

# **Psihiskā veselība Latvijā 2011. gadā**

## **Tematiskais ziņojums**

12. izdevums  
Rīga  
2012

## **Redaktori:**

Inga Šmate, *Slimību profilakses un kontroles centra direktore*

Dzintars Mozgis, *Asoc. prof., Slimību profilakses un kontroles centra direktora vietnieks*

## **Autori:**

Toms Pulmanis, *Slimību profilakses un kontroles centra sabiedrības veselības analītiķis*

Aija Pelne, *Slimību profilakses un kontroles centra Atkarību slimību riska analīzes nodaļas vadītāja*

Māris Taube, *Asoc. prof., Nacionālā veselības dienesta direktors*

Pārpublicēšanas un citēšanas gadījumā atsauce obligāta.

© Slimību profilakses un kontroles centrs © Pulmanis, Pelne, Taube

ISBN 978-9934-8307-4-7

## **Slimību profilakses un kontroles centrs:**

Direktore: Inga Šmate

Adrese: Dunties 22, Rīgā, LV 1005

Tālrunis: 67501590

Fakss: 67501591

E-pasts: [info@spkc.gov.lv](mailto:info@spkc.gov.lv)

Mājaslapa: [www.spkc.gov.lv](http://www.spkc.gov.lv)

Vēlamies izteikt pateicību Z. Baltānei, J. Lepiksonei, J. Misiņam, D. Klušai, B.Velikai, I. Redovičai, S. Karlsonai un M. Trapencierim par palīdzību un atbalstu ziņojuma tapšanā.



## Saturs

Priekšvārds .....	4
Tematiskajā ziņojumā lietotie saīsinājumi .....	5
Attēlu un tabulu saraksts.....	6
1. Iedzīvotāju psihiskā veselība .....	12
1. 1. Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemtie pacienti .....	13
1. 2. Psihisko un uzvedības traucējumu izplatība .....	20
1. 3. Pacientu sociālais raksturojums .....	29
1. 4. Psihiskās veselības pētījumu dati.....	32
2. Pašnāvības.....	40
3. Invaliditāte psihisko un uzvedības traucējumu dēļ .....	54
4. Psihiatriskās palīdzības dienests .....	57
4. 1. Ambulatorā aprūpe .....	57
4. 2. Stacionārā aprūpe .....	63
4. 3. Cilvēkresursi psihiatrijā.....	68
4. 4. Tiesu psihiatrija.....	72
5. Diagnožu grupas analīze.....	74
5.1. Organiski psihiski traucējumi.....	74
6. Secinājumi.....	79
7. Pieņēmumi un ieteikumi.....	80
Pielikums.....	81
Izmantotā literatūra.....	83

## Priekšvārds

Veselība ir pilnīga fiziska, garīga un sociāla labklājība, ne tikai stāvoklis bez slimības vai fiziskiem trūkumiem. Jau pati veselības definīcija ietver sevī atbildi par garīgās labklājības nozīmi, proti, mēs nevaram runāt par veselību bez garīgās komponentes. Viens no garīgās labklājības elementiem ir psihiskā veselība - laba psihiskā veselība ir būtisks resurss valsts attīstības un vispārējās labklājības veicināšanā.

2012. gada 1. aprīlī tika izveidots Slimību profilakses un kontroles centrs, kas turpina izdot tematisku ziņojumu par situāciju psihiskās veselības jomā Latvijā. Lai pilnīgāk izvērtētu situāciju, vienkopus analizēta gan rutīnas statistika, gan Latvijas populācijas pētījumu dati, situāciju pēc iespējas salīdzinot ar starptautiskos pētījumos un internacionālajās datubāzēs pieejamo informāciju.

2011. gada ziņojums ir papildināts ar vairākiem jauniem indikatoriem, piemēram, sadaļām par cilvēkresursiem psihiatrījā, tiesu psihiatriju, kā arī sadarbībā ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu pirmo gadu pieejama pilna informācija par pašnāvības mēģinājumiem 2011. gadā. Analizēti arī jaunākie populāciju pētījumu dati – lielākoties par pusaudžu un jauniešu psiho-emocionālo labklājību.

SPKC turpinās sekot aktuālākajām tendencēm ne tikai monitorējot esošo situāciju psihiskās veselības jomā Latvijā, bet arī papildinot un veidojot jaunus indikatorus papildus informācijas iegūšanai par specifiskiem ar psihisko veselību saistītiem jautājumiem.

Izsakām pateicību par veiksmīgo sadarbību visiem, kuri palīdzējuši šī tematiskā ziņojuma tapšanā – gan informācijas sniedzējiem, apkopotājiem un analītiķiem, gan pētījumu veicējiem, respondentiem un citām iesaistītajām personām.

Ar cieņu,  
Inga Šmate

## **Tematiskajā ziņojumā lietotie saīsinājumi**

**ACE** skala – Bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes skala (*Adverse Childhood Experience scale*)

**APANS** - Ambulatoro pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēma

**CSP** – Centrālā Statistikas pārvalde

**DMDB** – Eiropas detalizētā mirstības datubāze (*European Detailed Mortality database*)

**ES** – Eiropas Savienība

**ESPAD** - Eiropas skolu aptaujas projekts par alkoholu un citām atkarību izraisošajām vielām

**HBSC** – Skolas vecuma bērnu veselības paradumu pētījums

**HFA** - Pasaules Veselības organizācijas „Veselību visiem” (*Health For All*) datubāze

**NMPD** – Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests

**NVD** – Nacionālais veselības dienests

**PAMATNOSTĀDNES** - Pamatnostādnes „Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009. - 2014. gadā”

**PVO; WHO** – Pasaules Veselības organizācija

**REĢISTRS** – Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem

**SES** – Sociālekonomiskais stāvoklis

**SPANS** - Stacionāro pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēma

**SPKC** – Slimību profilakses un kontroles centrs

**SSK-10** – Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskā slimību klasifikācija, 10. redakcija

**VDEAVK** - Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija

**VI** – Veselības inspekcija

**VIS** – Nacionālā veselības dienesta Vadības informācijas sistēma

**ZIŅOJUMS** – Tematiskais ziņojums „Psihiskā veselība Latvijā 2011. gadā”

## Attēlu un tabulu saraksts

### • ATTĒLI

1. ATTĒLS. PIRMO REIZI REĢISTRA UZSKAITĒ UZŅEMTIE PACIENTI AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM DINAMIKĀ (UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJU) LATVIJĀ **14**
2. ATTĒLS. PIRMO REIZI REĢISTRA UZSKAITĒ UZŅEMTIE PACIENTI AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM DIAGNOŽU GRUPĀS DINAMIKĀ LATVIJĀ UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJU **15**
3. ATTĒLS. PIRMO REIZI REĢISTRA UZSKAITĒ UZŅEMTIE PACIENTI AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJU VECUMA GRUPĀS 2009., 2010. UN 2011. GADĀ LATVIJĀ **17**
4. ATTĒLS. PIRMO REIZI REĢISTRA UZSKAITĒ UZŅEMTO PACIENTU AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM PROCENTUĀLAIS SADALĪJUMS DIAGNOŽU GRUPĀS LATVIJĀ 2009., 2010. UN 2011. GADĀ **18**
5. ATTĒLS. PIRMO REIZI REĢISTRA UZSKAITĒ UZŅEMTO PACIENTU AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM SKAITA SADALĪJUMS PA STATISTISKAJIEM REĢIONIEM UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJU 2011. GADĀ **19**
6. ATTĒLS. PIRMREIZĒJIE PACIENTI AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM (F00-F99) UZ 100 000 VALSTS IEDZĪVOTĀJU 13 ES DALĪBVALSTĪS **20**
7. ATTĒLS. REĢISTRA UZSKAITĒ ESOŠO PACIENTU AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM PROCENTUĀLAIS SADALĪJUMS DIAGNOŽU GRUPĀS LATVIJĀ 2009., 2010. UN 2011. GADĀ **21**
8. ATTĒLS. REĢISTRA UZSKAITĒ ESOŠO PACIENTU AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM SKAITA SADALĪJUMS PA STATISTISKAJIEM REĢIONIEM UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJU 2011. GADĀ **22**
9. ATTĒLS. REĢISTRĒTO PACIENTU AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM (F00-F99) ĪPATSVARŠ (%) 12 ES DALĪBVALSTU IEDZĪVOTĀJU VIDŪ **23**
10. ATTĒLS. REĢISTRA UZSKAITĒ ESOŠO PACIENTU AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM PAMATIZTIKAS AVOTI LATVIJĀ 2009., 2010. UN 2011. GADĀ **30**
11. ATTĒLS. PIRMO REIZI REĢISTRA UZSKAITĒ UZŅEMTO PACIENTU AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM PAMATIZTIKAS AVOTI LATVIJĀ 2011. GADĀ **31**

<u>12. ATTĒLS.</u> PIRMO REIZI REĢISTRA UZSKAITĒ UZŅEMTO PACIENTU AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM IZGLĪTĪBAS LĪMENIS 2011. GADĀ	<b>31</b>
<u>13. ATTĒLS.</u> SKOLĒNU ĪPATSVARŠ, KAS VĒRTĒ SAVU DZĪVI KĀ SLIKTĀKO VAI VISSLIKTĀKO IESPĒJAMO 2005./2006. UN 2009./2010. MĀCĪBU GADĀ VECUMA GRUPĀS	<b>33</b>
<u>14. ATTĒLS.</u> PSIHOEMOCIONĀLĀS VESELĪBAS SŪDZĪBU ĪPATSVARŠ VISMAZ REIZI NEDĒĻĀ 2005./2006. UN 2009./2010. MĀCĪBU GADĀ VECUMA GRUPĀS	<b>34</b>
<u>15. ATTĒLS.</u> PSIHOEMOCIONĀLĀS VESELĪBAS SŪDZĪBU ĪPATSVARŠ VISMAZ REIZI NEDĒĻĀ 2005./2006. UN 2009./2010. MĀCĪBU GADĀ DZIMUMU GRUPĀS	<b>34</b>
<u>16. ATTĒLS.</u> RESPONDENTU ĪPATSVARŠ, KURI IR IZJUTUŠI IZTEIKTU APGRŪTINĀJUMU, SPRIEDZI MĀCĪTIES GAN SKOLĀ, GAN MĀJĀS 2009./2010. MĀCĪBU GADĀ DZIMUMU UN VECUMA GRUPĀS	<b>35</b>
<u>17. ATTĒLS.</u> ŅIRGĀŠANĀS IZPLATĪBA DZIMUMA UN VECUMA GRUPĀS 2009./2010. MĀCĪBU GADĀ	<b>36</b>
<u>18. ATTĒLS.</u> STANDARTIZĒTĀ MIRSTĪBA NO PAŠNĀVĪBĀM UZ 100 000 ATTIECĪGĀS VALSTS IEDZĪVOTĀJU (DIAGNOŽU GRUPA X60-X84) EIROPAS SAVIENĪBAS DALĪBVALSTĪS (KOPĒJĀ MIRSTĪBA UN MIRSTĪBA DZIMUMU GRUPĀS)	<b>41</b>
<u>19. ATTĒLS.</u> PAŠNĀVĪBU SKAITA DINAMIKA LATVIJĀ PĒC DZIMUMIEM UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJU	<b>42</b>
<u>20. ATTĒLS.</u> PAŠNĀVĪBU SADALĪJUMS PA STATISTISKAJIEM REĢIONIEM ABSOLŪTOS SKAITĻOS UN UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJU 2011. GADĀ	<b>43</b>
<u>21. ATTĒLS.</u> PAŠNĀVĪBU SKAITS VECUMA UN DZIMUMU GRUPĀS LATVIJĀ 2011. GADĀ.	<b>44</b>
<u>22. ATTĒLS.</u> PAŠNĀVĪBU SKAITS UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJU LATVIJĀ 2011. GADĀ DZIMUMU UN VECUMA GRUPĀS	<b>45</b>
<u>23. ATTĒLS.</u> PAŠNĀVĪBĀ MIRUŠIE (ABSOLŪTOS SKAITĻOS) PĒC PAŠNĀVĪBAS IZDARĪŠANAS VEIDA 2010. UN 2011. GADĀ	<b>48</b>
<u>24. ATTĒLS.</u> UNIKĀLO PACIENTU SKAITS UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJU, KURI MĒGINĀJUŠI VEIKT PAŠNĀVĪBU UN IZDZĪVOJUŠI PIRMSSLIMNĪCAS NMP ETAPĀ 2011. GADĀ LATVIJĀ	<b>51</b>

25. ATTĒLS. NEATLIEKAMĀS MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS DIENESTA IZSAUKUMU PIE PACIENTIEM, KURI MĒĢINĀJUŠI VEIKT PAŠNĀVĪBU UN IZDŽĪVOJUŠI PIRMSSLIMNĪCAS NMP ETAPĀ, REZULTĀTĀ UZSTĀDĪTĀS DIAGNOZES 2011. GADĀ LATVIJĀ **52**
26. ATTĒLS. PAŠNĀVNICISKĀ UZVEDĪBA DZĪVES LAIKĀ 15-16 GADUS VECIEM PUSAUDŽIEM 2011. GADĀ DZIMUMU GRUPĀS (% NO RESPONDENTU SKAITA) **53**
27. ATTĒLS. PIRMREIZĒJIE INVALĪDI AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJU DINAMIKĀ LATVIJĀ **54**
28. ATTĒLS. KOPĒJĀ PIRMREIZĒJĀS INVALIDITĀTES STRUKTŪRA PA SLIMĪBĀM PAR 18 GADIEM VECĀKĀM PERSONĀM 2011. GADĀ **55**
29. ATTĒLS. KOPĒJĀ PIRMREIZĒJĀS INVALIDITĀTES STRUKTŪRA DALĪJUMĀ PA SLIMĪBĀM PERSONĀM LĪDZ 18 GADU VECUMAM 2011. GADĀ **56**
30. ATTĒLS. AMBULATORO APMEKLĒJUMU SKAITS PIE VISU SPECIALITĀŠU ĀRSTIEM AR PAMATDIAGNOZI „PSIHISKI UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMI” (ABSOLŪTOS SKAITĻOS) 2009., 2010. UN 2011. GADĀ **59**
31. ATTĒLS. AMBULATORO APMEKLĒJUMU SKAITS PIE ĢIMENES (VISPĀRĒJĀS PRAKSES) ĀRSTA AR PAMATDIAGNOZI „PSIHISKI UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMI” (ABSOLŪTOS SKAITĻOS) 2009., 2010. UN 2011. GADĀ **60**
32. ATTĒLS. AMBULATORO APMEKLĒJUMU SKAITS PIE PSIHIATRA AR PAMATDIAGNOZI „PSIHISKI UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMI” (ABSOLŪTOS SKAITĻOS) 2009., 2010. UN 2011. GADĀ **61**
33. ATTĒLS. AMBULATORO APMEKLĒJUMU SKAITS PIE BĒRNU PSIHIATRA AR PAMATDIAGNOZI „PSIHISKI UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMI” (ABSOLŪTOS SKAITĻOS) 2009., 2010. UN 2011. GADĀ **62**
34. ATTĒLS. PSIHIATRIJAS PROFILA VIDĒJAIS GADA GULTU SKAITS VISOS LATVIJAS STACIONĀROS 2009., 2010. UN 2011. GADĀ **63**
35. ATTĒLS. PSIHIATRIJAS PROFILA VIDĒJAIS GADA GULTU SKAITS LATVIJAS PSIHONEIROLOĢISKĀJĀS SLIMNĪCĀS 2009., 2010. UN 2011. GADĀ **63**
36. ATTĒLS. PSIHIATRIJAS PROFILA GULTU SKAITS UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJU 27 ES DALĪBVALSTĪS **64**



37. ATTĒLS. VIDĒJAIS GULTDIENU SKAITS UZ VIENU PACIENTU LATVIJAS SLIMNĪCU PSIHIATRIJAS PROFILA GULTĀS 2009., 2010. UN 2011. GADĀ **65**
38. ATTĒLS. VISOS LATVIJAS STACIONĀROS PACIENTIEM AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM VEIKTO HOSPITALIZĀCIJU SADALĪJUMS DIAGNOŽU GRUPĀS 2009., 2010. UN 2011. GADĀ **66**
39. ATTĒLS. SPECIALIZĒTAJĀS PSIHONEIROLOĢISKAJĀS SLIMNĪCĀS PACIENTIEM AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM VEIKTO HOSPITALIZĀCIJU SADALĪJUMS DIAGNOŽU GRUPĀS 2009., 2010. UN 2011. GADĀ **67**
40. ATTĒLS. CITĀS SLIMNĪCĀS (BEZ PSIHIATRIJAS PROFILA GULTĀM) PACIENTIEM AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM VEIKTO HOSPITALIZĀCIJU SADALĪJUMS DIAGNOŽU GRUPĀS 2009., 2010. UN 2011. GADĀ **68**
41. ATTĒLS. PAMATDARBĀ UN (VAI) BLAKUS DARBĀ ATTIECĪGAJĀ SPECIALITĀTĒ STRĀDĀJOŠO ĀRSTNIECĪBAS UN ĀRSTNIECĪBAS ATBALSTA PERSONU SKAITS LATVIJĀ 2009., 2010. UN 2011. GADA BEIGĀS **69**
42. ATTĒLS. PAMATDARBĀ ATTIECĪGAJĀ SPECIALITĀTĒ STRĀDĀJOŠO ĀRSTNIECĪBAS UN ĀRSTNIECĪBAS ATBALSTA PERSONU SKAITS LATVIJĀ 2009., 2010. UN 2011. GADA BEIGĀS **70**
43. ATTĒLS. TIESU PSIHIATRIJAS EKSPERTU IZDARĪTO EKSPERTĪŽU SKAITS (T.SK. KOMPLEKSĀS UN PSIHOLOĢISKĀS) EKSPERTĒJAMO KONTINGENTU GRUPĀS 2009., 2010. UN 2011. GADĀ **73**
44. ATTĒLS. PIRMO REIZI REĢISTRA UZSKAITĒ UZŅEMTIE PACIENTI AR ORGANISKIEM PSIHISKIEM TRAUCĒJUMIEM (IESKAITOT SIMPTOMĀTISKOS) (F0 DIAGNOŽU GRUPA) 2011. GADĀ **76**
45. ATTĒLS. REĢISTRA UZSKAITĒ ESOŠIE PACIENTI AR ORGANISKIEM PSIHISKIEM TRAUCĒJUMIEM (IESKAITOT SIMPTOMĀTISKOS) (F0 DIAGNOŽU GRUPA) 2011. GADĀ **77**
46. ATTĒLS. REĢISTRA UZSKAITĒ ESOŠO PACIENTU AR ORGANISKIEM PSIHISKIEM TRAUCĒJUMIEM (IESKAITOT SIMPTOMĀTISKOS) (F0 DIAGNOŽU GRUPA) PAMATIZTIKAS AVOTI 2011. GADĀ **78**
47. ATTĒLS. PIRMO REIZI REĢISTRA UZSKAITĒ UZŅEMTO PACIENTU AR ORGANISKIEM PSIHISKIEM TRAUCĒJUMIEM (IESKAITOT SIMPTOMĀTISKOS) (F0 DIAGNOŽU GRUPA) IZGLĪTĪBAS LĪMENIS 2011. GADĀ **78**
48. ATTĒLS. VIDĒJAIS IEDZĪVOTĀJU SKAITS LATVIJĀ 2000. – 2011. GADĀ **81**

## • TABULAS

1. TABULA. PIRMO REIZI REGISTRĀ UZSKAITĒ UZŅEMTO UN REGISTRĀ UZSKAITĒ ESOŠO PACIENTU SADALĪJUMS PĒC DIAGNOZĒM 2009., 2010. UN 2011. GADĀ **24**
2. TABULA. ACE SKALA SAISTĪBĀ AR RESPONDENTU KAVĒTAJĀM SKOLAS DIENĀM VESELĪBAS PROBLĒMU DĒĻ, UN VESELĪBAS SŪDZĪBĀM PĒDĒJĀ MĒNEŠA LAIKĀ **38**
3. TABULA. PAŠNĀVĪBU SKAITA DINAMIKA LATVIJĀ DALĪJUMĀ DZIMUMA UN VECUMA GRUPĀS ABSOLŪTOS SKAITĻOS 2000. – 2011. GADĀ **46**
4. TABULA. UNIKĀLO PACIENTU UN IZSAUKUMU SKAITS PIE PACIENTIEM, KURI MĒĢINĀJUŠI VEIKT PAŠNĀVĪBU UN IZDZĪVOJUŠI PIRMSSLIMNĪCAS NMP ETAPĀ 2011. GADĀ LATVIJĀ **50**
5. TABULA. UNIKĀLO PACIENTU SKAITS AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM SAISTĪBĀ AR SNIEGTĀS PALĪDZĪBAS VEIDU (NOTEIKTĀM ĀRSTU SPECIALITĀTĒM) 2011. GADĀ **58**
6. TABULA. VIETU SKAITS DIENAS STACIONĀROS PSIHISKU SLIMIEM PACIENTIEM UN TAJOS ĀRSTĒTO PACIENTU SKAITS 2009., 2010. UN 2011. GADĀ **62**
7. TABULA. PAMATDARBĀ PSIHIATRA SPECIALITĀTĒ STRĀDĀJOŠO PERSONU VECUMSTRUKTŪRA LATVIJĀ 2009., 2010. UN 2011. GADA BEIGĀS **70**
8. TABULA. PAMATDARBĀ BĒRNU PSIHIATRA SPECIALITĀTĒ STRĀDĀJOŠO PERSONU VECUMSTRUKTŪRA LATVIJĀ 2009., 2010. UN 2011. GADA BEIGĀS **71**
9. TABULA. PAMATDARBĀ GARĪGĀS VESELĪBAS APRŪPES MĀSAS SPECIALITĀTĒ STRĀDĀJOŠO PERSONU VECUMSTRUKTŪRA LATVIJĀ 2009., 2010. UN 2011. GADA BEIGĀS **71**
10. TABULA. PAMATDARBĀ PSIHOTERAPEITA SPECIALITĀTĒ STRĀDĀJOŠO PERSONU VECUMSTRUKTŪRA LATVIJĀ 2009., 2010. UN 2011. GADA BEIGĀS **72**
11. TABULA. TIESU PSIHIATRIJAS EKSPERTU KOMISIJAS EKSPERTĪZĒS IETEIKTIE PIESPIEDU LĪDZEKĻI AIZDOMĀS TURĒTAJIEM, APSŪDZĒTAJIEM UN TIESĀJAMAJIEM GADĪJUMOS, KAD IETEIKTS PERSONU ATZĪT PAR IEROBEŽOTI (DAĻĒJI) PIESKAITĀMU VAI NEPIESKAITĀMU **73**

12. TABULA. PIRMO REIZI REĢISTRA UZSKAITĒ UZŅEMTIE UN REĢISTRA UZSKAITĒ ESOŠIE PACIENTI AR ORGANISKIEM PSIHISKIEM TRAUCĒJUMIEM (IESKAITOT SIMPTOMĀTISKOS) (F0 DIAGNOŽU GRUPA) DZIMUMA GRUPĀS 2011. GADĀ **75**

13. TABULA. PIRMO REIZI REĢISTRA UZSKAITĒ UZŅEMTIE UN REĢISTRA UZSKAITĒ ESOŠIE PACIENTI AR ORGANISKIEM PSIHISKIEM TRAUCĒJUMIEM (IESKAITOT SIMPTOMĀTISKOS) (F0 DIAGNOŽU GRUPA) VECUMA GRUPĀS UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJU 2011. GADĀ **75**

14. TABULA. VIDĒJAIS IEDZĪVOTĀJU SKAITS LATVIJĀ DZIMUMU GRUPĀS 2005. – 2011. GADĀ **81**

15. TABULA. VIDĒJAIS IEDZĪVOTĀJU SKAITS LATVIJAS VALSTS STATISTISKAJOS REĢIONOS 2011. GADĀ **82**

16. TABULA. VIDĒJAIS IEDZĪVOTĀJU SKAITS VECUMA GRUPĀS LATVIJĀ 2005. – 2011. GADĀ GRUPĀS AR 5 GADU INTERVĀLU **82**

## 1. Iedzīvotāju psihiskā veselība

Psihiskā veselība ir labklājības stāvoklis, kurā indivīds apzinās savas iespējas, spēj pārvarēt ikdienas dzīves stresu, produktīvi strādāt un dot ieguldījumu kopienā (WHO, 2001).

Gadu gaitā vairākkārt pētīti psihisko veselību ietekmējošie faktori ne tikai, lai izzinātu psihisko slimību attīstības mehānismus, bet arī lai noskaidrotu veidus un iespējas veicināt psihisko veselību un mazināt kaitīgo faktoru ietekmi.

Psihisko veselību, līdzīgi kā veselību kopumā, nosaka sociālo, psiholoģisko un bioloģisko faktoru savstarpējā mijiedarbība. Viens no pierādījumiem šai sakarībai ir psihisko saslimšanu risks, kas gan attīstītajās, gan attīstības valstīs ir saistīts ar nabadzību - zemu izglītības līmeni, sliktiem dzīves apstākļiem un zemiem ienākumiem. Augstāks psihiskās veselības traucējumu risks ir arī tai sabiedrības daļai, kura pakļauta tādiem negatīvi ietekmējošiem faktoriem kā nedrošība un bezpalīdzība, strauja sociālās situācijas maiņa, kā arī vardarbība un slikta somatiskā veselība. Psihiskā veselība visos dzīves posmos ir saistīta arī ar noteiktu uzvedību. Pierādījumi liecina, ka tie paši sociālie riska faktori, kuri saistīti ar psihiskajām slimībām, var būt saistīti arī ar alkohola, narkotiku lietošanu un noziedzību. Sociālo un citu riska faktoru summēšanās situāciju pasliktina, piemēram, bezdarbs var būt par iemeslu depresijai, kura var novest pie alkohola un narkotiku lietošanas, kuru iespaidā cilvēks var gūt traumu ceļu satiksmes negadījumā, kuras sekas, savukārt, var būt funkcionēšanas traucējumi vai nespēja un vispārējs darba spēju zaudējums. (WHO, 2004)

Līdzīgi kā uzlabojumi sabiedrības sirds veselībā vairāk ir saistīti ar smēķēšanas ierobežošanu un veselīga uztura politiku nevis ar specifisku medikamentu vai medicīnisko tehnoloģiju pielietošanu, pētījumos konstatēts ka arī psihisko veselību iespējams pozitīvi ietekmēt, piemēram, uzlabojot psihoemocionālo vidi, veicinot izglītību un nodrošinot bērna aprūpi (WHO, 2004).

