestiem saglabāt terapeitiskās attiecības un turpināt ārstēt jauniešus ar neiroloģiskas attīstības traucējumiem līdz 25 gadu vecumam.

2. **Finansējuma elastīgums:** pieļaujamās vecuma robežas prasa elastīgu finansējumu. Ja pusaudžu un pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem var atlīdzināt izdevumus par terapeitiskām darbībām 16–25 gadu vecumā, dienesti var elastīgāk piedāvāt aprūpi, kas ir neaizsargāto klientu interesēs. Šāds finansējuma elastīgums būs izmaksu ziņā neitrāls, jo tā ir tikai pārvietošana no viena pakalpojuma komponenta uz citu.

3. **Veidot nelielas palīdzības sniegšanas iespējas:** bija pārsteidzoši, ka galvenie psihiatri, ar kuriem mēs tikāmies, jautāti par sistēmas uzlabošanai nepieciešamajiem resursiem, bija ļoti pieticīgi savās prasībās. Lai iesaistītu pusaudžus un atbalstītu viņus krīzes situācijās un pārejas procesā, nozīmīgu ieguldījumu sniegtu neliela starpdisciplināra personāla, kas cieši sadarbotos ar psihiatru, izbraukuma kapacitātes palielināšana. Ieteicams klīnikas komandu papildināt ar vienu medicīnas māsu un vienu sociālo darbinieku, kas strādā ambulatorajās klīnikās un kuriem ir iespējas apmeklēt pacientu mājās, lai novērtētu turpmākas aprūpes nepieciešamību, lai novērstu hospitalizāciju un nodrošinātu pusaudžus ar citiem atbalsta pakalpojumiem, piemēram, BPRC. Neliels finansējuma palielinājums informatīvajām funkcijām padarītu to iespējamu, un tas atmaksātos, novēršot uzņemšanu.

4. **Agrīnās psihozes dienests:** daudzās Eiropas valstīs ir izveidoti dienesti, kas īpaši nodarbojas ar jauniešiem ar pirmo psihozes epizodi un agrīno psihozi. Rezultāti ir bijuši pozitīvi, ievērojami samazinot slimnīcu gultasvietu izmantošanu un veicinot atveseļošanos. Izmaksu un ieguvumu pētījumi ir pierādījuši, ka šādi pakalpojumi ir rentabli. Tomēr šādiem pakalpojumiem ir nepieciešama iedzīvotāju bāze, kas ir tikai Rīgā, kur pirmās epizodes psihozes izplatība varētu būt aptuveni 80 gadījumi un saslimstība ar to 16–18 gadu vecuma grupā — aptuveni 30–40 gadījumi gadā. Ja agrīnās psihozes komanda ir atbildīga par vecuma grupu līdz 25 gadu vecumam, saslimstība būtu ievērojami augstāka, jo šizofrēnijas sākums šajā periodā sasniedz maksimumu. Tas attaisno nelielas komandas, kas nodarbojas ar agrīno psihozi jauniešiem Rīgas reģionā, uzturēšanu. Viena no iespējām ir nedaudz paplašināt pašreizējo agrīnās intervences grupu. Ārpus Rīgas, lai nodrošinātu plašāku aptvērumu, varētu izvietot agrīnās intervences komandas locekļus “satelītdienestos”, kas ir līdzīgi, vai papildus informatīvajiem darbiniekiem (3. ieteikums), ja tas ir ģeogrāfiski lietderīgi — savienoti ar galveno komandu Rīgā.

5. **Saskaņot resursu centrus:** BPRC apmierina svarīgu vajadzību pēc pusaudžiem ar vieglām un vidēji smagām psihiskās veselības problēmām, kuri var aprūpes vietā vērsties paši. Aprūpe, šķiet, ir balstīta uz pierādījumiem un vadība ir izcila. Tomēr tā darbojas vakuumā, tā nav formāli saistīta ne ar primāro aprūpi, ne ar specializētajiem pusaudžu aprūpes dienestiem. Finansējums ir salīdzinoši augsts salīdzinājumā ar bērnu psihiatrijas speciālistu pakalpojumiem. Mēs neiesakām ne novirzīt finansējumu citiem dienestiem, ne arī BPRC pārņemt specializēto dienestu funkcijas un pievērsties smagākām saslimšanām, jo tā loma profilaksē un aprūpes nodrošināšanā neaizsargātai grupai ir ļoti vērtīga. Tomēr, ja varētu izveidot oficiālas attiecības ar palīdzības dienestiem un izveidot nosūtīšanas ceļus, lai jauniešus, kuriem nepieciešama īstermiņa vai pastāvīga aprūpe, savienotu ar BPRC sniegtajiem pakalpojumiem, tas varētu palīdzēt mazināt spiedienu uz psihiatrijas sistēmu.