Šie fakti liecina, ka psihiskās veselības veicināšanai nepieciešama mutlisektoriāla rīcība.

## 1.1. Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemtie pacienti

2011. gadā Latvijā notika pēc kārtas desmitā tautas skaitīšana kopš Latvijas valsts izveidošanas. Ar tās palīdzību tika iegūti precizēti dati par iedzīvotāju skaitu Latvijā, tomēr tā radīja arī pārrāvumu datu sērijās, proti, 2011. gadā aprēķinātie saslimstības, noteiktu slimību un stāvokļu izplatības rādītāji vairs nebija korekti salīdzināmi ar līdzīgiem rādītājiem iepriekšējos gados. Lai salīdzināšanu tomēr padarītu iespējamu, Centrālā statistikas pārvalde ir publicējusi pārrēķinātos, pagaidām provizoriskos demogrāfiskās statistikas datus par 2001. - 2010. gadu. Ņemot vērā, ka jau šobrīd ir būtiski zināt aktuālāko iespējamo informāciju un salīdzinājumu ar iepriekšējiem gadiem, visi rādītāji uz 100 000 iedzīvotāju šajā Ziņojumā rēķināti pēc 2011. gada reālā iedzīvotāju skaita un provizoriskā iedzīvotāju skaita 2001. - 2010. gadā. Ziņojumā par 2012. gadu provizoriskie dati tiks aizstāti ar aktuālajiem datiem, tomēr tas, domājams, neizraisīs būtiskas izmaiņas aktuālajās tendencēs.

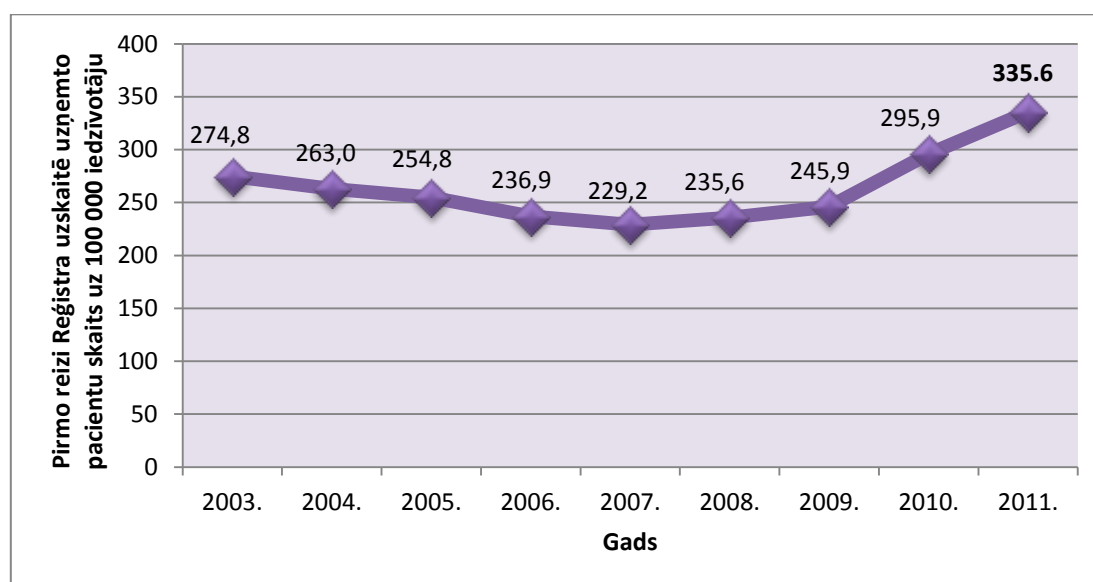
Analizējot Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (turpmāk tekstā – Reģistrs) datus, pēdējos gados vērojama pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu skaita palielināšanās (skatīt. 1. attēlu) - 2011. gadā uzskaitē uzņemti 6 908 pacienti, kas ir par 11,3% vairāk nekā 2010. gadā.

Saskaņā ar „Pacienta kartes par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem aizpildīšanas un nosūtīšanas vadlīnijām”, datus Reģistram sniedz ambulatorās un stacionārās ārstniecības iestādes, kā arī ārstu prakses, kurās psihisko un uzvedības traucējumu gadījumos tiek nodrošināti ārstniecības pakalpojumi pacientiem, vēršoties pirmo reizi vai atkārtoti. Pacientus iekļauj Reģistrā pēc sekojošiem kritērijiem:

- ja sertificēts ārsts – psihiatrs diagnosticē psihiskus vai uzvedības traucējumus un kodē tos atbilstoši SSK-10;
- ja sertificēts ārsts - psihiatrs uzskata, ka, sakarā ar diagnosticētajiem psihiskās vai uzvedības traucējumiem, pacientiem vismaz tuvāko trīs mēnešu laikā būs nepieciešams regulāri (vismaz reizi mēnesī) apmeklēt ārstu un saņemt ārstēšanu;
- jābūt realizētiem abiem iepriekš minētajiem kritērijiem

Tas nozīmē, ka Reģistrā tiek iekļauti dati par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kuri ārstam psihiatram nerada šaubas<sup>1</sup>, kodējot diagnozi saskaņā ar SSK 10, un kuriem tuvākajā laikā nepieciešama regulāra aprūpe. Pilnīgāka priekšstata gūšanai nepieciešams izvērtēt arī datus no Nacionālā veselības dienesta datubāzes, kuros papildus varētu atspoguļoties dati par pacientiem robežstāvokļu gadījumos, kurus diagnosticē, piemēram, ģimenes ārsts. Vēl precīzākas informācijas un vispārīgāku rezultātu iegūšanas nolūkā būtu jāveic primāro datu vākšana noteiktu pētījumu ietvaros, lai to salīdzinātu ar informāciju, kura iegūta apstrādājot un analizējot jau minētos Reģistra un Nacionālā veselības dienesta datubāzes sekundāros datus.

1. attēls. Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemtie pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem dinamikā (uz 100 000 iedzīvotāju) Latvijā



\* Jāņem vērā, ka rādītāji par 2003. – 2010. gadu aprēķināti balstoties uz CSP aprēķināto provizorisko iedzīvotāju skaitu (dati uz 16.10.2012.)

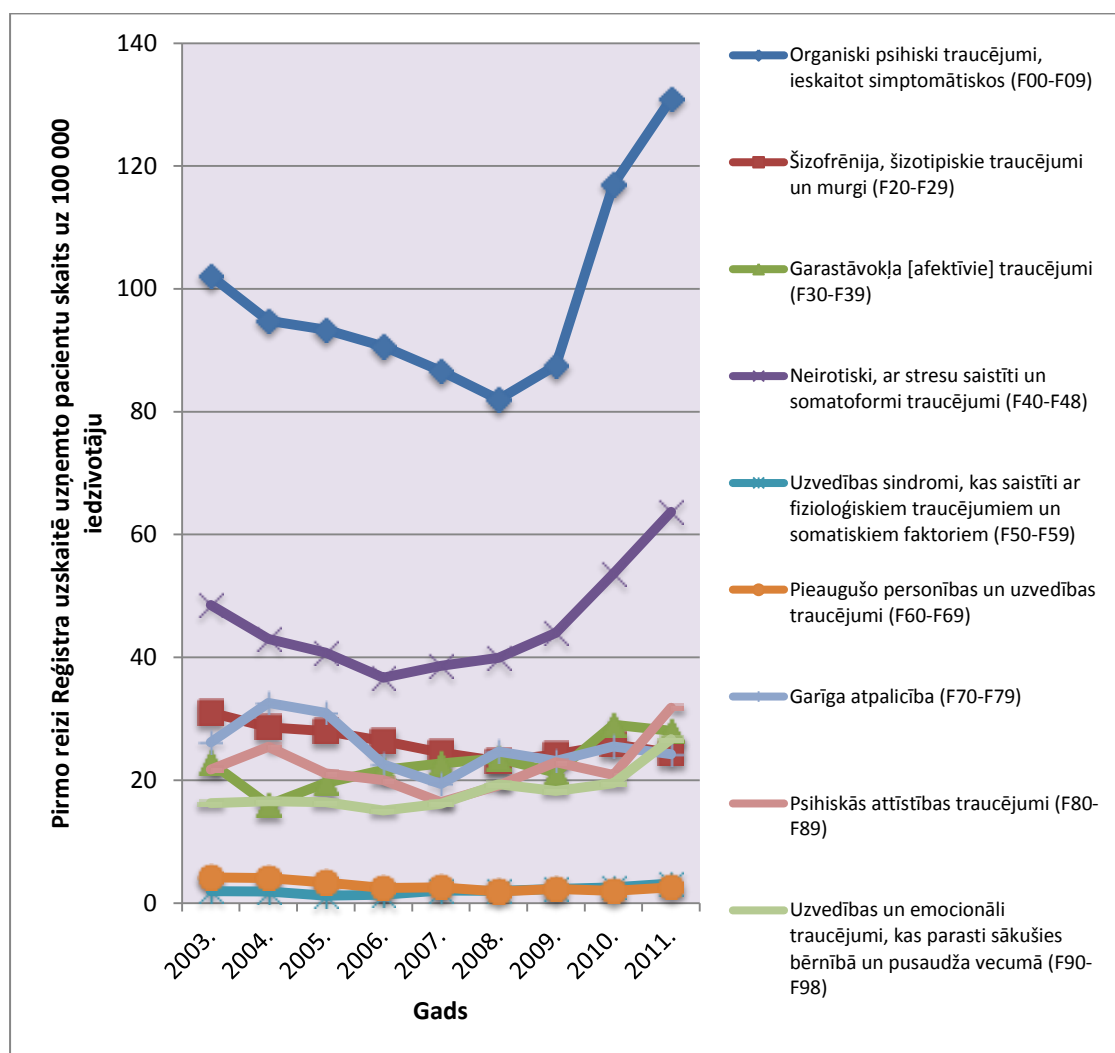
Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

Reģistra dati liecina par pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu skaita palielināšanās tendenci 2011. gadā vairākās SSK 10 V nodaļas „Psihiski un uzvedības traucējumi” diagnožu grupās (skatīt. 2. attēlu).

<sup>1</sup> Jāņem vērā, ka ārstam, kurš atbildīgs par pacienta ārstēšanu, katrā veselības aprūpes epizodē ierakstam jāizvēlas galvenā patoloģija un secīgi jebkuri citi patoloģiskie stāvokļi. Šī informācija sistemātiski sakārtojama, izmantojot ierakstu veikšanas standartmetodes. Pienācīgi aizpildīts ieraksts ir absolūti nepieciešams kvalitatīva ārstniecības pakalpojuma procesa nodrošināšanai un ir izšķirošs epidemioloģisko un citu datu avots saslimstības un veselības aprūpes problēmu izpētei.

Lielākoties pieaugums veidojies uz organisku psihisku traucējumu (ieskaitot simptomātiskos) (diagnožu grupa F00-F09) un neirotisku, ar stresu saistītu un somatoformu traucējumu (diagnožu grupa F40-F48) rēķina, jo šajās diagnožu grupās rādītāji palielinājušies visstraujāk. Mazāk izteikts pieaugums 2011. gadā vērojams uzvedības un emocionāliem traucējumiem, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā (diagnožu grupa F90-F98), psihiskās attīstības traucējumiem (diagnožu grupa F80-F89) pieaugušo personības un uzvedības traucējumiem (diagnožu grupa F60-F69) un uzvedības sindromiem, kas saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem un somatiskiem faktoriem (diagnožu grupa F50-F59).

2. attēls. Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemtie pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem diagnožu grupās dinamikā Latvijā uz 100 000 iedzīvotāju



\* Jāņem vērā, ka rādītāji par 2003. – 2010. gadu aprēķināti balstoties uz CSP aprēķināto provizorisko iedzīvotāju skaitu (dati uz 16.10.2012.)

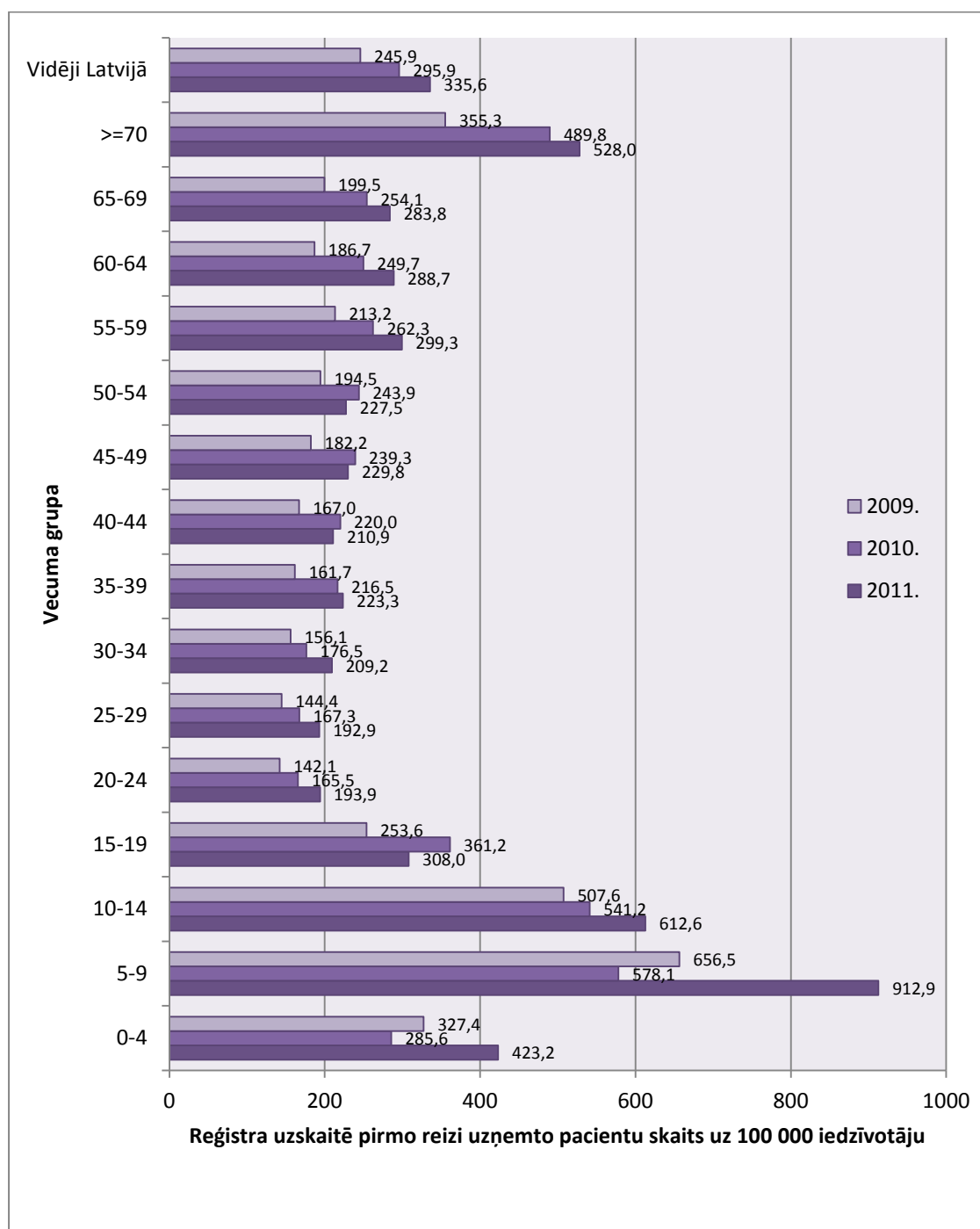
Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

Pieaudzis arī ambulatoro apmeklējumu un hospitalizāciju skaits pacientiem, kuriem diagnosticēti psihiski un uzvedības traucējumi (skatīt 4.1. un 4.2. apakšnodaļas). Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu skaita pieaugumu daļēji varētu skaidrot ar Slimību profilakses un kontroles centra sistemātiskā darba rezultātiem Reģistra darbības uzlabošanā, jo 2011. gadā nedaudz palielinājies to ārstniecības iestāžu skaits, kuras iesniedz datus Reģistram, kā arī palielinājies to iestāžu īpatsvars, kas Reģistram datus sniedz tiešsaistē. Iepriekš dažām iestādēm bija nepieciešams ilgāks laika periods, lai nodrošinātu atbilstošu tehnisko aprīkojumu (datoru ar internetu), kā arī pilnveidotu darbinieku iemaņas darbam ar elektronisko informācijas sistēmu „PREDA”.

Visvairāk pacientu, kuri uzņemti Reģistra uzskaitē, ir vecuma grupās no 0 līdz 14 un vecāki par 70 gadiem (skatīt. 3. attēlu). Šāda situācijas vērojama, jo bērnu vecumā pirmo reizi tiek atklāti tādi psihiskie un uzvedības traucējumi kā garīgā atpalcība (diagnožu grupa F70-F79), psihiskās attīstības traucējumi (diagnožu grupa F80-F89) un uzvedības un emocionālie traucējumi, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā (diagnožu grupa F90-F98). 2011. gadā vislielākais rādītāju kāpums - teju 58% salīdzinājumā ar 2010. gada rādītājiem novērojams bērnu vecuma grupā no 5 līdz 9 gadiem. Domājams, ka viens no iemesliem tik straujam kāpumam varētu būt uzlabojumi gadījumu reģistrēšanā, jo atsevišķās ārstniecības iestādes 2011. gadā reģistrēts izteikti lielāks pacientu skaits nekā 2010. gadā, turpretī pārējās iestādēs šī pieauguma tendence ir mērena. Pacientu skaita palielināšanās vecuma grupā pēc 70 gadu vecuma varētu būt saistīta ar Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu pieaugumu organisku psihisko traucējumu gadījumos, kuri raksturīgāki gados vecākiem cilvēkiem.



3. attēls. Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemtie pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem uz 100 000 iedzīvotāju vecuma grupās 2009., 2010. un 2011. gadā Latvijā



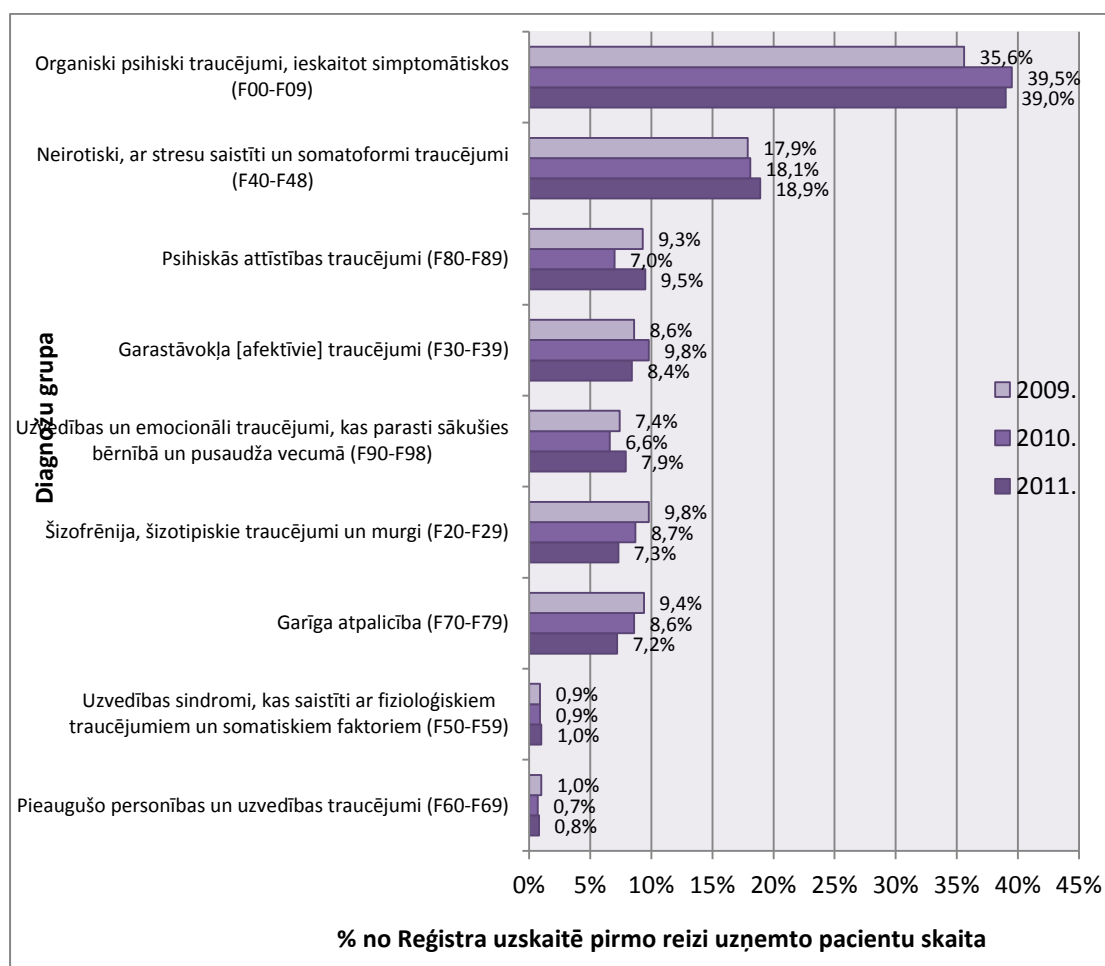
\* Jāņem vērā, ka rādītāji par 2009. – 2010. gadu aprēķināti balstoties uz CSP aprēķināto provizorisko iedzīvotāju skaitu (dati uz 16.10.2012.)

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību kontroles un profilakses centrs

Nelielas izmaiņas novērojamas pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu īpatsvara sadalījumā diagnožu grupās – kopš 2009. gada kopējā struktūrā turpinājis samazināties pacientu īpatsvars ar šizofrēniju,

šizotipiskajiem traucējumiem un murgiem (diagnožu grupa F20-F29), kā arī ar garīgo atpalcību (diagnožu grupa F70-F79), bet 2011. gadā palielinājies Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu īpatsvars ar neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (diagnožu grupa F40-F48), psihiskās attīstības traucējumiem (F80-F89), uzvedības un emocionālajiem traucējumiem, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā (diagnožu grupa F90-F98) un uzvedības sindromiem, kas saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem un somatiskiem faktoriem (diagnožu grupa F50-F59) (skatīt 4. attēlu).

4. attēls. Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem procentuālais sadalījums diagnožu grupās Latvijā 2009., 2010. un 2011. gadā

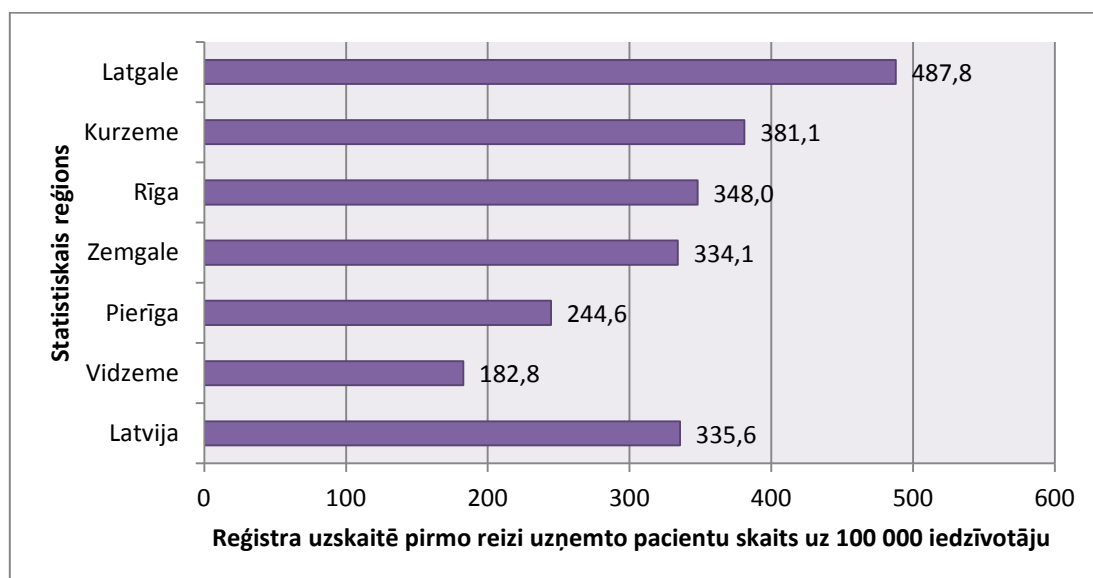


Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

Reģions ar visaugstākajiem pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu rādītājiem ir Latgale (skatīt 5. attēlu), bet viszemākie rādītāji vērojami

Vidzemē. Kopumā Latvijas vidējais rādītājs pārsniegts trijos statistiskajos reģionos – Latgalē, Kurzemē un Rīgā.

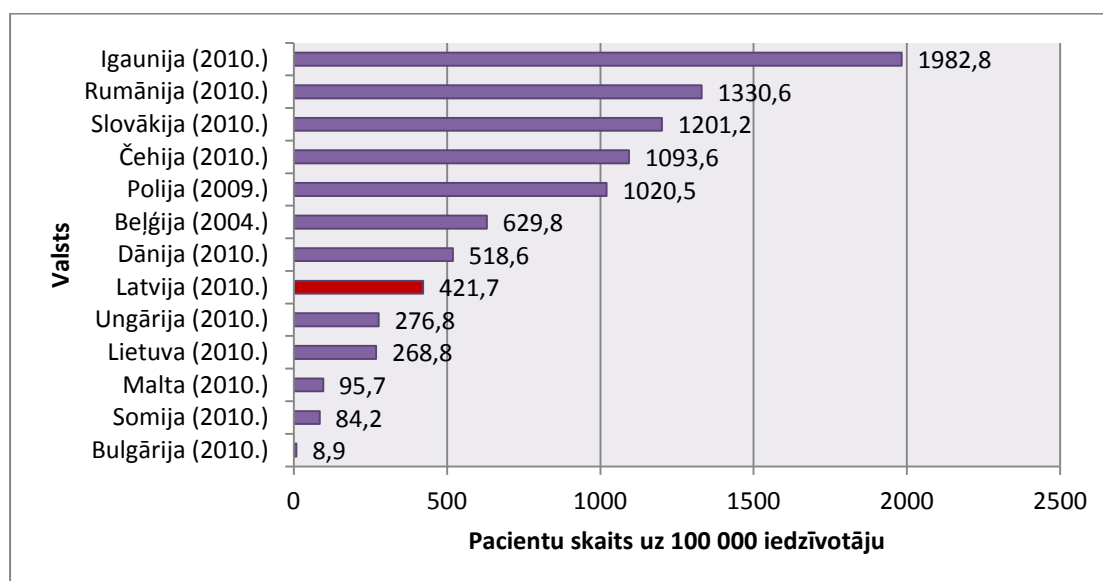
5. attēls. Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem skaita sadalījums pa statistiskajiem reģioniem uz 100 000 iedzīvotāju 2011. gadā



Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

Pasaules Veselības organizācijas (turpmāk tekstā PVO) Eiropas reģionālā biroja HFA datubāzē jaunākā pieejamā informācija liecina, ka pēc saslimstības rādītāja „Pirmreizējie pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (F00-F99) uz 100 000 valsts iedzīvotāju 13 ES valstīs” Latvija atrodas astotajā vietā no 13 valstīm par kurām pieejama informācija (skatīt. 6. attēlu). Interpretējot šo rādītāju, jāņem vērā trīs aspekti - pirmkārt, atbilstoši PVO vienotajai metodoloģijai, HFA datubāzē atspoguļoti kopējie dati par visām SSK 10 V nodaļas (diagnožu grupa F00-F99) diagnozēm, iekļaujot gan datus Reģistra, gan datus no „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par narkoloģiskajiem pacientiem un personām, kuras lieto atkarību izraisošas vielas”, otrkārt, dažādās valstīs pastāv atšķirības izmantotajos sekundāro datu avotos, bet treškārt Reģistrā netiek iekļauta informācija par tādiem psihiskiem traucējumiem, kuri uzskatāmi par robežstāvokļiem un kurus diagnosticē, piemēram, ģimenes ārsts (skatīt arī 13. lpp.).

6. attēls. Pirmreizējie pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (F00-F99) uz 100 000 valsts iedzīvotāju 13 ES dalībvalstīs



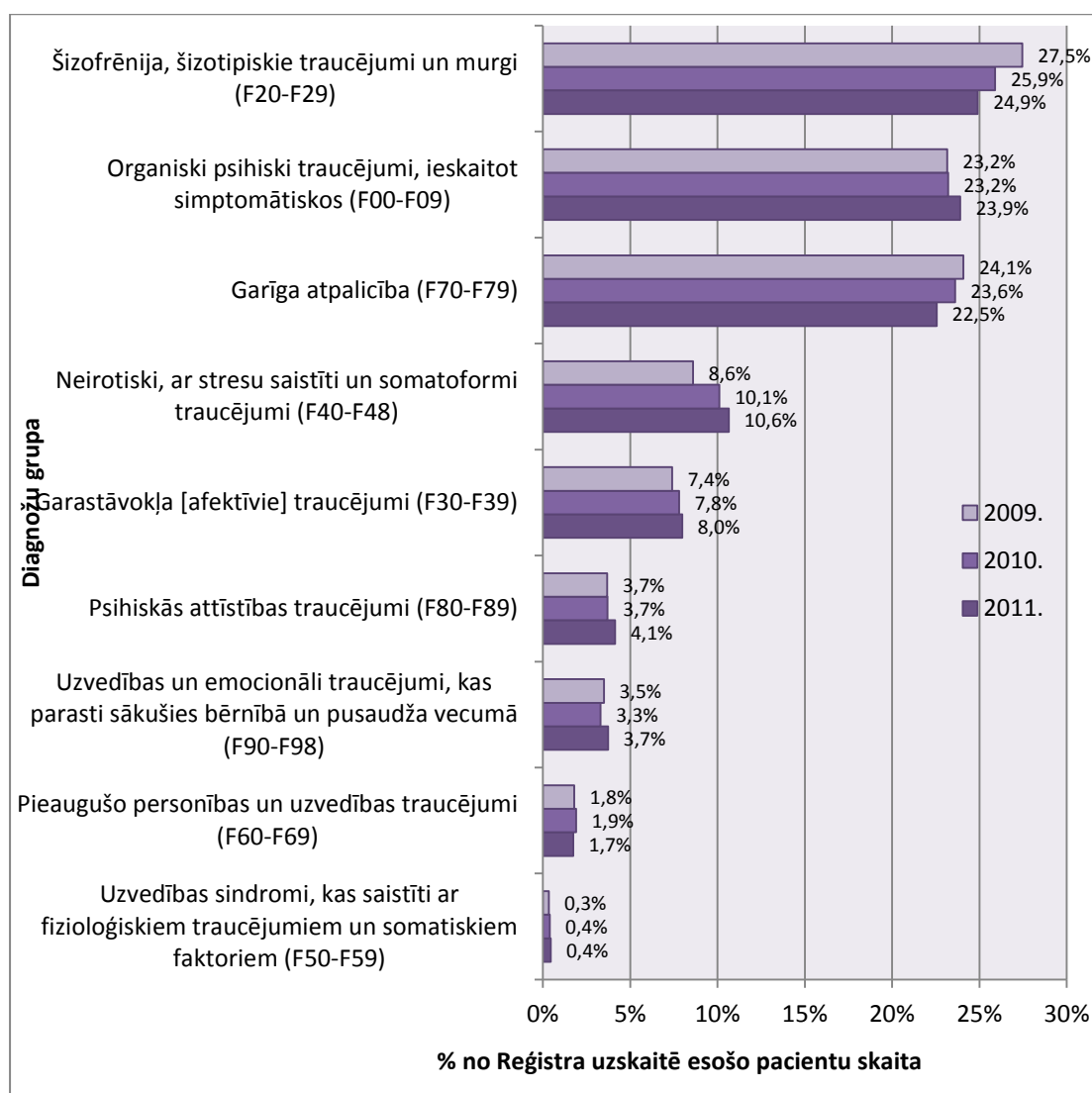
Avots: PVO HFA datubāze (skatīts 20.06.2012.)

## 1. 2. Psihisko un uzvedības traucējumu izplatība

2011. gada beigās Latvijā Reģistra uzskaitē atradās 76 756 personas ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kas atbilst 3,7% no Latvijas populācijas.

Ja analizējam Reģistra uzskaitē esošo pacientu procentuālo sadalījumu diagnožu grupās, tad redzams, ka vairums pacientu (71,3%) reģistrēti ar tādām hroniskām slimībām kā šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (diagnožu grupa F20-F29), organiski psihiski traucējumi (diagnožu grupa F00-F09) un garīgā atpalcība (diagnožu grupa F70-F79), turklāt organiski psihiski traucējumi, kas 2009. un 2010. gados bija trešie izplatītākie, 2011. gadā kļuva otrie (skatīt 7. attēlu). Trīs analizēto gadu laikā kopējā reģistrēto pacientu kopskaitā pakāpeniski pieaudzis neirotisko, ar stresu saistīto un somatoformo traucējumu (diagnožu grupa F40-F48) un garastāvokļa (afektīvo) traucējumu (diagnožu grupa F30-F39) īpatsvars.

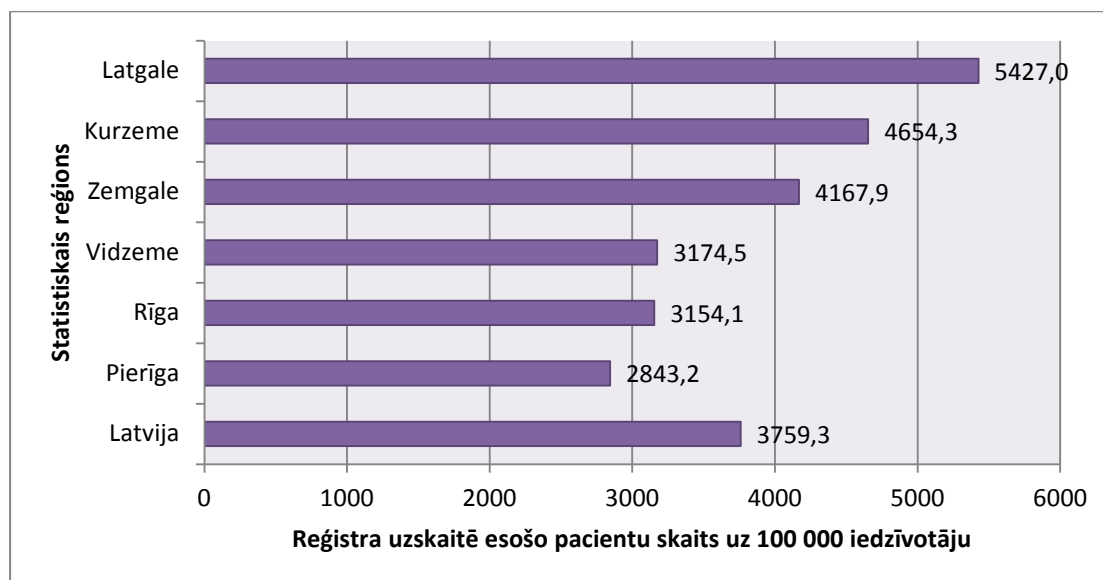
7. attēls. Reģistra uzskaitē esošo pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem procentuālais sadalījums diagnožu grupās Latvijā 2009., 2010. un 2011. gadā



Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

Reģionu izvietojums pēc Reģistra uzskaitē esošo pacientu rādītājiem nav būtiski mainījies (skatīt 8. attēlu) – arī 2011. gadā visaugstākie rādītāji vērojami Latgalē, bet viszemākie – Pierīgā, bet Latvijas vidējais rādītājs pārsniegts Latgalē, Kurzemē un Zemgalē.

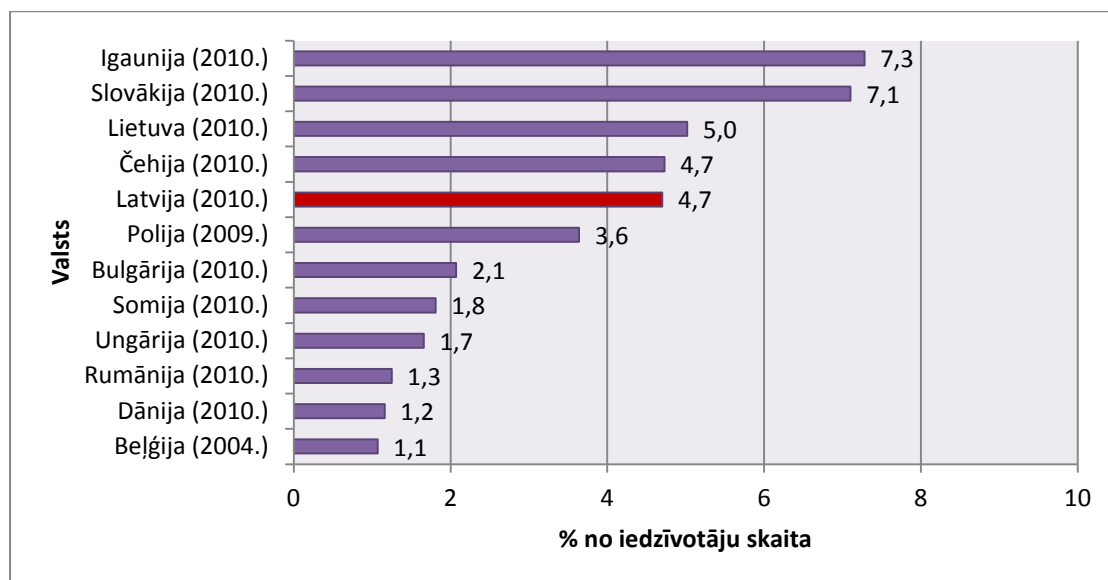
8. attēls. Reģistra uzskaitē esošo pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem skaita sadalījums pa statistiskajiem reģioniem uz 100 000 iedzīvotāju 2011. gadā



Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

Analizējot situāciju Latvijā kopstatā ar citām Eiropas Savienības valstīm pēc HFA datubāzē pieejamās informācijas jāsecina, ka Latvija 12 ES valstu starpā ir ceturtajā/piektajā vietā pēc Reģistrēto pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem īpatsvara populācijā (skatīt 9. attēlu). Diemžēl šajā datubāzē informācija pieejama tikai par 12 ES valstīm un jāņem vērā, ka rādītājs ietver datus arī par „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par narkoloģiskajiem pacientiem un personām, kuras lieto atkarību izraisošas vielas” uzskaitē esošajiem pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ (diagnožu grupa F10-F19).

9. attēls. Reģistrēto pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (F00-F99) īpatsvars (%) 12 ES dalībvalstu iedzīvotāju vidū



Avots: PVO HFA datubāze (skatīts 22.08.2012.)

1. tabulā, savukārt, redzams pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto un Reģistra uzskaitē esošo pacientu skaits diagnožu grupās un ar noteiktām diagnozēm 2009., 2010. un 2011. gadā. Ar sarkanu krāsu atzīmēts pacientu skaita pieaugums, salīdzinot ar 2010. gadu, ar dzeltenu krāsu - nemainīgs pacientu skaits, bet ar zaļu – pacientu skaita samazinājums, salīdzinot ar 2010. gadu, ar attiecīgo diagnozi vai attiecīgajā diagnožu grupā.

1. tabula. Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto un Reģistra uzskaitē esošo pacientu sadalījums pēc diagnozēm 2009., 2010. un 2011. gadā

Skaidrojums	Kods	2009		2010		2011	
		Uzskaitē esošie	Uzskaitē uzņemtie	Uzskaitē esošie	Uzskaitē uzņemtie	Uzskaitē esošie	Uzskaitē uzņemtie
Alcheimera demence	F00	122	40	171	64	217	84
Vaskulāra demence	F01	1271	393	1313	491	1496	560
Demence citu citur klasificētu slimību dēļ	F02	2326	188	2258	252	2364	239
Neprecizēta demence	F03	121	18	119	20	120	29
Organisks amnetisks sindroms, ko nav izraisījis alkohols vai citas psihoaktīvas vielas	F04	51	6	56	13	66	20
Delīrijs, ko nav izraisījis alkohols vai citas psihoaktīvas vielas	F05	211	53	204	52	195	41
Citi psihiski traucējumi, kas rodas smadzeņu bojājuma un disfunkcijas vai somatiskas slimības dēļ	F06	5337	736	5805	958	6605	1071
<i>Organiskā halucinoze</i>	<i>F06.0</i>	382	69	397	71	453	92
<i>Organiski katatoni traucējumi</i>	<i>F06.1</i>	6	1	5	1	5	0
<i>Organiski [šizofrēnijai līdzīgi] murgi</i>	<i>F06.2</i>	651	79	679	100	733	103
<i>Organiski garastāvokļa [afektīvi] traucējumi</i>	<i>F06.3</i>	1475	215	1628	292	1968	363
Personības un uzvedības traucējumi smadzeņu slimības, bojājuma vai disfunkcijas dēļ	F07	6697	442	6837	604	7258	652
<i>Organiski personības traucējumi</i>	<i>F07.0</i>	3906	212	3900	258	4070	274
Šizofrēnija	F20	16110	301	15174	314	15479	284
<i>Paranoīda šizofrēnija</i>	<i>F20.0</i>	11887	238	11393	248	11605	226
<i>Hebefrēna šizofrēnija</i>	<i>F20.1</i>	104	0	90	1	94	1
<i>Katatona šizofrēnija</i>	<i>F20.2</i>	69	1	69	0	71	2
<i>Nediferencēta šizofrēnija</i>	<i>F20.3</i>	676	9	621	5	630	15
<i>Postšizofrēniska depresija</i>	<i>F20.4</i>	105	0	96	0	88	1

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs



1. tabula (turpinājums). Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto un Reģistra uzskaitē esošo pacientu sadalījums pēc diagnozēm 2009., 2010. un 2011. gadā

Skaidrojums	Kods	2009		2010		2011	
		Uzskaitē esošie	Uzskaitē uzņemtie	Uzskaitē esošie	Uzskaitē uzņemtie	Uzskaitē esošie	Uzskaitē uzņemtie
<i>Reziduāla šizofrēnija</i>	<i>F20.5</i>	629	4	581	2	564	5
<i>Vienkārša šizofrēnija</i>	<i>F20.6</i>	798	12	729	12	756	9
<i>Cita veida šizofrēnija</i>	<i>F20.8</i>	1769	32	1513	38	1580	22
Šizotipiski traucējumi	F21	1030	33	1085	46	1112	32
Persistējoši murgi	F22	246	13	260	19	260	16
Akūti un transitoriski psihotiski traucējumi	F23	956	148	1247	135	1314	150
Šizoafektīvi traucējumi	F25	783	18	916	25	920	17
Maniakāla epizode	F30	39	3	47	6	42	4
Bipolāri afektīvi traucējumi	F31	497	15	545	41	562	22
Depresīva epizode	F32	1607	202	1836	268	2004	290
<i>Vieglas depresijas epizode</i>	<i>F32.0</i>	457	42	497	43	522	53
<i>Vidēji smagas depresijas epizode</i>	<i>F32.1</i>	1012	149	1171	212	1291	207
<i>Smagas depresijas epizode bez psihotiskiem simptomiem</i>	<i>F32.2</i>	42	3	53	6	60	12
<i>Smagas depresijas epizode ar psihotiskiem simptomiem</i>	<i>F32.3</i>	43	2	59	3	66	11
Rekurenti depresīvi traucējumi	F33	2457	204	2615	259	2902	227
<i>Rekurenti depresīvi traucējumi, pašreiz viegla epizode</i>	<i>F33.0</i>	278	13	278	17	304	20
<i>Rekurenti depresīvi traucējumi, pašreiz vidēji smaga epizode</i>	<i>F33.1</i>	1969	178	2098	231	2349	189
<i>Rekurenti depresīvi traucējumi, pašreiz smaga epizode bez psihotiskiem simptomiem</i>	<i>F33.2</i>	52	5	63	3	61	4
<i>Rekurenti depresīvi traucējumi, pašreizējā epizode smaga ar psihotiskiem simptomiem</i>	<i>F33.3</i>	52	3	61	3	63	3
Persistējoši garastāvokļa [afektīvi] traucējumi	F34	545	24	545	29	554	28
Fobiska trauksmainība	F40	146	17	177	29	198	30

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

1. tabula (turpinājums). Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto un Reģistra uzskaitē esošo pacientu sadalījums pēc diagnozēm 2009., 2010. un 2011. gadā

Skaidrojums	Kods	2009		2010		2011	
		Uzskaitē esošie	Uzskaitē uzņemtie	Uzskaitē esošie	Uzskaitē uzņemtie	Uzskaitē esošie	Uzskaitē uzņemtie
Cita veida trauksme	F41	811	121	1032	171	1171	198
<i>Panika [epizodiska paroksismāla trauksme]</i>	<i>F41.0</i>	186	35	233	39	281	57
Obsesīvi kompulsīvi traucējumi	F42	74	11	86	13	92	13
Reakcija uz smagu stresu un adaptācijas traucējumi	F43	3083	561	3730	609	4200	722
<i>Akūta stresa reakcija</i>	<i>F43.0</i>	216	23	233	17	243	24
<i>Posttraumatiskais stresa sindroms</i>	<i>F43.1</i>	100	12	118	11	120	16
<i>Adaptācijas traucējumi</i>	<i>F43.2</i>	2739	523	3349	577	3805	680
Disociatīvi [konversijas] traucējumi	F44	86	13	113	21	126	15
Somatoformi traucējumi	F45	1023	167	1305	222	1516	272
<i>Somatizācija</i>	<i>F45.0</i>	49	6	65	12	82	18
Citi neirotiski traucējumi	F48	770	53	848	60	865	61
<i>Neirastēnija</i>	<i>F48.0</i>	393	24	435	24	452	27
Ēšanas traucējumi	F50	88	23	99	21	109	17
Neorganiski miega traucējumi	F51	109	24	141	32	182	44
Specifiski personības traucējumi	F60	1137	44	1227	39	1229	43
<i>Paranoīda personība</i>	<i>F60.0</i>	35	1	36	0	38	3
<i>Šizoīda personība</i>	<i>F60.1</i>	75	2	84	3	81	5
<i>Asociāla personība</i>	<i>F60.2</i>	66	4	75	3	73	2
<i>Emocionāli nestabila personība</i>	<i>F60.3</i>	504	22	551	19	573	25

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

1. tabula (turpinājums). Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto un Reģistra uzskaitē esošo pacientu sadalījums pēc diagnozēm 2009., 2010. un 2011. gadā

Skaidrojums	Kods	2009		2010		2011	
		Uzskaitē esošie	Uzskaitē uzņemtie	Uzskaitē esošie	Uzskaitē uzņemtie	Uzskaitē esošie	Uzskaitē uzņemtie
Paradumu un dziņu traucējumi	F63	3	0	7	1	0	0
Viegla garīga atpalcība	F70	9479	317	9605	368	9828	370
<i>Uzvedības pārmaiņu nav, vai tās ir minimālas</i>	<i>F70.0</i>	6434	185	6409	219	6486	228
<i>Būtiskas uzvedības pārmaiņas, kas prasa uzmanīšanu vai ārstēšanu</i>	<i>F70.1</i>	2475	121	2594	131	2738	128
<i>Citas uzvedības pārmaiņas</i>	<i>F70.8</i>	224	7	234	3	231	2
<i>Bez norādes par uzvedības pārmaiņām</i>	<i>F70.9</i>	342	3	356	9	353	4
Vidēji smaga garīga atpalcība	F71	4635	93	4730	100	4817	88
Smaga garīgā atpalcība	F72	1929	43	1913	36	1923	19
Dziļa garīga atpalcība	F73	605	25	596	21	590	14
Cita veida garīga atpalcība	F78	22	0	23	2	22	1
Neprecizēta garīga atpalcība	F79	123	18	135	8	127	7
Specifiski runas un valodas attīstības traucējumi	F80	746	181	793	170	1017	270
<i>Specifiski runas artikulācijas traucējumi</i>	<i>F80.0</i>	178	25	161	11	239	90
<i>Ekspresīvās valodas traucējumi</i>	<i>F80.1</i>	414	139	463	117	591	146
<i>Receptīvās valodas traucējumi</i>	<i>F80.2</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Iegūta afāzija ar epilepsiju(Landaua-Klefnera)</i>	<i>F80.3</i>	23	0	23	0	22	0
Specifiski mācīšanās iemaņu attīstības traucējumi	F81	1251	207	1254	172	1435	274
<i>Specifiski lasīšanas traucējumi</i>	<i>F81.0</i>	30	2	33	7	32	3
<i>Specifiski pareizrakstības traucējumi</i>	<i>F81.1</i>	10	3	9	0	10	3
<i>Specifiski aritmētisko iemaņu traucējumi</i>	<i>F81.2</i>	14	1	12	1	19	7

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

1. tabula (turpinājums). Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto un Reģistra uzskaitē esošo pacientu sadalījums pēc diagnozēm 2009., 2010. un 2011. gadā

Skaidrojums	Kods	2009		2010		2011	
		Uzskaitē esošie	Uzskaitē uzņemtie	Uzskaitē esošie	Uzskaitē uzņemtie	Uzskaitē esošie	Uzskaitē uzņemtie
<i>Jaukti mācīšanās iemaņu traucējumi</i>	<i>F81.3</i>	954	173	953	143	1129	232
Jaukti specifiski attīstības traucējumi	F83	205	46	220	42	253	48
Pervezīvi attīstības traucējumi	F84	350	58	411	52	453	61
<i>Bērnības autisms</i>	<i>F84.0</i>	58	6	68	11	85	14
<i>Atipisks autisms</i>	<i>F84.1</i>	66	13	86	8	93	10
<i>Reta sindroms</i>	<i>F84.2</i>	6	1	6	1	6	0
<i>Citi disintegratīvi traucējumi bērnībā</i>	<i>F84.3</i>	3	0	9	5	12	3
<i>Hiperaktīvi traucējumi, kas saistīti ar psihisku atpalcību un stereotipām kustībām</i>	<i>F84.4</i>	2	0	0	0	0	1
<i>Aspergera sindroms</i>	<i>F84.5</i>	6	0	8	1	15	2
Hiperkinētiski traucējumi	F90	839	150	857	143	1015	185
Uzvedības traucējumi	F91	595	49	499	55	526	64
<i>Uzvedības traucējumi ģimenes ietvaros</i>	<i>F91.0</i>	52	2	46	6	54	9
<i>Nesocializēti uzvedības traucējumi</i>	<i>F91.1</i>	162	13	133	14	146	21
<i>Socializēti uzvedības traucējumi</i>	<i>F91.2</i>	291	29	248	27	252	22
<i>Opozicionāri izaicinoši traucējumi</i>	<i>F91.3</i>	51	3	45	4	43	4
Jaukti uzvedības un emocionāli traucējumi	F92	532	129	574	131	746	174
Rauste	F95	121	14	116	18	137	24
Citi uzvedības un emociju traucējumi, kas parasti sākas bērnībā un pusaudža gados	F98	234	37	229	43	290	74
<i>Neorganiska enurēze</i>	<i>F98.0</i>	80	9	68	10	84	23
<i>Neorganiska enkoprēze</i>	<i>F98.1</i>	25	6	25	4	32	7