6. **Kompetences:** pieejamā personāla kompetence ir ierobežota. Terapeitiskās intervences lielākoties piedāvā medikamentus vai vienkāršas kognitīvi uzvedības terapijas (KBT) formas. Personālam, kas strādā primārās aprūpes līmenī, varētu būt noderīgas apmācības psiholoģiskās un psihosociālās intervences pamatprasmēs. **PVO izstrādātā mērogojamo psiholoģisko intervenču pakete ietver iespējas, kas varētu būt piemērotas, jo īpaši vecākiem pusaudžiem vecumā no 16 gadiem.** Sekundāro specializēto pakalpojumu līmenī lielāka funkcionālās atveseļošanās un rehabilitācijas prasmju pieejamība sniegtu labumu pakalpojumu lietotājiem un viņu ģimenēm.

7. **Paplašināt darbaspēku:** gan pusaudžu, gan pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienesti ir atkarīgi no neliela skaita speciālistu, kuru iespējas veikt pamata, bet būtiskus atbalsta uzdevumus, piemēram, pacientu pavadīšana uz klīniku vai citām iestādēm, mācīšanās izmantot sabiedrisko transportu vai citas ikdienas atbalsta darbības. Pašreizējie resursi tiek piešķirti dārgām intervencēm, kas ne vienmēr ir indicētas un ko vada psihiatri un psihologi. Ir iespējams paaugstināt esošā personāla, piemēram, medmāsu, sociālo darbinieku un ergoterapeitu/funkcionālo terapeitu kompetenci, ļaujot tiem uzņemties vairāk pienākumu un paplašināt darbaspēku, piemēram, ar saistītajiem veselības aprūpes darbiniekiem, kuri pašlaik nav identificēti kā daļa no psihiskās veselības aprūpes darbaspēka, vai arī ar humanitāro zinātņu, piemēram, psiholoģijas vai socioloģijas, absolventiem, kuri varētu būt ieinteresēti kādu laiku strādāt psihiskās veselības aprūpes jomā. Var piedāvāt īsu ievadapmācību, kas ir pietiekama, lai veiktu vienkāršus uzdevumus ar uzraudzību. PVO *mhGAP* pakete piedāvā piemērotas vadlīnijas un mācību materiālus, kas varētu atbalstīt spēju veidošanu.

8. **Ieviest vārtu uzraudzību:** tiešā piekļuve speciālistu pakalpojumiem tradicionāli bija standarta prakse Latvijā, kur pacienti maz uzticējās ģimenes ārstu kompetencei, kuri nebija

specializējušies psihiskās veselības traucējumu ārstēšanā. Garas rindas pie psihiatru kabinetiem tika uzskatītas par normālu parādību. Pacientu un viņu ģimeņu cerības tieši piekļūt speciālistu pakalpojumiem pārslogo psihiskās veselības aprūpes sistēmu, kā tas ir noticis citās valstīs, kur ir izveidojušās mēnešiem vai gadiem garas gaidīšanas rindas. Specializētajiem dienestiem ir jāspēj ārstēt tos pacientus, kuriem tas nepieciešams visvairāk. Cilvēkiem ar vieglām psihiskās veselības grūtībām, kuriem nepieciešama vienkārša psihosociāla intervence, būtu jābūt primārās veselības aprūpē, kurai būtu jāuzņemas sargsuņu loma. Piekļuvei specializētajiem pakalpojumiem jānotiek tikai pēc primārās aprūpes novērtējuma un nosūtījuma.

9. **Ģimenes ārstiem** būs nepieciešams atbalsts, lai viņi varētu iesaistīties nelielu psihiskās veselības problēmu ārstēšanā un cilvēku ar nopietniem psihiskās veselības traucējumiem identificēšanā un nosūtīšanā. Ierosinātie algoritmi ir lielisks sasniegums, taču praktizējošiem ģimenes ārstiem ir jābūt pieejamai apmācībai. Iespējams, adaptējot un ieviešot PVO *mhGAP* paketi izmantošanai Latvijā. **Iespēju veidošanu varētu atbalstīt, pielāgojot un īstenojot PVO *mhGAP* paketi.** Dažās valstīs tiek piedāvāti finanšu stimuli, lai turpinātu aprūpi cilvēkiem ar sarežģītām psihiskās veselības problēmām vai piedāvātu specifiskas intervences, bet ne vienkāršu slimību standarta ārstēšanai. Šo inovatīvo risinājumu efektivitātes un lietderības novērtēšana ir ļoti svarīga, jo izmaksas un/vai ieguvumi var būt lieli.