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

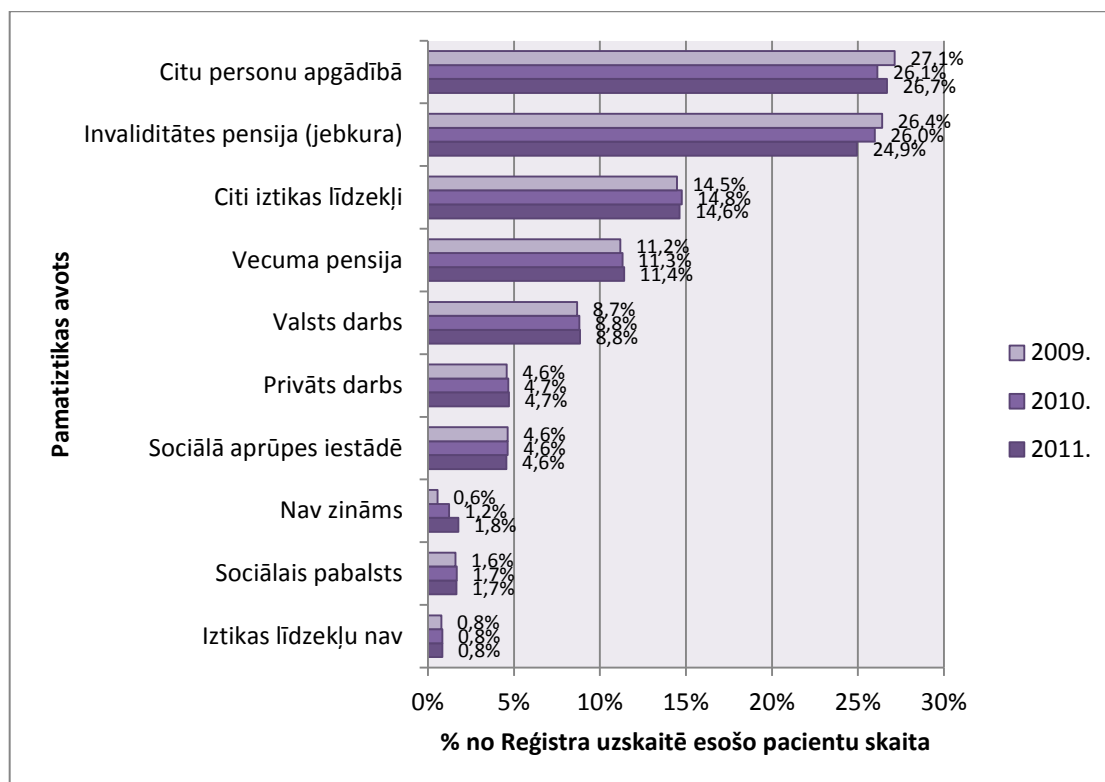
### 1.3. Pacientu sociālais raksturojums

Psihisko traucējumu slogs neietekmē visus sabiedrības slāņus vienmērīgi. Sabiedrības grupām, kuru rīcībā ir mazāk resursu (piemēram, cilvēki, kas dzīvo izteiktā nabadzībā) ir augstāks psihisko traucējumu risks jeb lielāka „ievainojamība”. Šiem cilvēkiem pastāv arī augstāks stigmatizācijas risks un viņi var sastapties arī ar citiem būtiskiem šķēršļiem adekvātas ārstēšanas saņemšanai. (WHO, 2003)

2012. gadā publicēts pētījums, kura ietvaros, izmantojot standartizētu anketu, respondentiem tika uzdoti jautājumi, lai noteiktu viņu zināšanas (uzskatus) par noteiktu psihisko traucējumu izraisītājiem, simptomiem, izplatību un ārstēšanu, savukārt ar tādu indikatoru kā izglītības līmenis, ieņemamais amats un ienākumu līmenis palīdzību tika noteikts arī šo personu sociālekonomiskais stāvoklis. Tika pierādīts, ka personas ar zemu SES ir mazāk informēti par depresijas, šizofrēnijas un ēšanas traucējumu simptomiem un izplatību, savukārt cilvēki ar augstu SES biežāk uzskata, ka medikamenti ir efektīvi depresijas un šizofrēnijas ārstēšanā un retāk sliecas domāt, ka psihisko traucējumu iemesls ir „vāja griba”. Pētījuma rezultātā secināts, ka nepieciešams realizēt papildus informatīvas kampaņas par psihisko slimību izraisītājiem, simptomiem, izplatību un ārstēšanas iespējām cilvēkiem ar zemu SES. (von dem Knesebeck et al., 2012)

2011. gadā nav būtiski mainījušies Reģistra uzskaitē esošo pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem pamatiztikas avoti (skatīt 10. attēlu) – joprojām lielākais pacientu īpatsvars (26,7%) atradās citu personu apgādībā, turklāt, šis rādītājs 2011. gadā nedaudz palielinājās. Nedaudz samazinājās to pacientu īpatsvars, kuru pamatiztikas avots ir invaliditātes pensija, tomēr šo pacientu skaits kopējā struktūrā joprojām saglabājas augsts (24,9%).

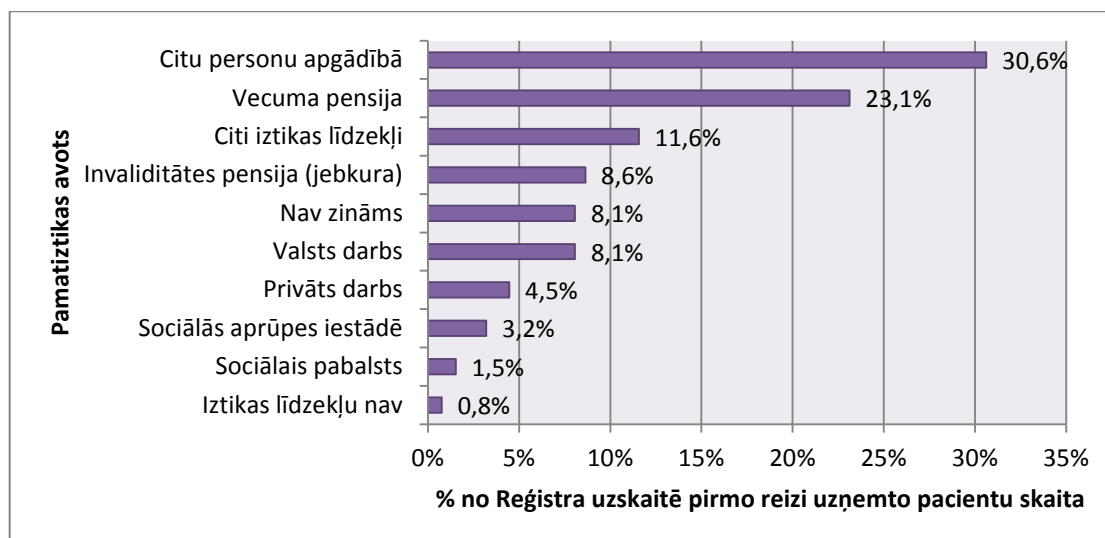
10. attēls. Reģistra uzskaitē esošo pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem pamatiztikas avoti Latvijā 2009., 2010. un 2011. gadā



Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

Ja analizējam pamatiztikas avotus 2011. gadā pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemtajiem pacientiem (skatīt 11. attēlu), tad jāsecina, ka arī šie cilvēki galvenokārt atradušies citu cilvēku apgādībā vai iztikuši no vecuma pensijas – šādi iztikas avoti norādīti vairāk nekā pusei (53,7%) uzskaitē uzņemto pacientu. Tik augsts īpatsvars, ticamāk, vērojams tādēļ, ka lielākais īpatsvars pacientu (39%) Reģistra uzskaitē uzņemti organisko psihisko traucējumu gadījumos (diagnožu grupa F00-F09), kuri biežāk raksturīgi vecāka gadagājuma cilvēkiem.

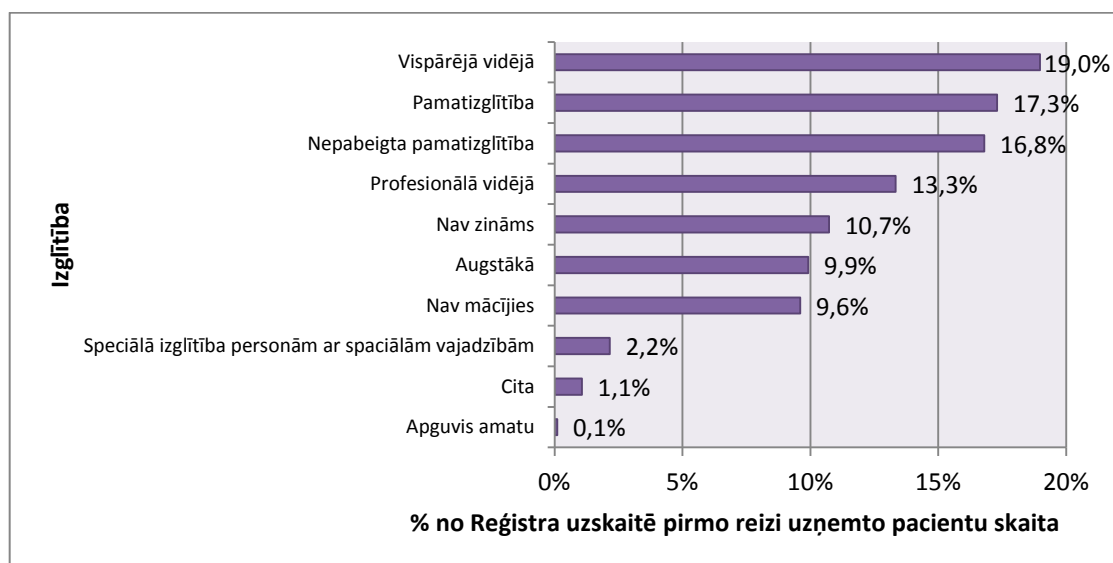
11. attēls. Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem pamatiztikas avoti Latvijā 2011. gadā



Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

Gandrīz katrs piektais no 2011. gadā pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemtajiem pacientiem bijis ar vispārējo vidējo izglītību, bet tikai katrs desmitais - ar augstāko izglītību, kas vedina hipotētiski domāt, ka zēmam izglītības līmenim ir iespējama negatīva korelācija ar iespējamību saslimt ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (skatīt 12. attēlu).

12. attēls. Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem izglītības līmenis 2011. gadā



Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

#### 1.4. Psihiskās veselības pētījumu dati

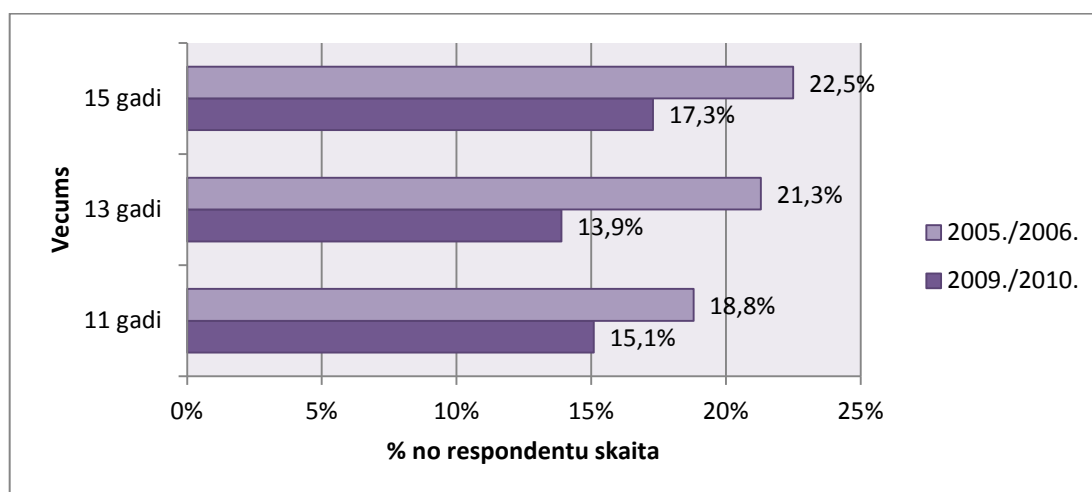
Novērtējot sabiedrības garīgo veselību, būtiski vadīties ne tikai pēc sekundārajiem statistikas datiem, bet analizēt arī populācijas pētījumu rezultātus. Rutīnas statistika visbiežāk atspoguļo jau konkrētus, diagnosticētus saslimšanas gadījumus, bet populāciju pētījumi ļauj plašāk un no iedzīvotāju redzespunkta novērtēt problēmas apjomus.

Iedzīvotāju psihisko veselību raksturojoši jautājumi iekļauti vairāku populācijas pētījumu anketās. 2011. gadā pieejami dati no pētījumiem, kuros iegūta informācija par atsevišķiem ar psihisko veselību saistītiem jautājumiem bērnu un jauniešu vidū – šeit jāmin Skolas vecuma bērnu veselības paradumu pētījums (*angliski – Health Behaviour among School-aged Children Study*) (turpmāk tekstā – HBSC), kurā starp vairākiem citiem veselību raksturojošiem indikatoriem pieejama informācija arī par 11, 13 un 15 gadus vecu skolēnu psihoemocionālo labklājību, Eiropas skolu projekts par alkoholu un citām atkarību izraisošajām vielām (*angliski - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) (turpmāk tekstā - ESPAD), kurā iegūti dati par Latvijas 15-16 gadus veco skolēnu t.s. pašnāvniecisko uzvedību un Pētījums par Latvijas 18-25 gadus veco jauniešu bērībā gūto nelabvēlīgo pieredzi.

Analizējot un salīdzinot Skolas vecuma bērnu veselības paradumu pētījuma rezultātus par 11, 13 un 15 gadus vecu skolēnu apmierinātību ar dzīvi 2009./2010. un 2005./2006. mācību gadā, vērojamas dažas pozitīvas tendences (skatīt 13. attēlu) – 2009./2010. mācību gadā samazinājies to aptaujāto skolēnu īpatsvars, kuri vērtē savu dzīvi kā sliktāko vai vissliktāko iespējamo – par 3,7 procentpunktiem vienpadsmit gadus veciem skolēniem, 7,4 procentpunktiem trīspadsmit gadus sasniegušajiem un 5,2 procentpunktiem piecpadsmit gadus veciem skolēniem, tomēr kopumā savu dzīvi kā sliktāko vai vissliktāko iespējamo vērtē 15,4% respondentu.



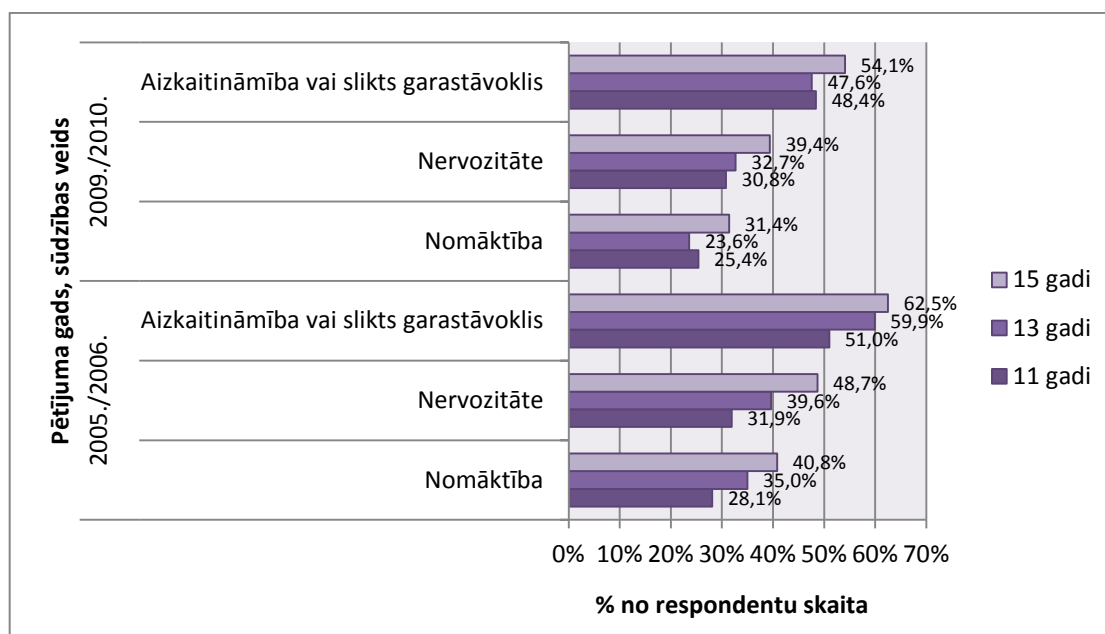
13. attēls. Skolēnu īpatsvars, kas vērtē savu dzīvi kā sliktāko vai vissliktāko iespējamo 2005./2006. un 2009./2010. mācību gadā vecuma grupās



Avots: Skolas vecuma bērnu veselības paradumu pētījumi (HBSC). Slimību profilakses un kontroles centrs

Izmaiņas notikušas arī salīdzinot datus par dažādām psihoemocionālās veselības sūdzībām – 2009./2010. mācību gadā visās analizētajās vecuma grupās samazinājies respondentu īpatsvars gan ar aizkaitināmību vai sliktu garastāvokli, gan nervozitāti un nomāktību (skatīt 14. attēlu). Salīdzinoši neliels īpatsvara kritums vērojams 11 gadus veciem skolēniem, turklāt pretēji 2005./2006. mācību gadā pētījumā novērotajai tendencei, samazinoties skolēnu vecumam samazināties psihoemocionālās veselības sūdzībām, 2009./2010. aptaujas gadā aizkaitināmību vai sliktu garastāvokli un nomāktību atzīmējuši nedaudz lielāks īpatsvars 11 nevis 13 gadus veco skolēnu. Trīs analizēto psihoemocionālo veselības sūdzību struktūra palikusi nemainīga – arī 2009./2010. aptaujas gadā joprojām dominē aizkaitināmība vai sliktu garastāvoklis pēc kura seko nervozitāte un nomāktība.

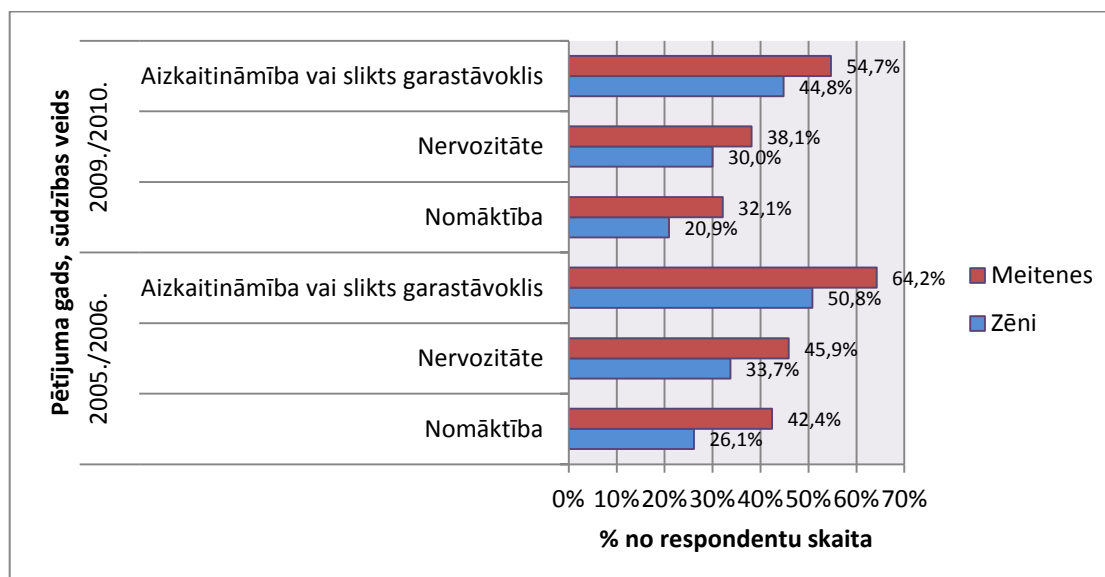
14. attēls. Psihoemocionālās veselības sūdzību īpatsvars vismaz reizi nedēļā 2005./2006. un 2009./2010. mācību gadā vecuma grupās



Avots: Skolas vecuma bērnu veselības paradumu pētījumi (HBSC). Slimību profilakses un kontroles centrs

Analizējot trīs iepriekš minētās psihoemocionālās veselības sūdzības dzimumu grupās, redzams, ka nedaudz samazinājušās atšķirības starp zēniem un meitenēm, tomēr joprojām vērojama tendence, ka meitenes šādas sūdzības atzīmējušas biežāk nekā zēni (skatīt 15. attēlu).

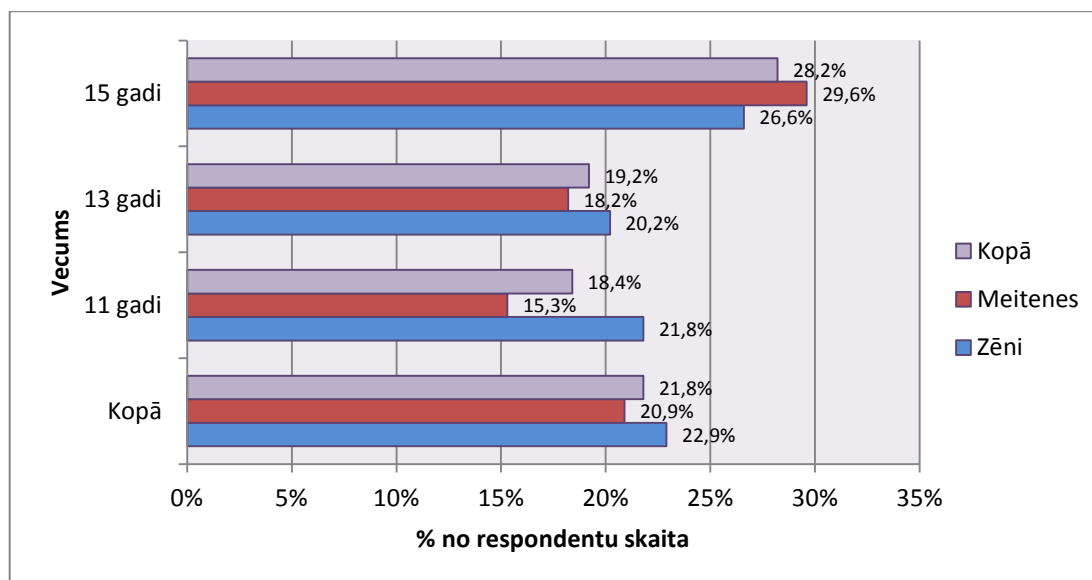
15. attēls. Psihoemocionālās veselības sūdzību īpatsvars vismaz reizi nedēļā 2005./2006. un 2009./2010. mācību gadā dzimumu grupās



Avots: Skolas vecuma bērnu veselības paradumu pētījumi (HBSC). Slimību profilakses un kontroles centrs

Izteiktu apgrūtinājumu un spriedzi mācīties gan skolā, gan mājās salīdzinoši visbiežāk izjutuši 15 gadus vecie skolēni (28,2%) un gandrīz katrs piektais 11 un 13 gadus vecais skolēns. Kopumā vērojama tendence, ka šādu apgrūtinājumu un spriedzi mācībās atzīmējušo īpatsvars pieaudzis līdz ar vecumu, lai gan 11 gadus veco zēnu vidū šādu apgrūtinājumu atzīmējušo respondentu īpatsvars (21,8%) bijis nedaudz augstāks nekā 13 gadus veco skolēnu grupā (20,2%), savukārt 15 gadus veco skolēnu grupa atšķiras no pārējām divām, jo izteiktu apgrūtinājumu un spriedzi mācīties izjutušas lielāks īpatsvars meiteņu (29,6%) nekā zēnu (26,6%) (skatīt 16. attēlu).

16. attēls. Respondentu īpatsvars, kuri ir izjutuši izteiktu apgrūtinājumu, spriedzi mācīties gan skolā, gan mājās 2009./2010. mācību gadā dzimumu un vecuma grupās

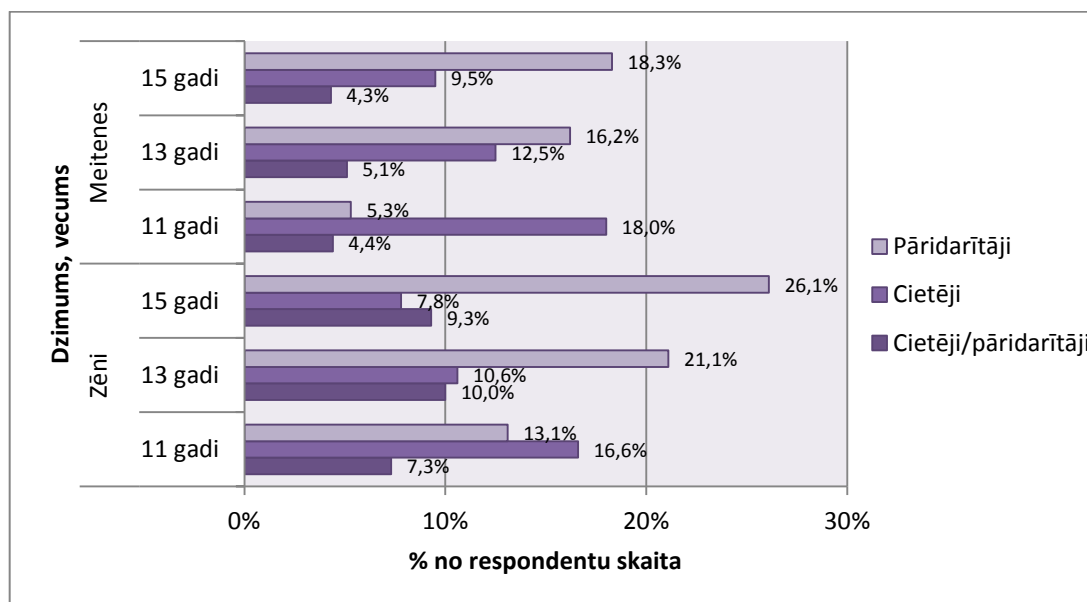


Avots: Skolas vecuma bērnu veselības paradumu pētījums (HBSC). Slimību profilakses un kontroles centrs

Pētījumos pierādīts, ka no ņirgāšanās cietušajiem skolēniem ir augstāks risks psihiskās veselības problēmām un traucējumiem – depresijai un trauksmei, kas noteiktos apstākļos var novest pat līdz pašnāvībai, iekšēja rakstura problēmām, sociālajai atstumtībai un grūtībām mācībās (sliktas sekmes, atskaitīšana), nespējai veidot draudzīgas attiecības, vientulībai, kavējumiem, psihosomatiskiem simptomiem un pat atkarību izraisošo vielu lietošanai. Ȋirgāšanās rezultātā izraisītie traucējumi var saglabāties arī vēlīnajā pusaudža periodā un pieaugušā vecumā, kā arī palielināt depresijas iespējamību. (WHO (d), 2012)

Analizējot datus par ņirgāšanās izplatību Latvijas skolās, jāsecina, ka lielākais pāridarītāju īpatsvars vērojams starp 15 gadus vecajiem zēniem (26,1%), savukārt lielākais īpatsvars cietēju bijušas 11 gadus veco meiteņu vidū (18,8%) (skatīt 17. attēlu).

17. attēls. ņirgāšanās izplatība dzimuma un vecuma grupās 2009./2010. mācību gadā



Avots: Skolas vecuma bērnu veselības paradumu pētījums (HBSC). Slimību profilakses un kontroles centrs

Starptautiski salīdzinot HBSC pētījumā iegūtos dalībvalstu<sup>2</sup> rezultātus, secinājumi nav iepriecinoši – Latvija atrodas trešajā vietā pēc 11 un 13 gadus veco skolēnu īpatsvara, kuri cietuši no ņirgāšanās vismaz divreiz mēnesī pēdējo mēnešu laikā. 13 gadus veco skolēnu grupa šajā gadījumā ierindojusies septītajā pozīcijā. Vēl sliktāka situācija ir attiecībā uz skolēnu īpatsvaru, kuri ņirgājušies par citiem vismaz divreiz mēnesī pēdējo mēnešu laikā - ceturtā vieta vienpadsmit gadus vecajiem, otrā trīspadsmit gadus veciem skolēniem, bet pirmā piecpadsmit gadus vecajiem. (WHO (d), 2012)

Rezultāti rosina noskaidrot faktorus, kas saistīti ar augsto ņirgāšanās izplatību Latvijā, kā arī realizēt koordinētas profilakses programmas skolās, jo ņirgāšanās var būt viens no iemesliem, kādēļ bērni var izšķirties pat par tādu soli kā pašnāvība, vai arī ar to, iespējams, var izskaidrot salīdzinoši augstu to skolēnu īpatsvaru, kas savu dzīvi vērtē kā sliktāko vai vissliktāko iespējamo,

<sup>2</sup> Lietuva, Beļģija, Grenlande, Rumānija, Austrija, Ukraina, Krievija, Portugāle, Luksemburga, Francija, Šveice, Grieķija, Vācija, Kanāda, Igaunija, Anglija, Beļģija, Somija, Īrija, Norvēģija, Velsa, Polija, Slovākija, ASV, Skotija, Maķedonija, Čehija, Slovēnija, Horvātija, Ungārija, Spānija, Nīderlande, Dānija, Islande, Zviedrija, Armēnija, Itālija.

sūdzas par psihoemocionālās veselības traucējumiem vai izjūt izteiktu apgrūtinājumu un spriedzi mācīties gan skolā, gan mājās.

Vairāki ar jauniešu psihisko veselību saistīti indikatori analizēti arī pētījumā par Latvijas jauniešu bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi. Pētījumā izmantota bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes (angl. *Adverse Childhood Experience*) skala (turpmāk ACE skala). Visi jautājumi, kuri ir izmantoti šajā skalā, attiecas uz laiku līdz respondenta 18 gadu vecumam. ACE skalā ir noteiktas desmit kategorijas: emocionālā vardarbība, fiziskā vardarbība, seksuālā vardarbība, emocionālā atstāšana novārtā, fiziskā atstāšana novārtā, atkarības vielu lietošana ģimenē, psihiskās veselības problēmas ģimenē, vardarbība ģimenē pret māti (pamāti), vecāku šķiršanās vai dzīvošana šķirti, ieslodzījumā esošu ģimenes locekļu esamība. Katras kategorijas noteikšanai ir izmantoti noteikti aptaujas anketas jautājumi. Skalā katras kategorijas novērtējums var būt - „0”, kur respondents konkrētajā kategorijā nav ne uz vienu jautājumu norādījis savu pakļaušanu noteiktam vardarbības vai negatīvās pieredzes veidam, un „1”, kur respondents vismaz vienā jautājumā ir norādījis uz savu pakļaušanu noteiktam vardarbības vai negatīvās pieredzes veidam. Skalā visas desmit kategorijas tiek summētas, un šis summārais lielums ir amplitūdā no „0” (nav bijis (-usi) pakļauts (-a)) līdz „10” (ir bijis (-usi) pakļauts (-a) visās ACE skalas kategorijās). (Velika u.c., 2012)

Analizējot ACE skalas kategoriju saistību ar respondentu kavētajām mācību dienām skolā veselības problēmu dēļ un veselības sūdzībām pēdējā mēneša laikā, jāsecina, ka līdz ar ACE skalas kategoriju pieaugumu vērojams arī kavēto skolas dienu un veselības sūdzību īpatsvara pieaugums – ja starp tiem jauniešiem, kuri nav bijuši pakļauti vardarbībai trīs un vairāk dienas pēdējā mēneša laikā stresa un nomāktības sajūtas dēļ skolu kavējuši 7%, tad ACE skalas kategorijā  $\geq 4$  tie jau ir 44%. Attiecīgi, analizējot sūdzības par nomāktību pēdējo mēneša laikā vismaz reizi nedēļā, šie rādītāji ir 6,8% un 47,7%, sūdzībām par aizkaitināmību – 9,4% un 39,7%, nervozitāti – 7,3% un 43,9%, grūtībām koncentrēties – 10% un 42,2% (skatīt 2. tabulu).

2. tabula. ACE skala saistībā ar respondentu kavētajām skolas dienām veselības problēmu dēļ un veselības sūdzībām pēdējā mēneša laikā

Pēdējā mēneša laikā kavētās skolas dienas stresa vai nomāktības sajūtas dēļ	Skaitis (n)	ACE skolas kategorijas (%)				
		0	1	2	3	>=4
Neviena	753	19.4%	23.2%	21.5%	14.2%	21.6%
3 un vairāk dienas	100	7.0%	13.0%	16.0%	20.0%	44.0%
Sūdzības par nomāktību pēdējo 6 mēnešu laikā						
Vismaz reizi nedēļā	237	6.8%	14.3%	13.9%	17.3%	47.7%
Retāk vai nekad	737	20.6%	23.6%	21.8%	13.4%	20.5%
Sūdzības par aizkaitināmību pēdējo 6 mēnešu laikā						
Vismaz reizi nedēļā	406	9.4%	17.5%	17.5%	16.0%	39.7%
Retāk vai nekad	578	22.7%	23.7%	22.1%	13.3%	18.2%
Sūdzības par nervozitāti pēdējo 6 mēnešu laikā						
Vismaz reizi nedēļā	301	7.3%	15.9%	17.9%	15.0%	43.9%
Retāk vai nekad	682	21.6%	23.5%	21.3%	14.2%	19.5%
Sūdzības par grūtībām koncentrēties pēdējo 6 mēnešu laikā						
Vismaz reizi nedēļā	251	10.0%	13.9%	15.1%	18.7%	42.2%
Retāk vai nekad	730	19.6%	24.0%	21.8%	12.9%	21.8%

Avots: Pētījums par Latvijas jauniešu bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi. Slimību profilakses un kontroles centrs

Pētījumā ar mērķi aprakstīt dažādu Latvijas sociāli ekonomisko un vecuma grupu iedzīvotāju attieksmi pret psihiski slimu cilvēku nodarbinātību izmantoti SPKC Latvijas pieaugušo iedzīvotāju veselības paradumu (FINBALT) pētījuma dati. Pētījumā noskaidrots, ka vairāk nekā 77% Latvijas pieaugušo<sup>3</sup> iedzīvotāju pauduši stigmatizējošu attieksmi pret psihiski slimu cilvēku nodarbinātību. Vispozitīvāk iedzīvotāji vērtē psihiski slimu personu pieņemšanu darbā, ja šis cilvēks ir piemērots attiecīgajam amatam, taču situācijā, kad amatam pieteikušies vairāki pretendenti, priekšroka tiktu dota cilvēkam bez psihiskas slimības anamnēzē. Stigmatizācijas rādītāji attiecībā pret psihiski slimu pacientu nodarbinātību ir augsti, kas liecina, ka darba vide Latvijā psihiski slimiem indivīdiem nav atbalstoša. Secināts arī, ka zemākais stigmatizācijas līmenis ir vecuma grupā 15-24 gadi, bet 25-34 gadu vecumā novērojami augstākie stigmatizācijas rādītāji pret psihiski slimu personu

<sup>3</sup> Vecuma grupa 15-64 gadi.

nodarbinātību. Papildus noskaidrots, ka iepriekšēja saskarsme ar psihiski slimu personu profesionālās darbības sakarā paaugstina stigmatizācijas līmeni nodarbinātības jautājumos. (Zārde u.c., 2012)

## 2. Pašnāvības

Pašnāvība ir nopietna un globāla sabiedrības veselības problēma, kas saistīta ar vairākiem faktoriem, tajā skaitā psihiskām saslimšanām, sociālo izolāciju, hroniskām somatiskām slimībām, atkarības vielu lietošanu, vardarbību ģimenē, šķiršanos no partnera, piekļuvi pašnāvības izdarīšanai nepieciešamajiem līdzekļiem, akūtiem emocionāliem pārdzīvojumiem un pēkšņām, radikālām pārmaiņām cilvēka dzīvē, bet lielā daļā gadījumu – vairāku šo un citu faktoru kombināciju. Pašnāvību epidemioloģiskie rādītāji starp dažādām valstīm variē, tomēr Austrumeiropā tie ir vieni no augstākajiem pasaulē. (Scott et al. 2012, WHO (c), 2012)

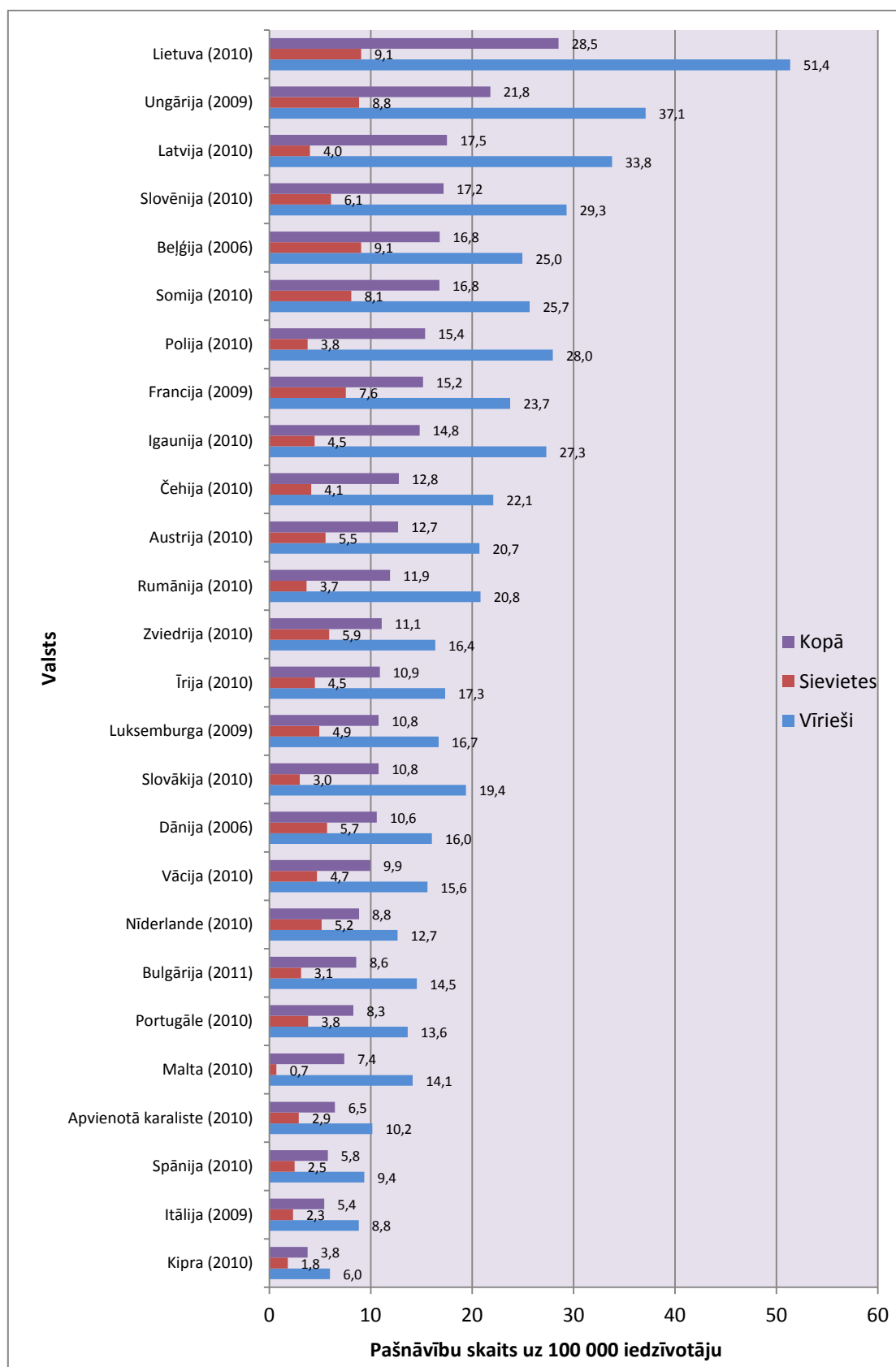
Neskatoties uz faktu, ka pašnāvības ir nopietna problēma arī valstīs ar augstiem ienākumiem, tās biežāk novēro tieši valstīs ar vidējiem un zemiem ienākumiem. Šīs valstis ir relatīvi sliktāk nodrošinātas pašnāvību profilaksei, nespēj iet kopsolī ar augošo pieprasījumu pēc psihiskās veselības aprūpes, tām ir nepietiekami attīstīta infrastruktūra, nepietiekoši finanšu un cilvēkresursi – tie ir galvenie iemesli, kādēļ tajās pamanāmi tikai atsevišķi centieni un aktivitātes pašnāvību profilaksei. (WHO (c), 2012)

Arī Latvijā pašnāvību problēma bija un joprojām ir aktuāla – saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas Detalizētās nāves cēloņu datubāzē pieejamajiem datiem Latvija joprojām ierindojama trešajā vietā Eiropas Savienības dalībvalstu vidū pēc izdarīto pašnāvību skaita uz 100 000 iedzīvotāju (skatīt 18. attēlu). Augstāki pašnāvību rādītāji vērojami vien Lietuvā un Ungārijā. Analizējot dzimumu griezumā, pēc izdarīto pašnāvību skaita uz 100 000 iedzīvotāju Latvija ES dalībvalstu vidū ieņem trešo vietu vīriešiem un 16. sievietēm.

Pēc pēdējiem pieejamajiem starptautiski salīdzināmiem datiem, Latvija atrodas 10. vietā pasaulē pēc pašnāvību skaita uz 100 000 iedzīvotāju. Augstāki pašnāvību rādītāji vērojami (dilstošā secībā) Lietuvā, Dienvidkorejā, Šrilankā, Krievijā, Baltkrievijā, Ganā, Kazahstānā, Ungārijā un Japānā. (Värnik, 2012)



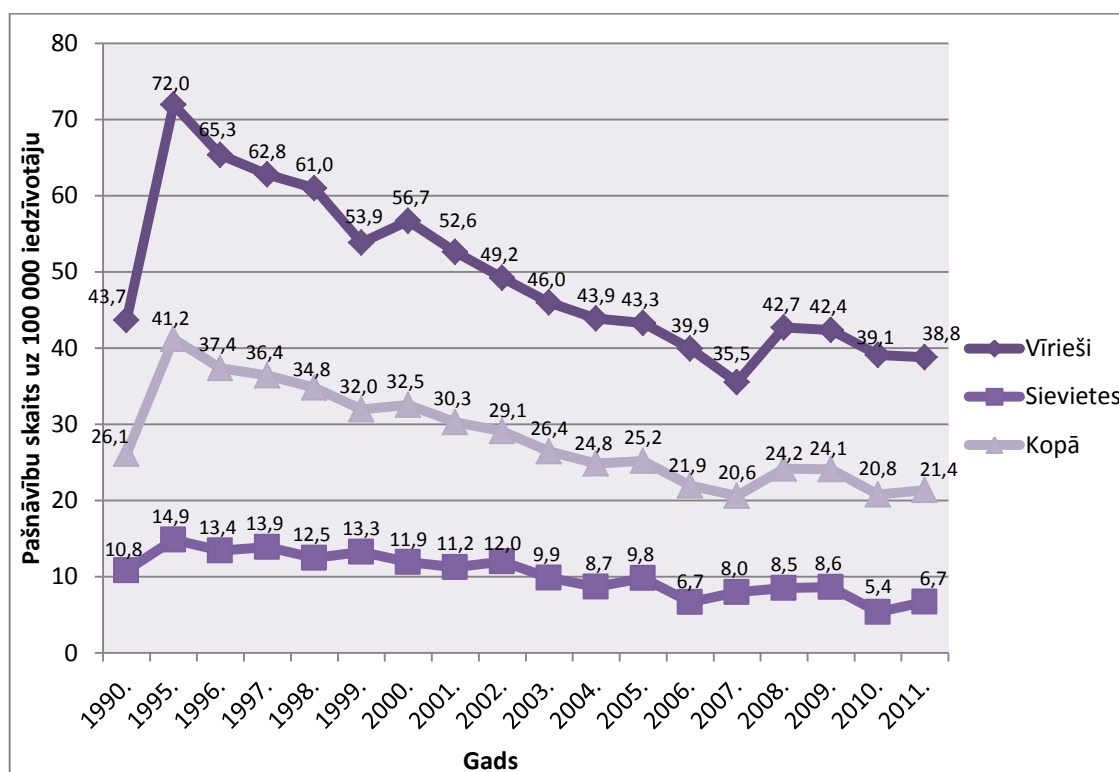
18. attēls. Standartizētā mirstība no pašnāvībām uz 100 000 attiecīgās valsts iedzīvotāju (diagnožu grupa X60-X84) Eiropas Savienības dalībvalstīs (kopējā mirstība un mirstība dzimumu grupās)



Avots: Pasaules Veselības organizācijas Eiropas Detalizētā nāves cēloņu datubāze (*European Detailed Mortality Database*) <http://data.euro.who.int/dmdb/> (Skatīts 30.08.2012.)

Pretēji iepriekš prognozētajai pašnāvību rādītāju samazināšanās tendencei Latvijā (Pulmanis u.c., 2011), 2011. gadā to skaits bijis pat nedaudz lielāks (2010. gadā kopumā izdarītas 436 pašnāvības, bet 2011. gadā – 440), turklāt pamanāma pašnāvību rādītāju palielināšanās finanšu krīzes gados. (skatīt 19. attēlu).

19. attēls. Pašnāvību skaita dinamika Latvijā pēc dzimumiem uz 100 000 iedzīvotāju



\* Jāņem vērā, ka rādītāji par 2000. – 2010. gadu aprēķināti balstoties uz CSP aprēķināto provizorisko iedzīvotāju skaitu (dati uz 16.10.2012.)

Avots: Nāves cēloņu datubāze. Slimību profilakses un kontroles centrs

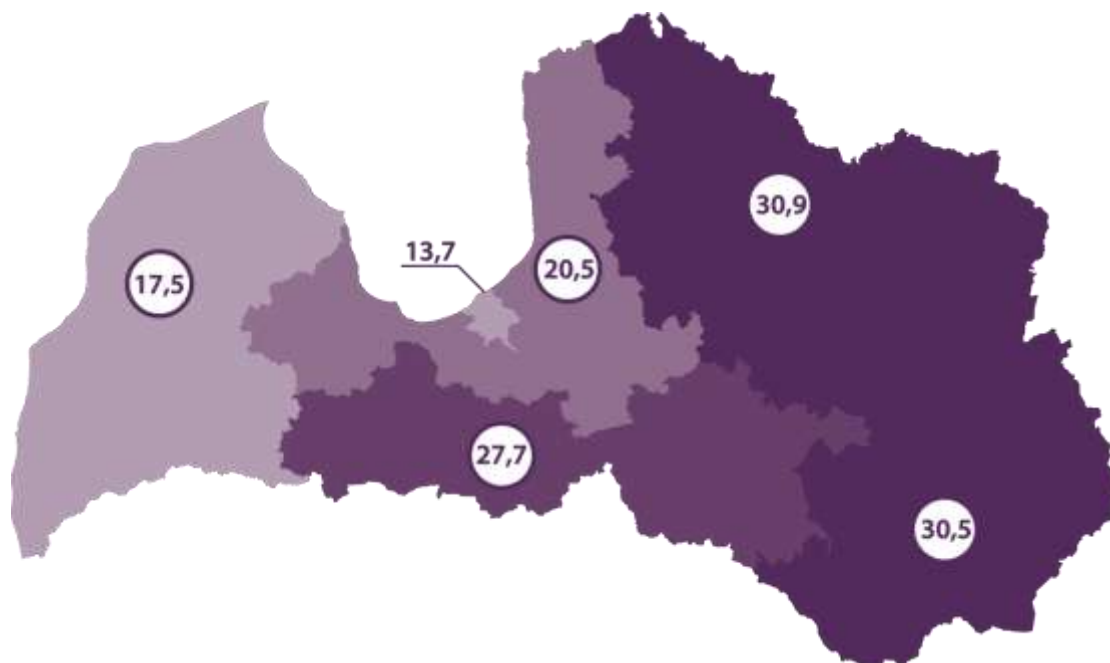
Statistisko reģionu griezumā augstākie pašnāvību rādītāji vērojami Vidzemē (30,9 uz 100 000 iedzīvotāju) un Latgalē (30,5 uz 100 000 iedzīvotāju), savukārt rādītāji Rīgā un Kurzemē noturējušies zem vidējā valstī (vidējais rādītājs valstī - 21,4 uz 100 000 iedzīvotāju) (skatīt 20. attēlu).

Literatūrā ir sastopami pētījumi par bezdarba saistību ar pašnāvību skaitu, piemēram, kāda starptautiska pētījuma dati liecina, ka bezdarba pieaugums par 1% izrādījies saistīts ar pašnāvību rādītāja pieaugumu par 0,79% (Stuckler et al., 2009).

Situācija Latvijā liecina par bezdarba iespējamo ietekmi – pēc Nodarbinātības valsts aģentūras datiem augstākais reģistrētais bezdarba

līmenis uz 2011. gada 31. decembri reģistrēts tieši Latgalē (19,8%) un Vidzemē (13,0%) (NVA, 2012), un, kā jau minēts iepriekš, šajos reģionos vērojami arī augstākie pašnāvību rādītāji valstī.

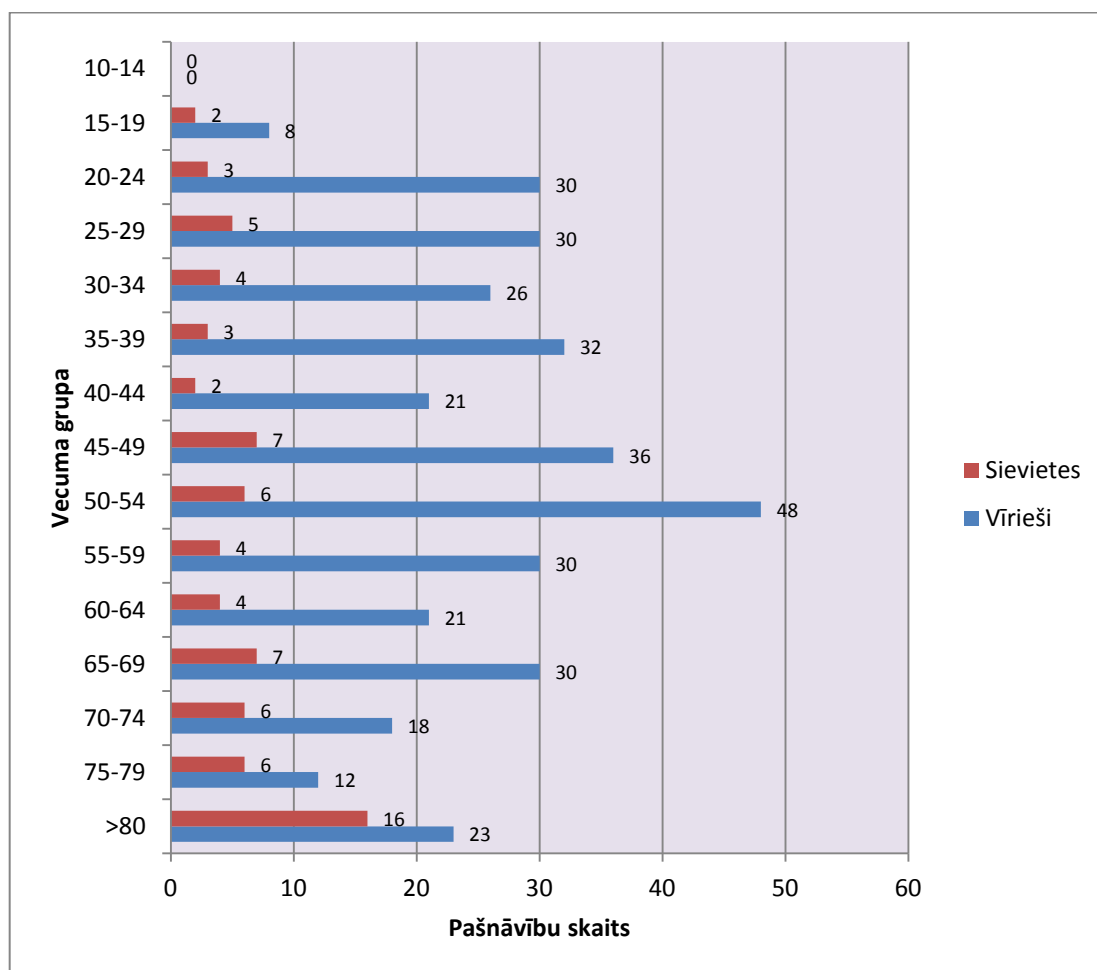
20. attēls. Pašnāvību sadalījums pa statistiskajiem reģioniem absolūtos skaitļos un uz 100 000 iedzīvotāju 2011. gadā



Avots: Nāves ceļoņu datubāze. Slimību profilakses un kontroles centrs

2011. gadā, rēķinot absolūtajos skaitļos, lielākais skaits cilvēku pašnāvību izdarījuši vecumā no 50 līdz 54 gadiem (54 cilvēki) un no 45 līdz 49 gadiem (43 cilvēki) (skatīt 3. tabulu). Vecumā no 45 līdz 54 gadiem vērojams īpaši augsts pašnāvībās mirušo vīriešu skaits, bet augstākais novēroto pašnāvību skaits sievietēm ir pēc 80 gadu vecuma (skatīt 21. attēlu).