10. **Kritiskās zonas:** visu vecumu pacientiem ar psihiskās veselības traucējumiem bieži ir virkne sarežģītu sociālo problēmu, piemēram, finanšu, mājokļa, izglītības vai nodarbinātības jomā. Latvijā iedzīvotāji var izvēlēties sev vēlamu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju jebkurā vietā valstī. Efektīvas intervences ir atkarīgas no partnerattiecībām ar pašvaldību sniegtajiem pakalpojumiem. Ja pacienti mēro lielus attālumus, lai saņemtu pakalpojumus dažādos veselības aprūpes reģionos, aprūpes koordinācija un nepārtrauktība ir ļoti apgrūtināta. Kritisko zonu izveide, veicinot kopdarbu, t. i., kopīgas robežas ar pakalpojumiem, ko sniedz pašvaldības, uzlabotu gan aprūpes efektivitāti un lietderību, gan palielinātu vietējo atbildību par pieejamību un kvalitāti.

11. **Stigmatizācija un uzskaitē:** visā šajā ziņojumā un daudzos ieteikumos ir uzsvērts psihisko traucējumu stigmatizācija un ar to saistītās bailes no psihiskās veselības aprūpes pakalpojumiem. Stereotipiski nozīmē, ka “uzskaitē” tiek ņemti cilvēki ar psihiskās veselības traucējumu diagnozi, tostarp pusaudži, un tas nopietni ietekmē turpmāku piekļuvi autovadītāja apliecību saņemšanai un nodarbinātības iespējas. Tas kļūdaini liek domāt, ka psihiskās veselības traucējumi ir mūžīgi un neārstējami un ka reģistrā iekļautie pacienti ir bīstami sabiedrībai. “Uzskaitē” ir pagātnes koncepts, un tā ir ļoti diskriminējoša un, saprotams, rada bailes no psihiskās veselības aprūpes pakalpojumiem. Tās ieguvumi ir ļoti apšaubāmi, un to varētu viegli aizstāt ar anonīmu datu banku, kas reģistrētu saslimstību un izplatību. Atcelšana būtiski pozitīvi ietekmētu psihiskās veselības aprūpes pakalpojumu reputāciju, uzlabotu pieejamību, uzticību ārstiem un mazinātu “mukšanu” no sistēmas.

Pārmaiņu iespējas un nākamie soļi

Mūsu pieredze liecina, ka pārmaiņas notiek tad, kad tiek panākta politisko, vadības, tehnisko un publisko ieinteresēto pušu darbības saskaņotība, ko veicina ieguldījumi. Latvijā pārsteidzoši ir tas, ka visās šajās grupās ir augsta kvalitāte un spēcīga apņemšanās. Parlamentārais sekretārs piedalījās sanāsmēs un pauda atbalstu un apņemšanos uzlabot iedzīvotāju psihisko veselību. Vecākais eksperts un padomdevēji demonstrēja lieliskas zināšanas un spēcīgu motivāciju veikt uzlabojumus. Bet pats galvenais, ka uz vietas mēs tikāmies ar vairākiem psihiskās veselības aprūpes dienestu vadītājiem, kuri bez izņēmuma uzrādīja lielisku izpratni par problēmām un vēlmi tās risināt, kā arī atvērtību jaunām idejām. Šis ir piemērots brīdis un lieliska iespēja risināt dažas no konstatētajām problēmām.

Pastāv arī turpmākas sadarbības un atbalsta iespējas no PVO Eiropā, lai īstenotu iepriekš minētos ieteikumus saskaņā ar pašreizējo PVO un ES kopprojektu, kura mērķis ir stiprināt psihiskās veselības sistēmas un politiku ES dalībvalstīs. Tas ietver iespējas risināt oficiālus politikas dialogus, valstu pieredzes apmaiņu un darbaspēka spēju veidošanu, izmantojot uz pierādījumiem balstītus PVO produktus un vadlīnijas, tostarp PVO *mhGAP* paketi un PVO mērogojamās psiholoģiskās intervences. PVO Eiropas Psihiskās veselības pamatgrupa atzinīgi vērtē diskusijas ar Veselības ministriju, lai plānotu un koordinētu turpmākos pasākumus.