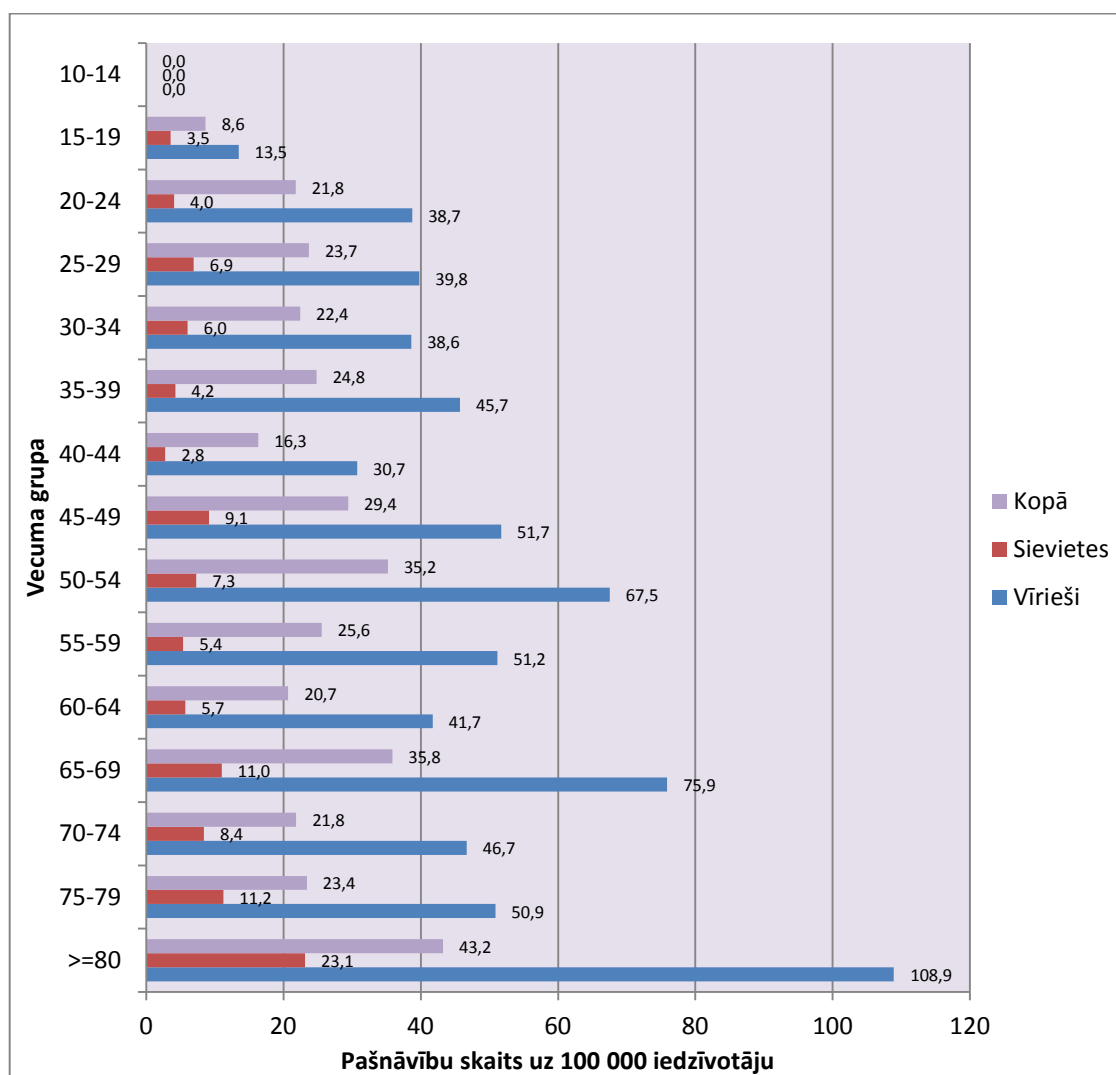
21. attēls. Pašnāvību skaits vecuma un dzimumu grupās Latvijā 2011. gadā.



Avots: Nāves ceļoņu datubāze. Slimību profilakses un kontroles centrs

Veicot aprēķinus uz 100 000 iedzīvotāju, augstākā mirstība no pašnāvībām 2011. gadā novērota vecuma grupā 80 un vairāk gadi (skatīt 22. attēlu). Arī absolūtos skaitļos lielākais pieaugums, salīdzinot ar 2010. gadu, vērojams vecuma grupās 80 un vairāk gadi (par 17 pašnāvībās mirušajiem vairāk) kā arī 50-54 gadi (arī par 17 pašnāvībās mirušajiem vairāk) un 25-29 gadi (par 7 pašnāvībās mirušajiem vairāk). Absolūtos skaitļos vecuma grupā 80 un vairāk gadi 2011. gadā vērojams lielākais pašnāvību skaits pēdējo desmit gadu laikā. Ticamāk, ka tas varētu būt saistīts ar socializēšanās iespējām un sociālās atstumtības līmeni, bezdarbu, nabadzību, bezcerību, sociālās un veselības aprūpes pieejamības ierobežojumiem, psihosomatiskām veselības problēmām, depresiju un citiem sociālajiem un veselības riska faktoriem, tomēr to iespaidojuma novērtēšanas nolūkā nepieciešami papildu pētījumi.

22. attēls. Pašnāvību skaits uz 100 000 iedzīvotāju Latvijā 2011. gadā dzimumu un vecuma grupās



Avots: Nāves cēloņu datubāze. Slimību profilakses un kontroles centrs

3. tabula. Pašnāvību skaita dinamika Latvijā dalījumā dzimuma un vecuma grupās absolūtos skaitļos 2000. – 2011. gadā

Vecuma grupa	2000			2001			2002			2003			2004			2005		
	Vīrieši	Sievietes	Kopā	Vīrieši	Sievietes	Kopā	Vīrieši	Sievietes	Kopā	Vīrieši	Sievietes	Kopā	Vīrieši	Sievietes	Kopā	Vīrieši	Sievietes	Kopā
<b>10-14</b>	4	1	5	3	0	3	3	0	3	3	1	4	1	0	1	4	1	5
<b>15-19</b>	20	4	24	13	5	18	12	3	15	10	3	13	12	2	14	15	3	18
<b>20-24</b>	33	4	37	30	1	31	40	3	43	33	6	39	26	4	30	27	3	30
<b>25-29</b>	38	8	46	33	4	37	37	6	43	37	5	42	26	3	29	39	1	40
<b>30-34</b>	45	7	52	51	7	58	30	6	36	33	8	41	36	10	46	37	4	41
<b>35-39</b>	54	10	64	42	7	49	52	10	62	42	8	50	34	4	38	36	4	40
<b>40-44</b>	76	12	88	74	13	87	70	10	80	58	7	65	49	4	53	43	4	47
<b>45-49</b>	70	8	78	69	10	79	44	6	50	52	9	61	62	9	71	55	10	65
<b>50-54</b>	65	9	74	61	17	78	66	18	84	51	11	62	43	6	49	51	13	64
<b>55-59</b>	64	13	77	57	10	67	57	17	74	43	10	53	41	8	49	31	11	42
<b>60-64</b>	46	17	63	53	14	67	45	23	68	21	7	28	42	17	59	33	11	44
<b>65-69</b>	39	13	52	33	13	46	22	9	31	24	9	33	27	5	32	29	11	40
<b>70-74</b>	26	15	41	25	12	37	18	11	29	38	13	51	28	9	37	24	11	35
<b>75-79</b>	13	10	23	12	14	26	12	11	23	19	11	30	19	9	28	12	9	21
<b>&gt;80</b>	24	21	45	10	15	25	14	17	31	19	14	33	10	16	26	9	23	32
<b>Kopā</b>	<b>618</b>	<b>152</b>	<b>770</b>	<b>566</b>	<b>142</b>	<b>708</b>	<b>522</b>	<b>150</b>	<b>672</b>	<b>483</b>	<b>122</b>	<b>605</b>	<b>456</b>	<b>106</b>	<b>562</b>	<b>445</b>	<b>119</b>	<b>564</b>

Avots: Nāves cēloņu datubāze. Slimību profilakses un kontroles centrs

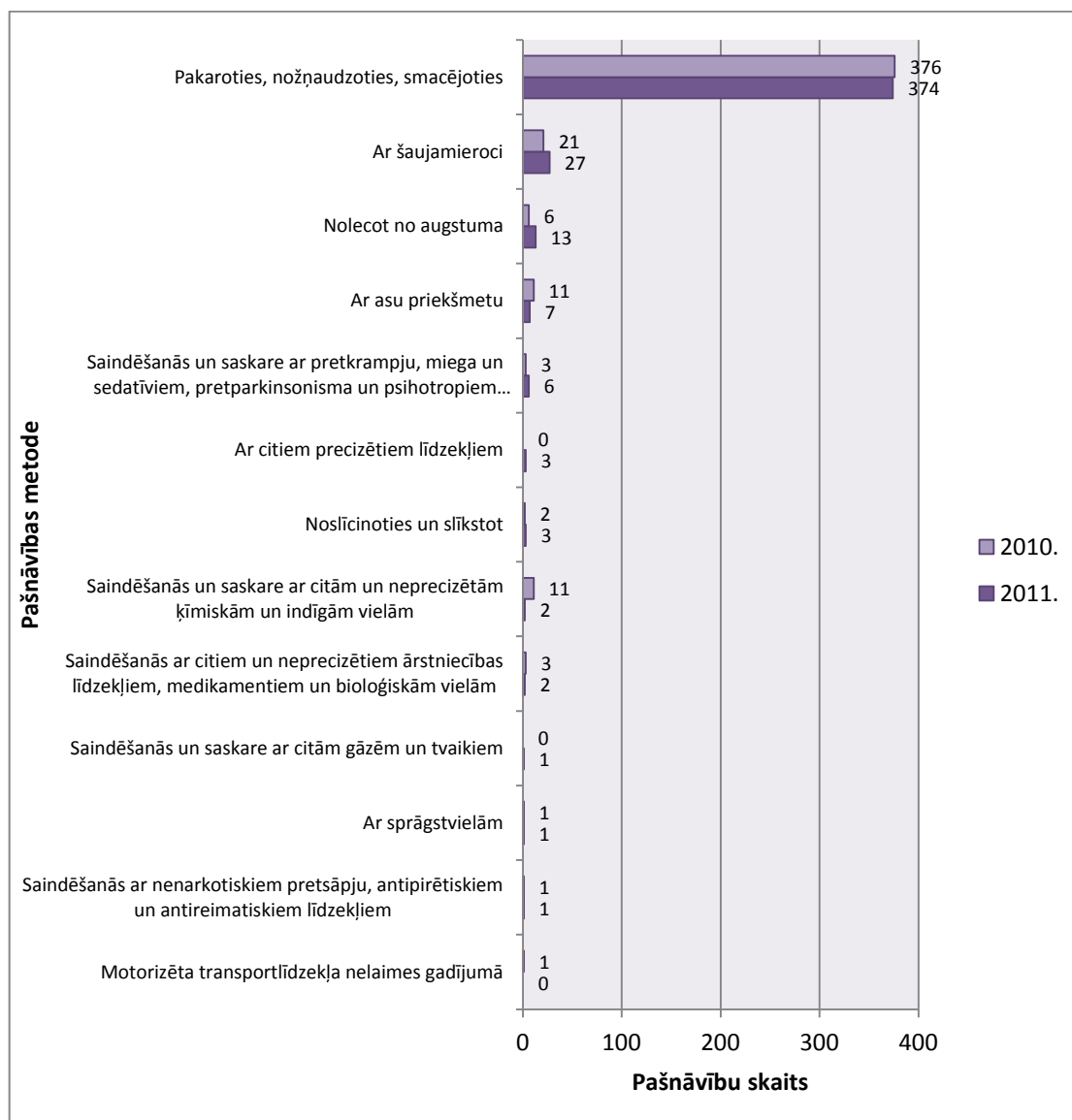
3. tabula (turpinājums). Pašnāvību skaita dinamika Latvijā dalījumā dzimuma un vecuma grupās absolūtos skaitļos 2000. – 2010. gadā

Vecuma grupa	2006			2007			2008			2009			2010			2011		
	Vīrieši	Sievietes	Kopā	Vīrieši	Sievietes	Kopā	Vīrieši	Sievietes	Kopā	Vīrieši	Sievietes	Kopā	Vīrieši	Sievietes	Kopā	Vīrieši	Sievietes	Kopā
10-14	0	0	0	1	2	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19	12	1	13	11	4	15	8	5	13	13	2	15	7	2	9	8	2	10
20-24	37	0	37	21	2	23	31	2	33	25	1	26	27	2	29	30	3	33
25-29	22	3	25	26	3	29	39	3	42	35	2	37	27	1	28	30	5	35
30-34	39	5	44	32	4	36	33	5	38	32	6	38	31	1	32	26	4	30
35-39	28	8	36	29	5	34	38	6	44	32	3	35	38	3	41	32	3	35
40-44	31	3	34	41	7	48	37	7	44	41	8	49	37	5	42	21	2	23
45-49	58	5	63	40	5	45	38	1	39	51	10	61	46	3	49	36	7	43
50-54	50	6	56	34	9	43	49	10	59	43	11	54	32	5	37	48	6	54
55-59	30	7	37	31	9	40	44	10	54	49	12	61	37	9	46	30	4	34
60-64	20	7	27	20	4	24	22	7	29	23	12	35	30	4	34	21	4	25
65-69	22	4	26	18	7	25	35	8	43	25	3	28	18	7	25	30	7	37
70-74	30	9	39	16	7	23	18	8	26	17	4	21	20	9	29	18	6	24
75-79	19	10	29	19	10	29	19	9	28	18	13	31	9	4	13	12	6	18
>80	9	12	21	20	17	37	16	18	34	12	13	25	16	6	22	23	16	39
<b>Kopā</b>	<b>407</b>	<b>80</b>	<b>487</b>	<b>359</b>	<b>95</b>	<b>454</b>	<b>427</b>	<b>100</b>	<b>527</b>	<b>416</b>	<b>100</b>	<b>516</b>	<b>375</b>	<b>61</b>	<b>436</b>	<b>365</b>	<b>75</b>	<b>440</b>

Avots: Nāves cēloņu datubāze. Slimību profilakses un kontroles centrs

23. attēlā redzami biežākie pašnāvības izdarīšanas veidi. Biežākais pašnāvības izdarīšanas veids ir pakaroties (85%). Kā otrs biežākais veids ir pašnāvības izdarīšana ar šaujameroci, savukārt trešajā vietā ierindojama lēkšana no augstuma. Divas pēdējās minētās metodes izmantojušo skaits 2011. gadā, salīdzinot ar 2010 gadu ir pieaudzis. Salīdzinājumam, piemēram, ASV biežākā pašnāvības metode ir izmantojot šaujameroci (56%) (National Institute of Mental Health, 2012).

23. attēls. Pašnāvībā mirušie (absolūtos skaitļos) pēc pašnāvības izdarīšanas veida 2010. un 2011. gadā



Avots: Nāves cēloņu datubāze. Slimību profilakses un kontroles centrs

2012. gadā Slimību profilakses un kontroles centram turpinājās veiksmīga sadarbība ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības (turpmāk



tekstā – NMP) dienestu, kuras rezultātā tika saņemts datu masīvs par NMP izsaukumiem pie pacientiem, kas mēģinājuši izdarīt vai izdarījuši pašnāvību 2011. gadā, tādējādi dodot iespēju papildināt analīzi ar datiem par pašnāvības<sup>4</sup> mēģinājumiem visā Latvijā (skatīt 4. tabulu). Kopumā 2011. gadā reģistrēti 1777 izsaukumi pie 1501 pacienta, kuri mēģinājuši izdarīt pašnāvību un izdzīvojuši pirmsslimnīcas NMP etapā. Līdz ar to, aprēķinot attiecību – uz vienu pabeigtu pašnāvību veikti četri pašnāvības mēģinājumi. Pētījumos šis skaitlis variē atkarībā no pētījuma metodikas un pašnāvības mēģinājuma definīcijas. Piemēram, Anglijā veiktā pētījumā noskaidrots, ka tīšs paškaitējums, kas definēts kā tīša saindēšanās vai tīša sevis ievainošana neatkarīgi no motivācijas vai pašnāvnieciskā nodoma pakāpes, populācijā novērots relatīvi 36 reizes biežāk nekā pabeigta pašnāvība (Hawton et al., 2008), kas varētu liecināt, ka daļa pašnāvības mēģinājumu Latvijā paliek neapzināta. Vienlaikus tomēr jāņem vērā fakts, ka šajā Ziņojumā, atšķirībā no iepriekš minētā pētījuma, pašnāvības mēģinājuma kategorijā klasificēti tikai tie gadījumi, kad izsaukta NMP un ārsts to apstiprinājis kā pašnāvību, kas pirmsslimnīcas etapā nav beigusies ar nāvi, jeb pašnāvības mēģinājumu. Turklāt arī pats NMP izsaukšanas fakts savā ziņā liecina, ka pašnāvības mēģinājums ir bijis „pietiekami smags” – vai nu pats paškaitējumā cietušais vai viņa tuvinieki saskatījuši apdraudējumu dzīvībai vai veselībai un izsaukuši NMP. Iespējams, ka vieglākos gadījumos NMP netiek izsaukta un cilvēki ar pašnāvības mēģinājumu sekām (grieztām brūcēm, saindēšanos) tiek galā pašu spēkiem.

Analizējot pašnāvības mēģinājumus vecuma grupās redzams, ka vislielākais pacientu un izsaukumu skaits reģistrēts pie pacientiem vecuma grupā no 20 līdz 29 gadiem, bet vērtējot šos rādītājus uz 100 000 iedzīvotāju iezīmējas vairākas būtiskas tendences - ja pabeigtu pašnāvību rādītāji 2011. gadā bijuši augstāki vecuma grupās pēc 45 gadiem, tad pašnāvības mēģinājumi biežāk izdarīti relatīvi jaunākās vecumā grupās – intervālā no 15 līdz 40 gadiem. Savukārt, analizējot dzimumu grupās, pamanāms ievērojams sieviešu pašnāvības mēģinājumu pārsvars vecuma grupā no 10 līdz 19 gadiem, bet vīriešiem no 20 līdz 39 gadiem (skatīt 4. tabulu un 24. attēlu).

---

<sup>4</sup> Neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukuma kartē (63. pielikums (veidlapa Nr.110/u) Ministru Kabineta 2006. gada 4. aprīļa noteikumiem nr.625) 21. punktā ieraksts „8” – suicīds.

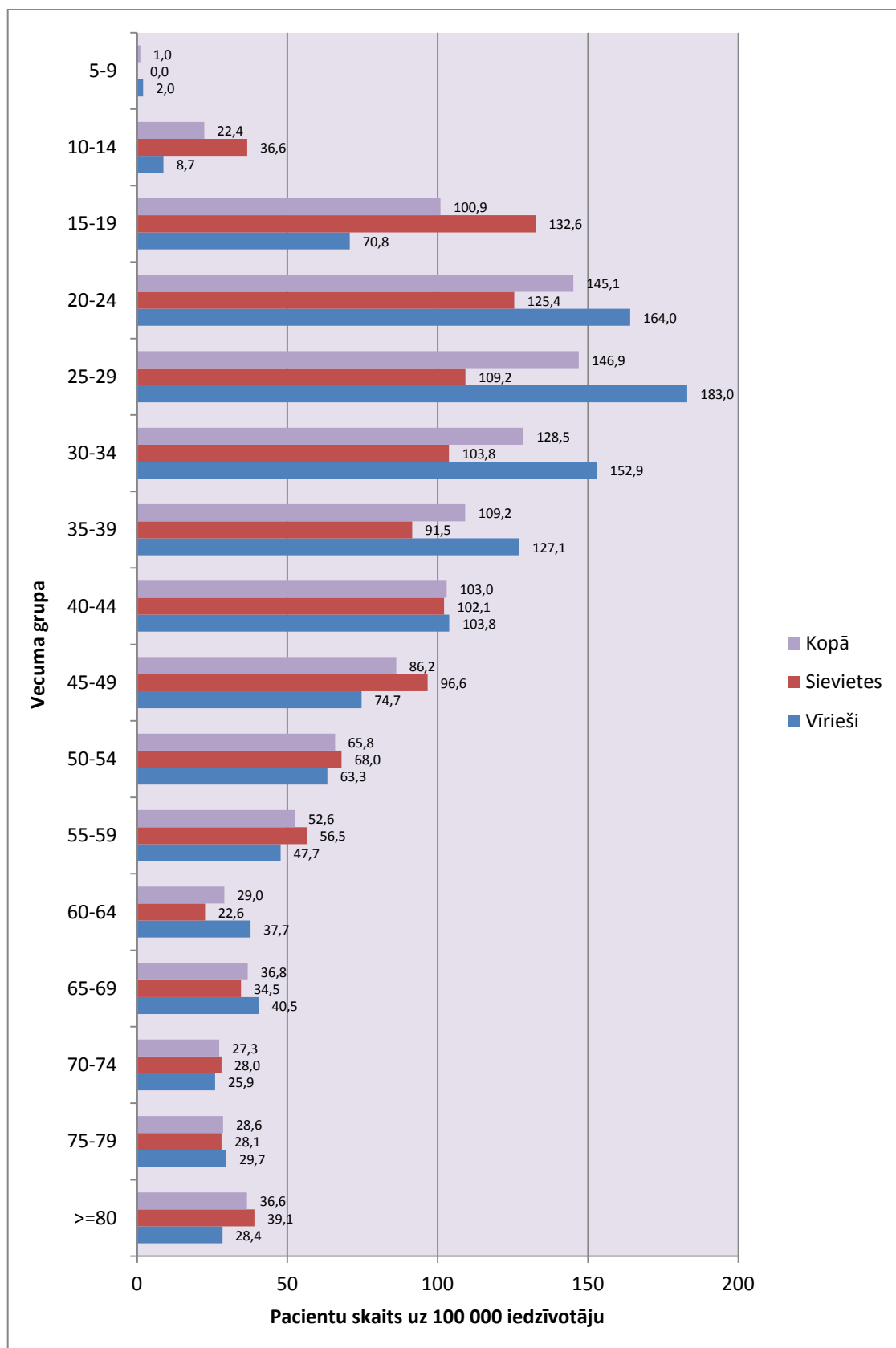
Lai gan kopējais pašnāvības mēģinājumu izdarījušo skaits starp dzimumiem būtiski neatšķiras, vīriešiem tas gandrīz piecas reizes biežāk beidzas ar nāves iestāšanos. Līdzīga situācija vērojama arī Eiropas reģionā kopumā, kur vīriešu pašnāvību rādītāji vērojami vidēji četras reizes augstāki nekā sievietēm (Vārnik, 2012).

4. tabula. Unikālo pacientu un izsaukumu skaits pie pacientiem, kuri mēģinājuši veikt pašnāvību un izdzīvojuši pirmsslimnīcas NMP etapā 2011. gadā Latvijā

	Unikālie pacienti			Izsaukumi		
	Vīrieši	Sievietes	Kopā	Vīrieši	Sievietes	Kopā
<b>5-9</b>	1	0	<b>1</b>	1	0	<b>1</b>
<b>10-14</b>	4	16	<b>20</b>	4	17	<b>21</b>
<b>15-19</b>	42	75	<b>117</b>	51	85	<b>136</b>
<b>20-24</b>	127	93	<b>220</b>	145	115	<b>260</b>
<b>25-29</b>	138	79	<b>217</b>	168	88	<b>256</b>
<b>30-34</b>	103	69	<b>172</b>	128	81	<b>209</b>
<b>35-39</b>	89	65	<b>154</b>	113	79	<b>192</b>
<b>40-44</b>	71	74	<b>145</b>	89	90	<b>179</b>
<b>45-49</b>	52	74	<b>126</b>	63	85	<b>148</b>
<b>50-54</b>	45	56	<b>101</b>	53	66	<b>119</b>
<b>55-59</b>	28	42	<b>70</b>	32	44	<b>76</b>
<b>60-64</b>	19	16	<b>35</b>	22	16	<b>38</b>
<b>65-69</b>	16	22	<b>38</b>	18	25	<b>43</b>
<b>70-74</b>	10	20	<b>30</b>	11	23	<b>34</b>
<b>75-79</b>	7	15	<b>22</b>	10	16	<b>26</b>
<b>&gt;=80</b>	6	27	<b>33</b>	7	32	<b>39</b>
<b>Kopā</b>	<b>758</b>	<b>743</b>	<b>1501</b>	<b>915</b>	<b>862</b>	<b>1777</b>

Avots: Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests

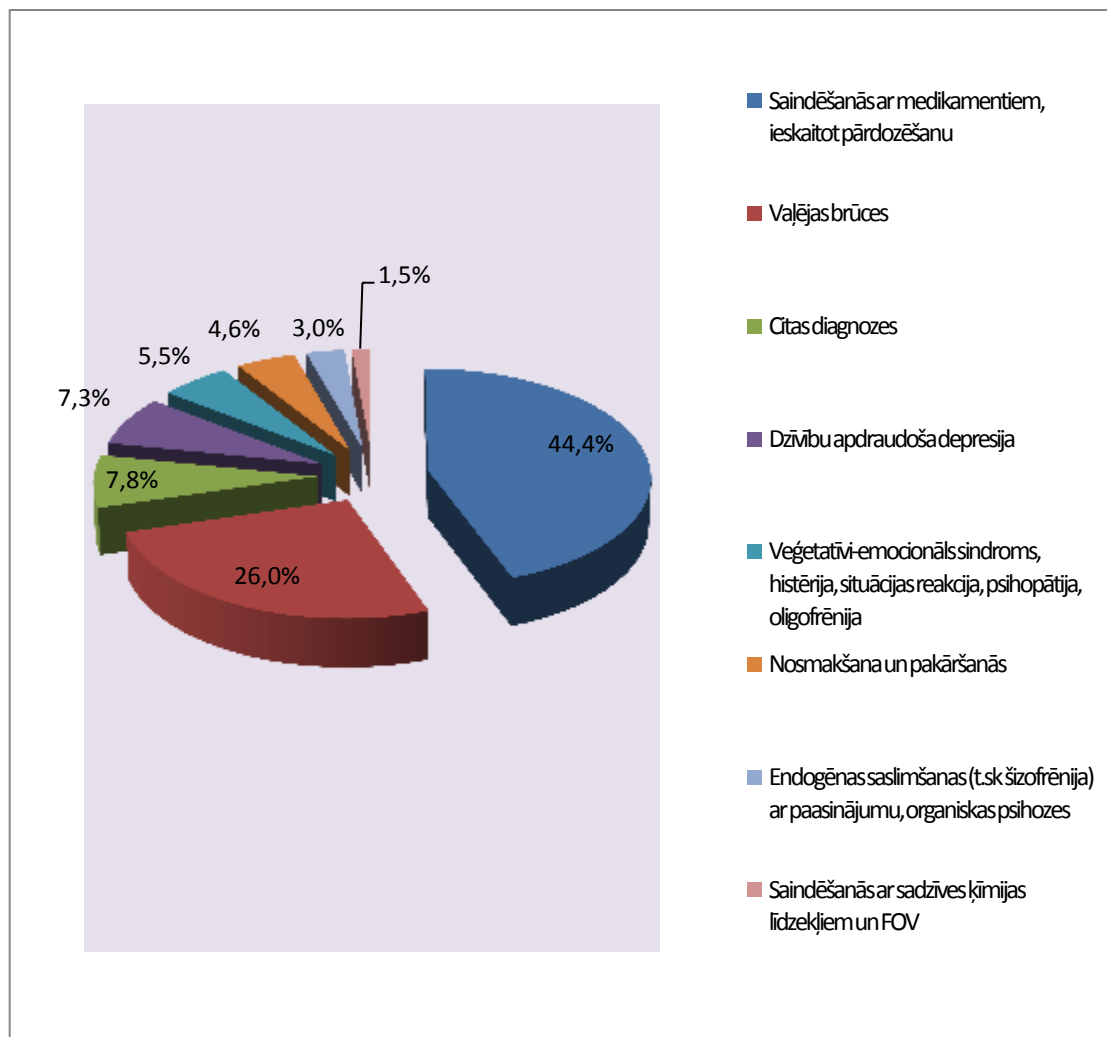
24. attēls. Unikālo pacientu skaits uz 100 000 iedzīvotāju, kuri mēģinājuši veikt pašnāvību un izdzīvojuši pirmsslimnīcas NMP etapā 2011. gadā Latvijā



Avots: Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests

2011. gadā pacienti visbiežāk mēģinājuši izdarīt pašnāvību, saindējoties ar medikamentiem (44,4%), bet otrajā vietā, pārgriežot asinsvadus (vajējas brūces) (26,0%) (skatīt 25. attēlu).

25. attēls. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izsaukumu pie pacientiem, kuri mēģinājuši veikt pašnāvību un izdzīvojuši pirmsslimnīcas NMP etapā, rezultātā uzstādītās diagnozes 2011. gadā Latvijā

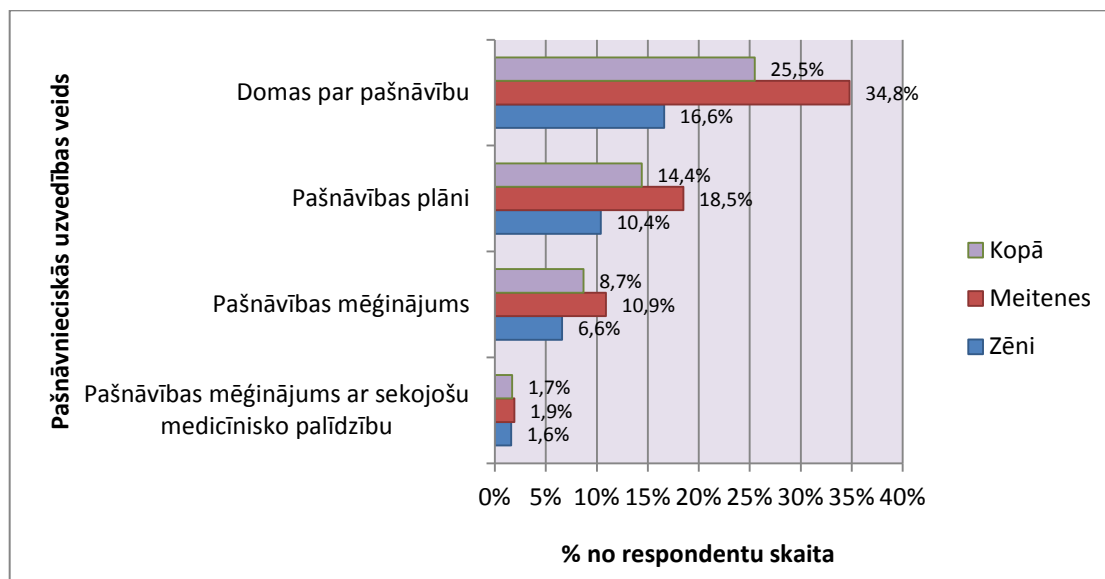


Avots: Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests

2011. gadā norisinājies arī Eiropas skolu projekts par alkoholu un citām atkarību izraisošajām vielām (ESPAD), kurā papildus vairākiem citiem indikatoriem tika iegūti dati arī par Latvijas no 15 līdz 16 gadus veco skolēnu pašnāvniecisko uzvedību (skatīt 26. attēlu). Pētījuma datu analīzē iegūtā informācija liecina, ka, lai arī, piemēram, pašnāvības mēģinājumu un domas par pašnāvību atzīmējušo pusaudžu īpatsvars, salīdzinot ar iepriekšējo pētījuma posmu 2007. gadā, ir samazinājies, dažāda veida pašnāvniecisko uzvedību gadu no gada atzīmē ievērojams īpatsvars pusaudžu. Šis fakts

aktualizē nepieciešamību pēc padziļinātas ar pusaudžu pašnāvniecisko uzvedību saistīto riska faktoru analīzes. Jāvērš uzmanība, ka meitenēm vērojama tendence par pašnāvniecisko uzvedību ziņot biežāk nekā zēniem un līdz ar riskantāku pašnāvniecisko uzvedību atšķirības starp dzimumiem samazinās. (Pulmanis u.c., 2012)

26. attēls. Pašnāvnieciskā uzvedība dzīves laikā 15-16 gadus veciem pusaudžiem 2011. gadā dzimumu grupās (% no respondentu skaita)



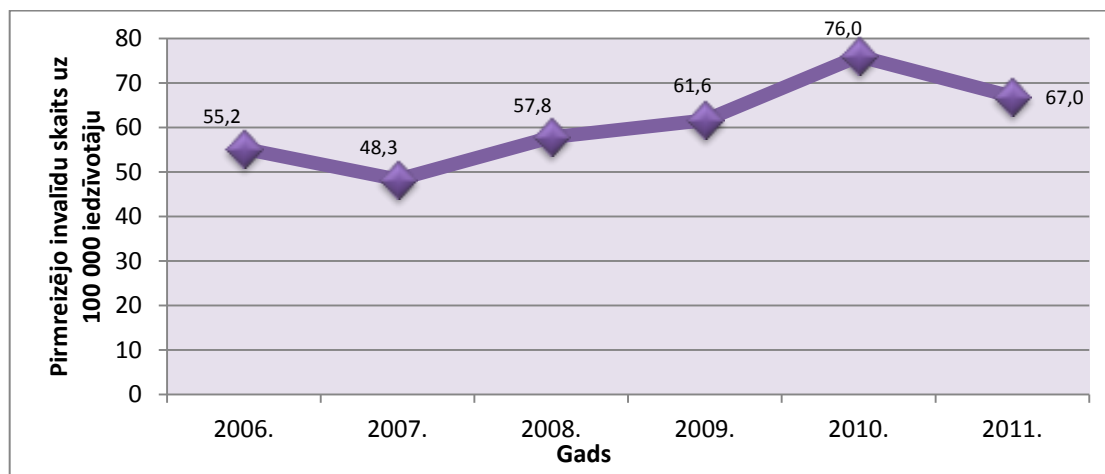
Avots: Eiropas skolu aptaujas projekts par alkoholu un citām atkarību izraisošajām vielām (ESPAD)

### 3. Invaliditāte psihisko un uzvedības traucējumu dēļ<sup>5</sup>

Pavisam 2011. gadā pirmreizēji invaliditāte noteikta 15 594 personām, no kurām 1 378 personām (8,8%) invaliditāte noteikta tieši psihisko un uzvedības traucējumu dēļ.

Analizējot datus dinamikā, pirmreizējā invaliditāte psihisko un uzvedības traucējumu dēļ, kurai kopš 2007. gada bija tendence palielināties, 2011. gadā samazinājās (skatīt 27. attēlu). 2011. gadā, salīdzinot ar 2010. gadu samazinājums par 13,6% vērojams arī absolūtajos skaitļos. Iedzīvotāji krīzes laikā bija vairāk pakļauti dažādiem negatīviem sociālajiem apstākļiem, kuri varēja radīt gan labvēlīgu augsni dažādu psihisko un uzvedības traucējumu attīstībai, gan papildu problēmas pacietiem, kuri jau slimoja ar šiem traucējumiem (piemēram, piederīgo nespēja uzturēt slimo personu finansiālo problēmu dēļ, darba zaudēšana un nespēja atrast jaunu darba vietu). Tas, iespējams, varēja kļūt par iemeslu nepieciešamībai pārvarēt pastāvošos aizspriedumus un reģistrēt savu invaliditāti, tādējādi iegūstot finansiālu atbalstu no valsts. 2011. gadā, iespējams, negatīvā sociālo apstākļu ietekme mazinājusies, kas varētu būt viens no pirmreizējās invaliditātes samazinājuma iemesliem, tomēr korektam minēto tendenču izvērtējumam nepieciešami papildu pētījumi.

27. attēls. Pirmreizējie invalīdi ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem uz 100 000 iedzīvotāju dinamikā Latvijā



\* Jāņem vērā, ka rādītāji par 2006. – 2010. gadu aprēķināti balstoties uz CSP aprēķināto provizorisko iedzīvotāju skaitu (dati uz 16.10.2012.)

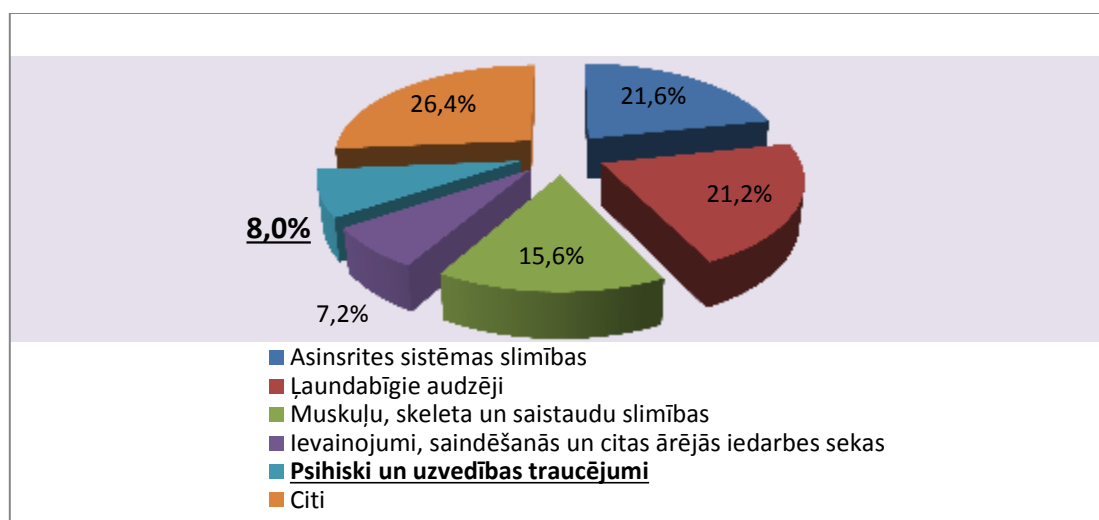
Avots: Veselības un darbības ekspertīzes ārstu valsts komisija

<sup>5</sup> Nodaļas sagatavošanā izmantoti Veselības un darbības ekspertīzes ārstu valsts komisijas (VDEAVK) dati no 2011. gada publiskā pārskata. <http://www.vdeavk.gov.lv/downloads/file/Parskats%202011.pdf>

2011. gadā no kopējā pirmreizējo invalīdu skaita ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem 1 161 persona (42,5% vīrieši un 57,5% sievietes) bijušas vecākas par 18 gadiem. Liels īpatsvars (37,3%) pirmreizējās invaliditātes struktūrā psihisko un uzvedības traucējumu dēļ par 18 gadiem vecākām personām ir šizofrēnijas pacienti.

Kopējā pirmreizējās invaliditātes struktūrā dalījumā pa slimībām pieaugušajiem psihiski un uzvedības traucējumi, līdzīgi kā 2010. gadā, atrodas ceturtajā vietā (skatīt 28. attēlu).

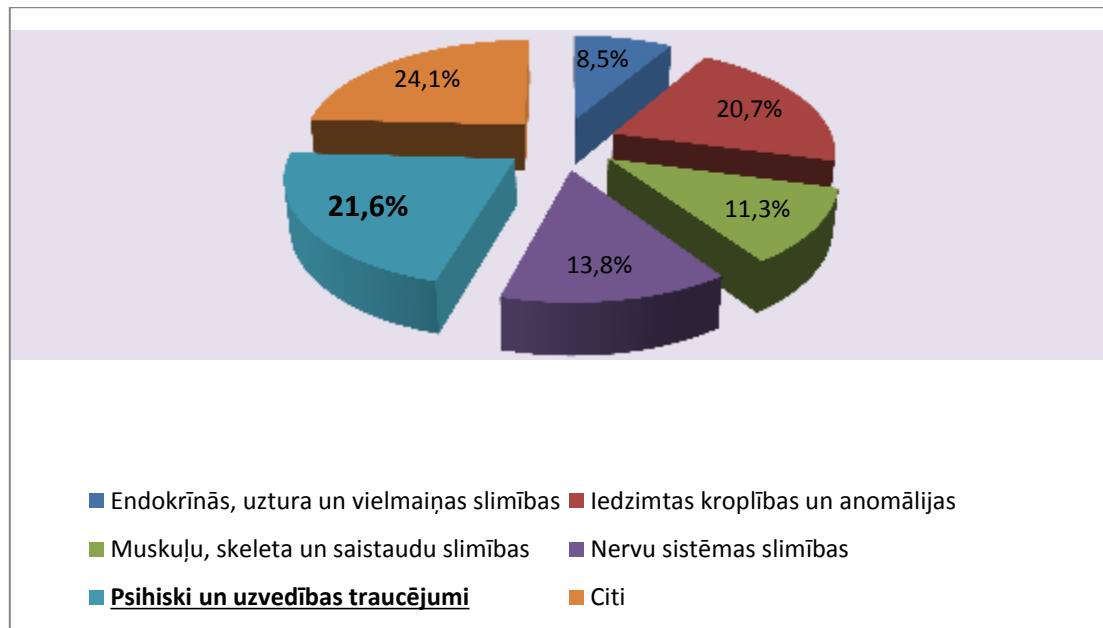
28. attēls. Kopējā pirmreizējās invaliditātes struktūra pa slimībām par 18 gadiem vecākām personām 2011. gadā



Avots: Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija

2011. gadā invaliditāte psihisko un uzvedības traucējumu dēļ noteikta arī 217 bērniem. Pirmreizējās invaliditātes struktūrā bērniem dalījumā pa slimībām psihiskie un uzvedības traucējumi, līdzīgi kā 2010. gadā, atrodas pirmajā vietā (skatīt 29. attēlu). 136 jeb 62,7% gadījumu pirmreizējās invaliditātes iemesls psihisko un uzvedības traucējumu gadījumos bijusi garīgā atpalicība.

29. attēls. Kopējā pirmreizējās invaliditātes struktūra dalījumā pa slimībām personām līdz 18 gadu vecumam 2011. gadā



Avots: Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija



## 4. Psihiatriskās palīdzības dienests

Kopumā 2011. gadā pēc valsts apmaksātās ambulatorās palīdzības vērsušies vai hospitalizēti 151 777 unikālie pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem<sup>6</sup>, kas atbilst 7,4% no Latvijas iedzīvotājiem.

### 4. 1. Ambulatorā aprūpe

Pēc ambulatorās palīdzības psihisko un uzvedības traucējumu gadījumos 2011. gadā kopumā vērsies 146 901 unikālais pacients, kas kopumā atbilst 7,1% Latvijas iedzīvotāju. 5. tabulā redzams šo pacientu sadalījums atbilstoši diagnožu grupām un palīdzības veidam: pie ģimenes ārsta, psihiatra, bērnu psihiatra un citiem speciālistiem<sup>7</sup>.

Pie ģimenes ārsta, lielākoties, pacienti vērsušies ar neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (diagnožu grupa F40-F48) (76,9%), garastāvokļa (afektīvajiem) traucējumiem (diagnožu grupa F30-F39) (6,5%) un organiskiem psihiskiem traucējumiem, ieskaitot simptomātiskos (diagnožu grupa F00-F09) (4,9%).

Psihiatri, savukārt, visbiežāk ārstējuši pacientus ar šizofrēniju, šizotipiskajiem traucējumiem un murgiem (diagnožu grupa F20-F29) (32,8%), organiskiem psihiskiem traucējumiem, ieskaitot simptomātiskos (diagnožu grupa F00-F09) (26,9%) un neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (diagnožu grupa F40-F48) (12,5%), bet bērnu psihiatru kompetencē biežāk bijuši pacienti ar psihiskās attīstības traucējumiem (diagnožu grupa F80-F89) (24,2%), garīgo atpalcību (diagnožu grupa F70-F79) (23,1%) un uzvedības, un emocionāliem traucējumiem, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā, kā arī neprecizētiem psihiskiem traucējumiem (diagnožu grupa F90-F98) (22,5%).

---

<sup>6</sup> F00-F09; F20-F99 diagnožu grupa.

<sup>7</sup> Visi citi speciālisti, pie kuriem vērsušies pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, izņemot ģimenes ārstu, psihiatru un bērnu psihiatru. Ietilpst arī palīgkabinētu apmeklējumi.

5. tabula. Unikālo<sup>8</sup> pacientu skaits ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem saistībā ar sniegtās palīdzības veidu (noteiktām ārstu specialitātēm) 2011. gadā

	F00- F09	F20- F29	F30- F39	F40- F48	F50- F59	F60- F69	F70- F79	F80- F89	F90- F98	F99- F99	Kopā
<b>Ģimenes ārsts</b>	2688	927	3512	41833	2209	96	800	1179	1178	8	<b>54430</b>
<b>Psihiatrs</b>	10567	12843	4721	4909	164	272	4158	915	661	4	<b>39214</b>
<b>Bērnu psihiatrs</b>	679	131	47	267	36	18	904	948	882	0	<b>3912</b>
<b>Citi speciālisti</b>	2240	610	585	33223	975	114	478	6829	4279	12	<b>49345</b>
<b>Kopā</b>	<b>16174</b>	<b>14511</b>	<b>8865</b>	<b>80232</b>	<b>3384</b>	<b>500</b>	<b>6340</b>	<b>9871</b>	<b>7000</b>	<b>24</b>	<b>146901</b>

Avots: NVD dati par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, autoru aprēķini

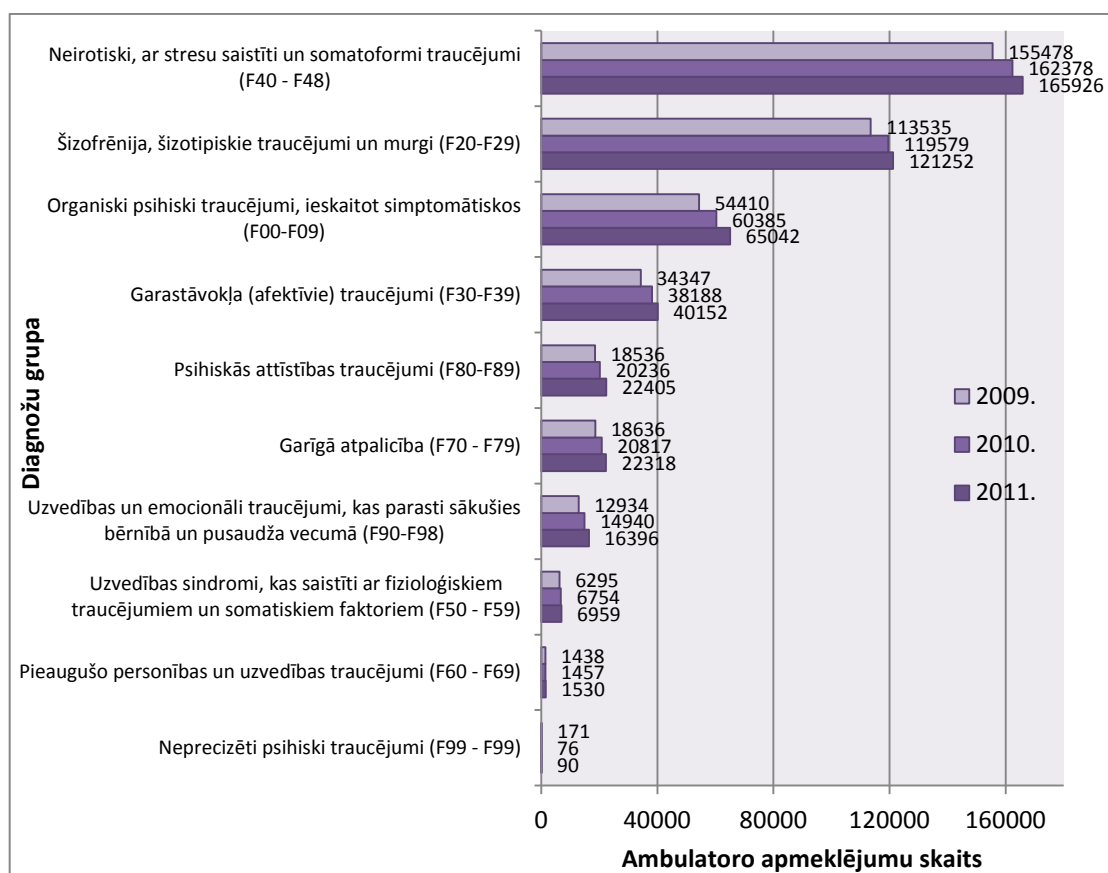
Būtiski analizēt ne tikai datus par unikālajiem pacientiem, bet arī pacientu veiktos ambulatoros apmeklējumus, jo viens unikālais pacients dažādos speciālistus var apmeklēt vairākas reizes.

Salīdzinot ambulatoro apmeklējumu skaitu 2009., 2010. un 2011. gadā pie jebkuras specialitātes ārsta, jāsecina, ka tam ir palielināšanās tendence - 2011. gadā kopumā reģistrēti 462 070 apmeklējumi ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kas ir par 3,9% vairāk, salīdzinot ar 2010. gadu (2010. gadā 444 810) (skatīt 30. attēlu).

Pieaugums vērojams ne tikai kopumā, bet arī visās diagnožu grupās atsevišķi. 2011. gadā lielākais ambulatoro apmeklējumu skaits bijis saistīts ar neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (diagnožu grupa F40-F48), kam seko šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (F20-F29 diagnožu grupa) un organiski psihiskie traucējumi, ieskaitot simptomātiskos (diagnožu grupa F00-F09).

<sup>8</sup> Par unikālo pacientu tiek uzskatīts pacients, kurš vienu vai vairākas reizes 2011. gadā saņēmis ambulatoro palīdzību, aprēķinos izmantojot APANS datus no NVD datu masīva par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (dati saņemti no NVD). Datu analīzē tiek ņemta vērā gada laikā pēdējā aprūpes epizodē uzrādītā ārsta specialitāte un pamatdiagnoze. Datus par „citiem speciālistiem” ietilpst arī palīgkabineta apmeklējumi.

30. attēls. Ambulatoro apmeklējumu skaits pie visu specialitāšu ārstiem ar pamatdiagnozi „psihiski un uzvedības traucējumi” (absolūtos skaitļos) 2009., 2010. un 2011. gadā

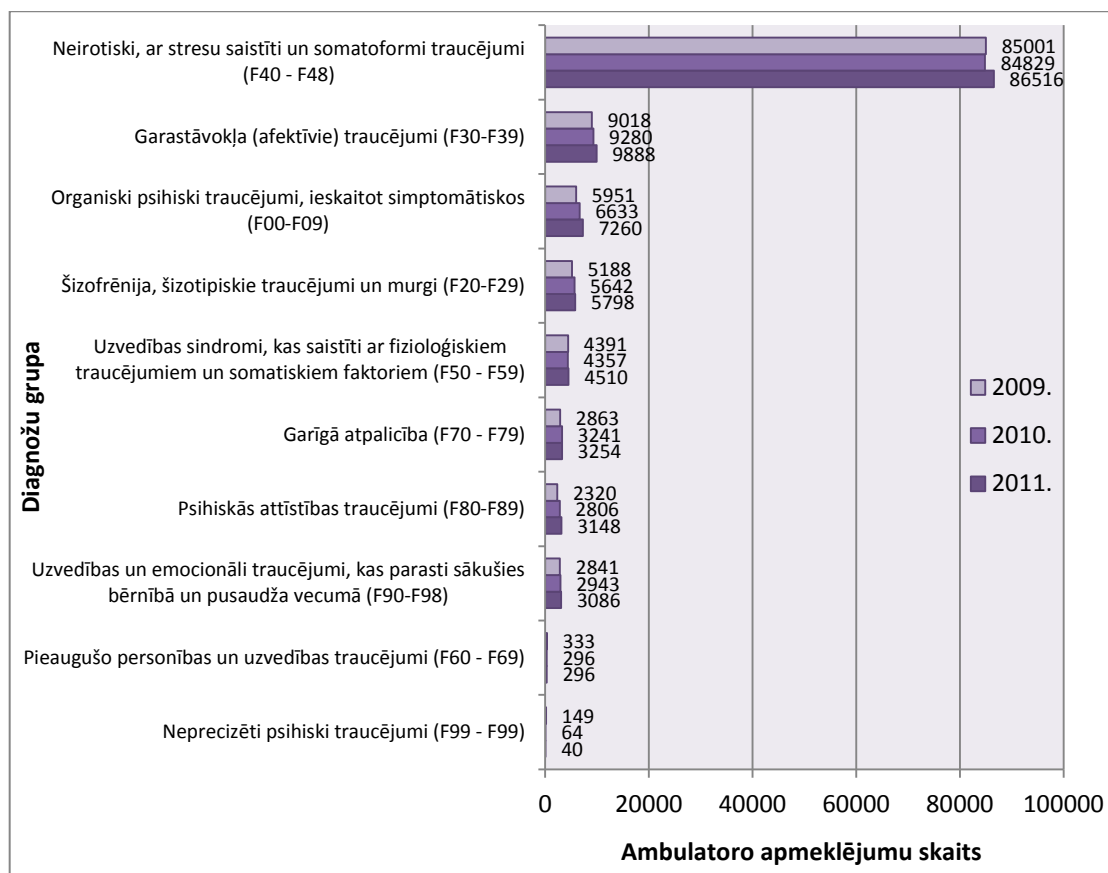


Avots: NVD Vadības Informācijas Sistēma, 20.07.2012.

2011. gadā audzis arī apmeklējumu skaits pie ģimenes (vispārējās prakses) ārsta – kopumā šis speciālists apmeklēts 123 796 reizes, kas ir par 3,1% vairāk, salīdzinot ar 2010. gadu (2010. gadā 120 091).

Lielākais apmeklējumu skaits pie ģimenes (vispārējās prakses) ārsta arī 2011. gadā ir bijis saistīts ar neirotiskiem ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (diagnožu grupa F40-F48) - šie apmeklējumi veido 69,9% no visiem ambulatorajiem pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem apmeklējumiem pie ģimenes ārsta. Tālāk seko garastāvokļa (afektīvie) traucējumi (diagnožu grupa F30-F39) (8%) un organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos (diagnožu grupa F00-F09) (5,9%) (skatīt 31. attēlu). Pieaugums vērojams gandrīz visās citu diagnožu grupās.

31. attēls. Ambulatoro apmeklējumu skaits pie ģimenes (vispārējās prakses) ārsta ar pamatdiagnozi „psihiski un uzvedības traucējumi” (absolūtos skaitļos) 2009., 2010. un 2011. gadā

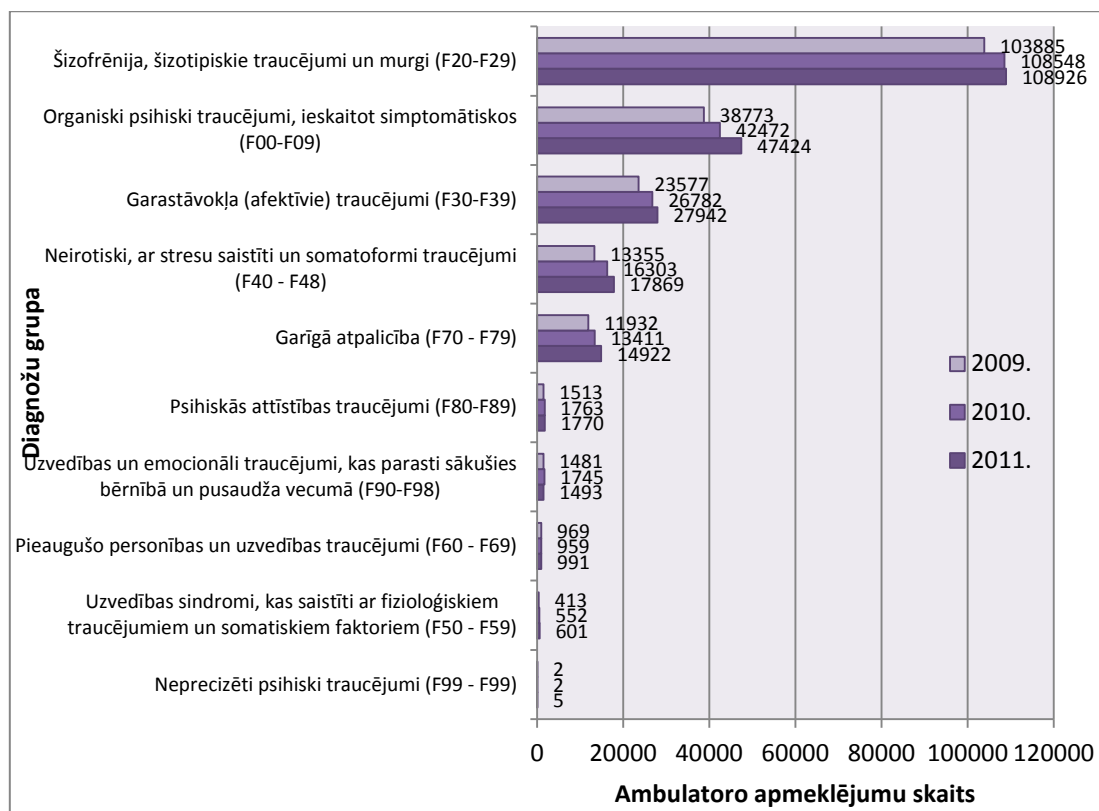


Avots: NVD Vadības Informācijas Sistēma, 20.07.2012.

Pieauguma tendence 2011. gadā vērojama arī apmeklējumu skaitam pie psihiatra - kopumā psihiatrs ambulatori apmeklēts 221 943 reizes, kas ir par 4,4% vairāk nekā 2010. gadā (2010. gadā 212 537) (skatīt 32. attēlu).

Lielākais apmeklējumu skaits pie psihiatra 2011. gadā bijis saistīts ar šizofrēniju, šizotipiskajiem traucējumiem un murgiem (diagnožu grupa F20-F29) (49,1%), organiskiem psihiskiem traucējumiem, ieskaitot simptomātiskos (diagnožu grupa F00-F09) (21,4%) un garastāvokļa (afektīvajiem) traucējumiem (diagnožu grupa F30-F39) (12,6%). Salīdzinot ar 2010. gadu, apmeklējumu skaita pieaugums vērojams gandrīz visu diagnožu grupās, izņemot uzvedības un emocionālos traucējumus, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā (diagnožu grupa F90-F98). Izteiktāks pieaugums vērojams organiskiem psihiskiem traucējumiem, ieskaitot simptomātiskos (diagnožu grupa F00-F09), kas līdzinās Reģistra analīzē iegūtajiem rezultātiem (skatīt 2. attēlu).

32. attēls. Ambulatoro apmeklējumu skaits pie psihiatra ar pamatdiagnozi „psihiski un uzvedības traucējumi” (absolūtos skaitļos) 2009., 2010. un 2011. gadā

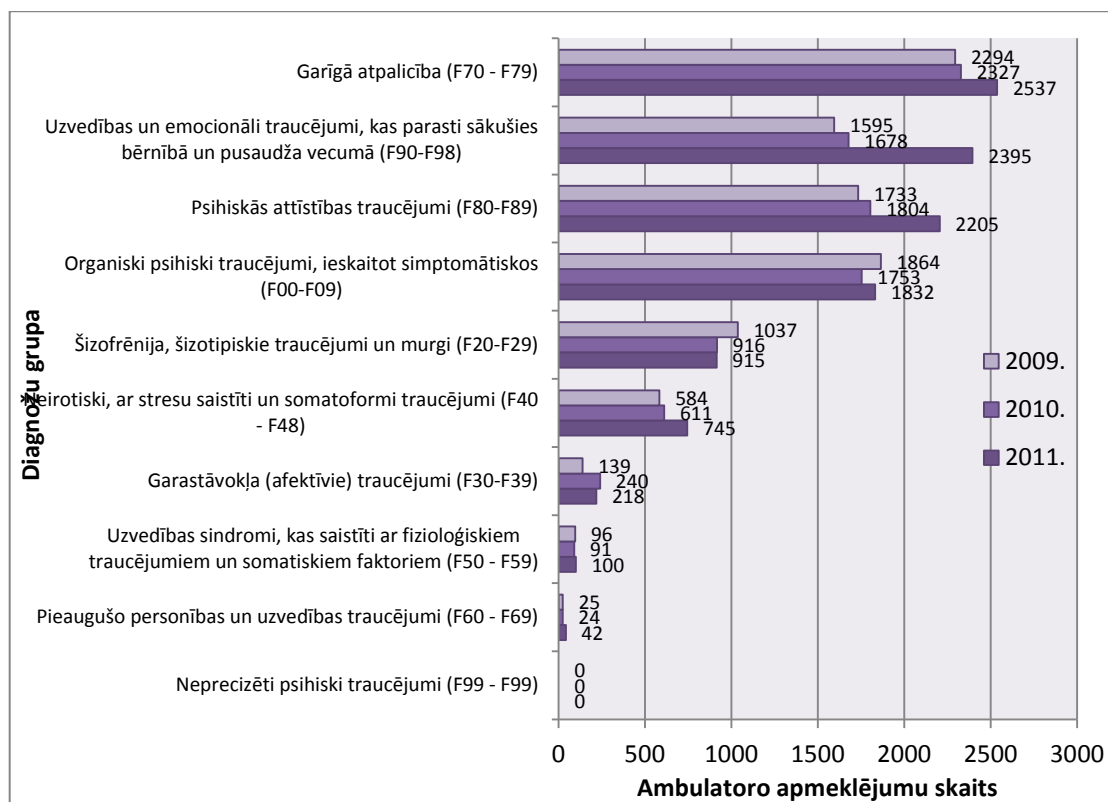


Avots: NVD Vadības Informācijas Sistēma, 20.07.2012.

Audzis arī kopējais ambulatoro apmeklējumu skaits pie bērnu psihiatra (skatīt 33. attēlu). Kopumā pie bērnu psihiatra 2011. gadā reģistrēti 10 989 apmeklējumi, kas veido pieaugumu par 16,3%, salīdzinot ar 2010. gadu (2010. gadā 9 444).

Lielākais apmeklējumu skaits pie bērnu psihiatra 2011. gadā bijis saistīts ar garīgo atpalcību (diagnožu grupa F70-F79) (23,1%), uzvedības un emocionālajiem traucējumiem, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā (diagnožu grupa F90-F98) (21,8%) un psihiskās attīstības traucējumiem (diagnožu grupa F80-F89) (20,1%). Salīdzinot ar 2010. gadu apmeklējumu pieaugums vērojams gandrīz visās diagnožu grupās, izņemot šizofrēniju, šizotipiskos traucējumus un murgus (diagnožu grupa F20-F29) un garastāvokļa (afektīvos) traucējumus (diagnožu grupa F30-F39). Izteiktākais pieaugums vērojams uzvedības un emocionālajiem traucējumiem, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā (diagnožu grupa F90-F98), kas arī sasaucas ar Reģistra analīzē iegūtajiem rezultātiem (skatīt 2. attēlu).

33. attēls. Ambulatoro apmeklējumu skaits pie bērnu psihiatra ar pamatdiagnozi „psihiski un uzvedības traucējumi” (absolūtos skaitļos) 2009., 2010. un 2011. gadā



Avots: NVD Vadības Informācijas Sistēma, 20.07.2012.

Iespējams, ka pacientu apmeklējumu skaita pieaugums varētu būt saistīts ar tendenci plašāk izmatot valsts pakalpojumus, kas pieejami bez pacientu līdzmaksājumiem, turklāt nozīmīgs atspazs pacientiem varētu būt valsts kompensētie medikamenti. Šī pieņēmuma pierādīšanai tomēr nepieciešami papildus pētījumi.

Vietu skaits dienas stacionāros pacientiem ar psihiskiem traucējumiem laika posmā no 2010. uz 2011. gadu nav mainījies, bet par 14,5% ir pieaudzis tajos ārstēto pacientu skaits (skatīt 6. tabulu).

6. tabula. Vietu skaits dienas stacionāros psihisku slimiem pacientiem un tajos ārstēto pacientu skaits 2009., 2010. un 2011. gadā

	Vietu skaits	Ārstēto pacientu skaits				Kopā
		Bērni (0 - 17 gadi)		Pieaugušie (18<)		
		zēni	meitenes	vīrieši	sievietes	
<b>2009. gads</b>	160	47	26	393	1298	<b>1764</b>
<b>2010. gads</b>	160	39	27	460	1354	<b>1880</b>
<b>2011.gads</b>	160	52	40	493	1568	<b>2153</b>

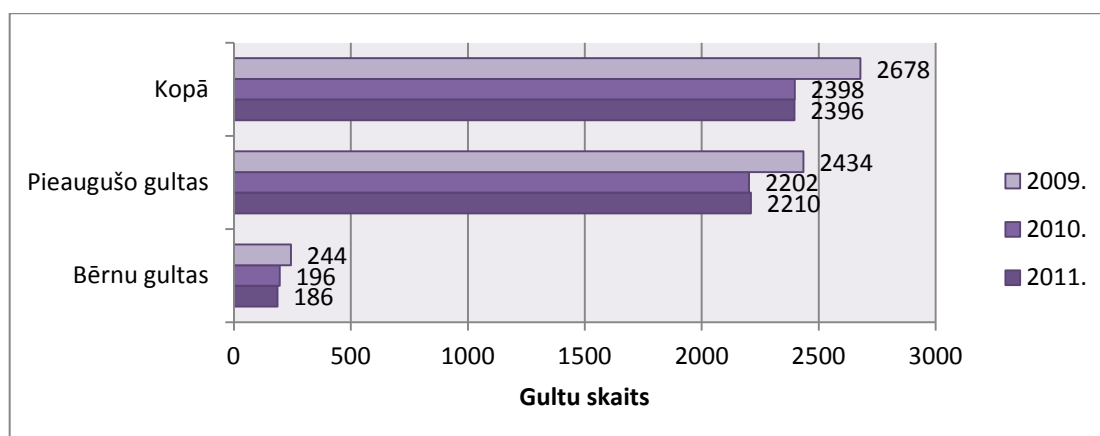
Avots: SPKC. Valsts statistikas pārskats „Pārskats par ārstniecības iestādes darbību”

## 4.2. Stacionārā aprūpe

Stacionāro aprūpi 2011. gadā nodrošināja sešas psihoneiroloģiskās slimnīcas un trīs psihiatriska profila nodaļas citās slimnīcās.

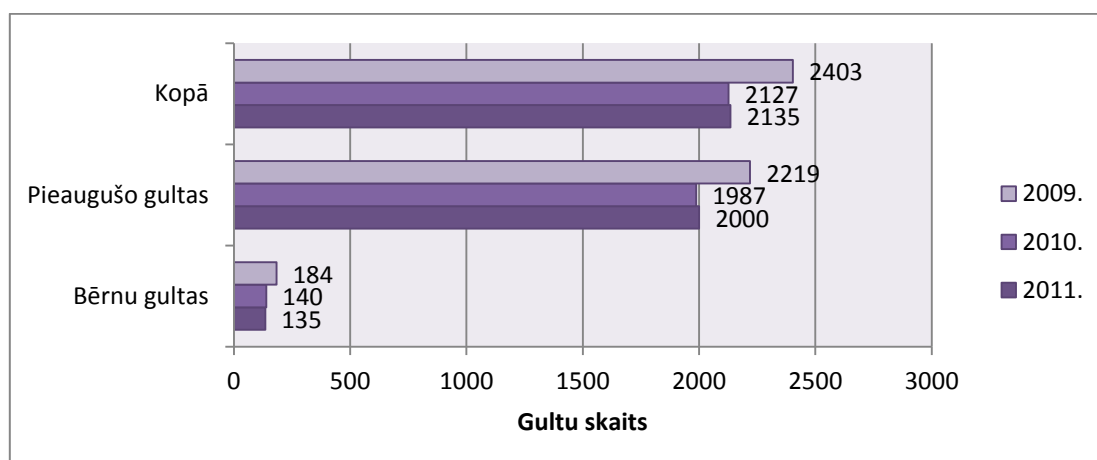
Kopumā psihiatrijas profila gultu skaits visos Latvijas stacionāros 2011. gadā pavisam nedaudz samazinājies - par 0,1%, salīdzinot ar 2010. gadu, bet psihoneiroloģiskajās slimnīcās pieaudzis par 0,4% (skatīt 34. un 35. attēlu). Novērotais pieaugums vērtējams negatīvi, jo jāņem vērā, ka pamatnostādņu „Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009. - 2014.gadā” (turpmāk – Pamatnostādnes) vienā no rezultatīvajiem rādītājiem (indikatoriem) noteikts psihiatrisko stacionāru gultu skaitu samazināt par 3% gadā (LRVM, 2008).

34. attēls. Psihiatrijas profila vidējais gada gultu skaits visos Latvijas stacionāros 2009., 2010. un 2011. gadā



Avots: Stacionāro gultu fonda izmantošanas datu bāze. Slimību profilakses un kontroles centrs.

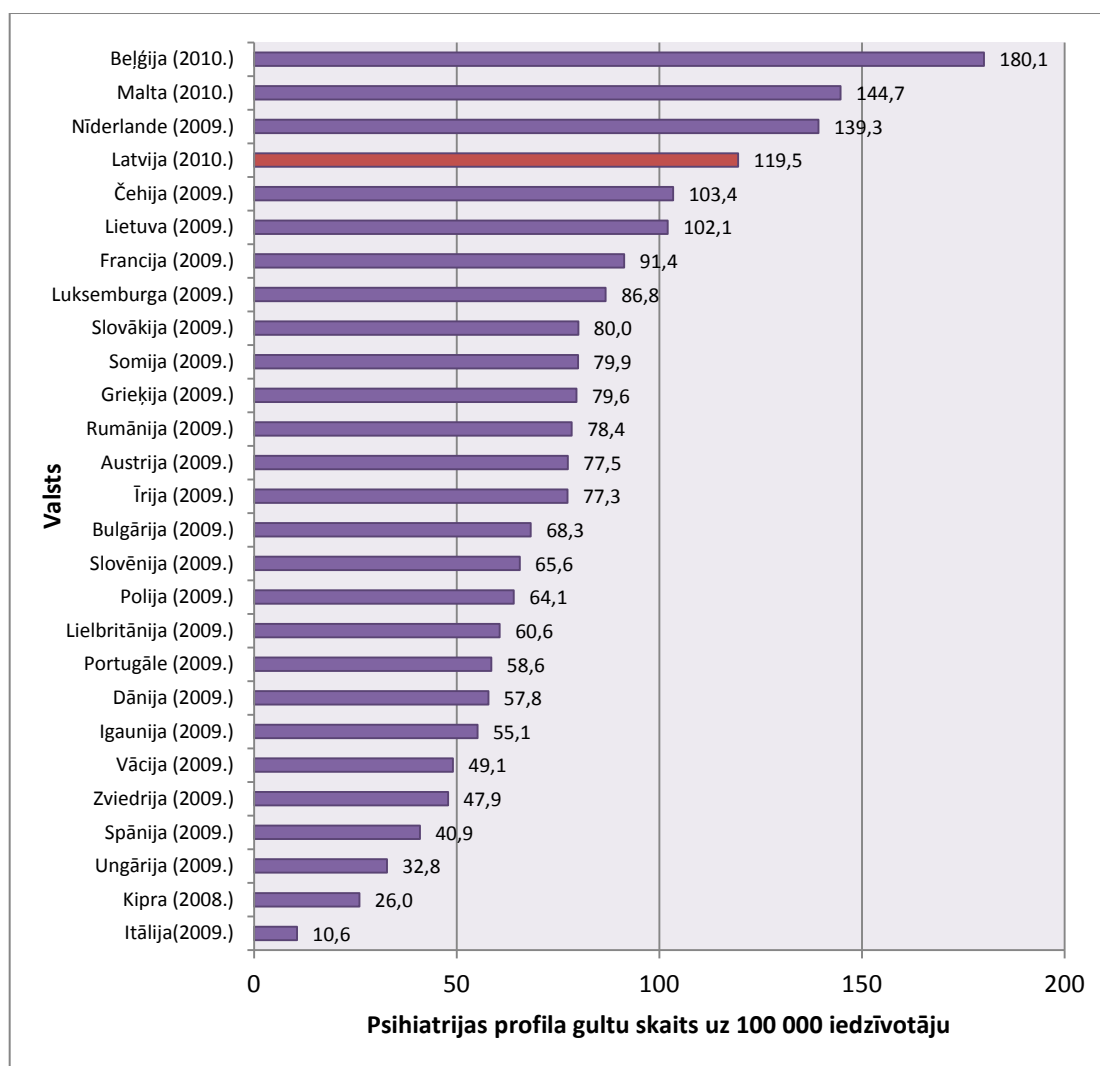
35. attēls. Psihiatrijas profila vidējais gada gultu skaits Latvijas psihoneiroloģiskajās slimnīcās 2009., 2010. un 2011. gadā



Avots: Stacionāro gultu fonda izmantošanas datu bāze. Slimību profilakses un kontroles centrs.

Laika posmā no 2009. līdz 2010. gadam vidējais psihiatriskā profila gultu skaits samazinājies par 11,5%, kas pārsniedz Pamatnostādnēs noteiktos 3% gadā, tomēr arī ņemot vērā šo faktu, nelielā pieauguma tendence 2011. gadā vērtējama negatīvi – kaut vai tādēļ, ka analizējot PVO HFA datubāzē pieejamo informāciju, Latvija joprojām atrodas ceturtajā vietā ES dalībvalstu vidū pēc psihiatrijas profila gultu<sup>9</sup> skaita uz 100 000 iedzīvotāju (skatīt 36. attēlu).

36. attēls. Psihiatrijas profila gultu skaits uz 100 000 iedzīvotāju 27 ES dalībvalstīs



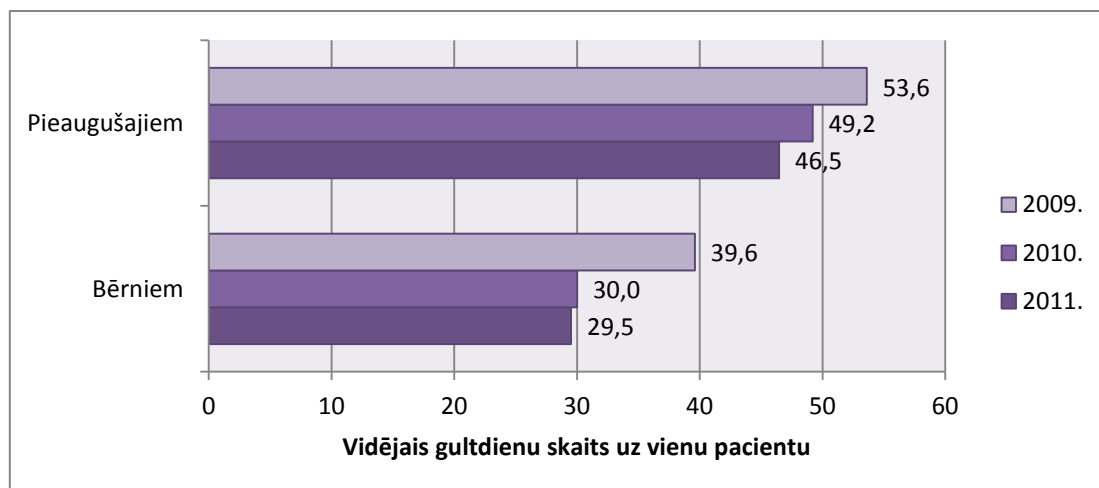
Avots: PVO HFA datubāze (skatīts 20.07.2012.)

<sup>9</sup> Psihiatrijas profila gultas, atbilstoši Eiropas Savienības statistikas biroja Eurostat un Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas saskaņotajai definīcijai ir visas gultas psihiatriskajos un narkoloģiskajos stacionāros, vispārēja tipa slimnīcu psihiatrisko nodaļu gultas un cita veida (ne psihiatrisku, ne narkoloģisku) slimnīcu psihiatrisko nodaļu gultas. Gultu skaitā netiek ieskaitītas aprūpes gultas, ilgstošas māsu aprūpes gultas, rehabilitācijas un paliatīvās aprūpes gultas.



Nākotnes izaicinājums saskaņā ar Pamatnostādnēm ir orientācija uz sabiedrībā balstītu garīgās veselības aprūpes dienestu, palielinot ambulatorās ārstniecības nozīmi pacientu aprūpē. Šī tendence, iespējams, atspoguļojusies arī novērotajā slimnīcu psihiatrijas profila gultu vidējo gultdienu skaita samazinājumā gan bērniem, gan pieaugušajiem (skatīt 37. attēlu).

37. attēls. Vidējais gultdienu skaits uz vienu pacientu Latvijas slimnīcu psihiatrijas profila gultās 2009., 2010. un 2011. gadā



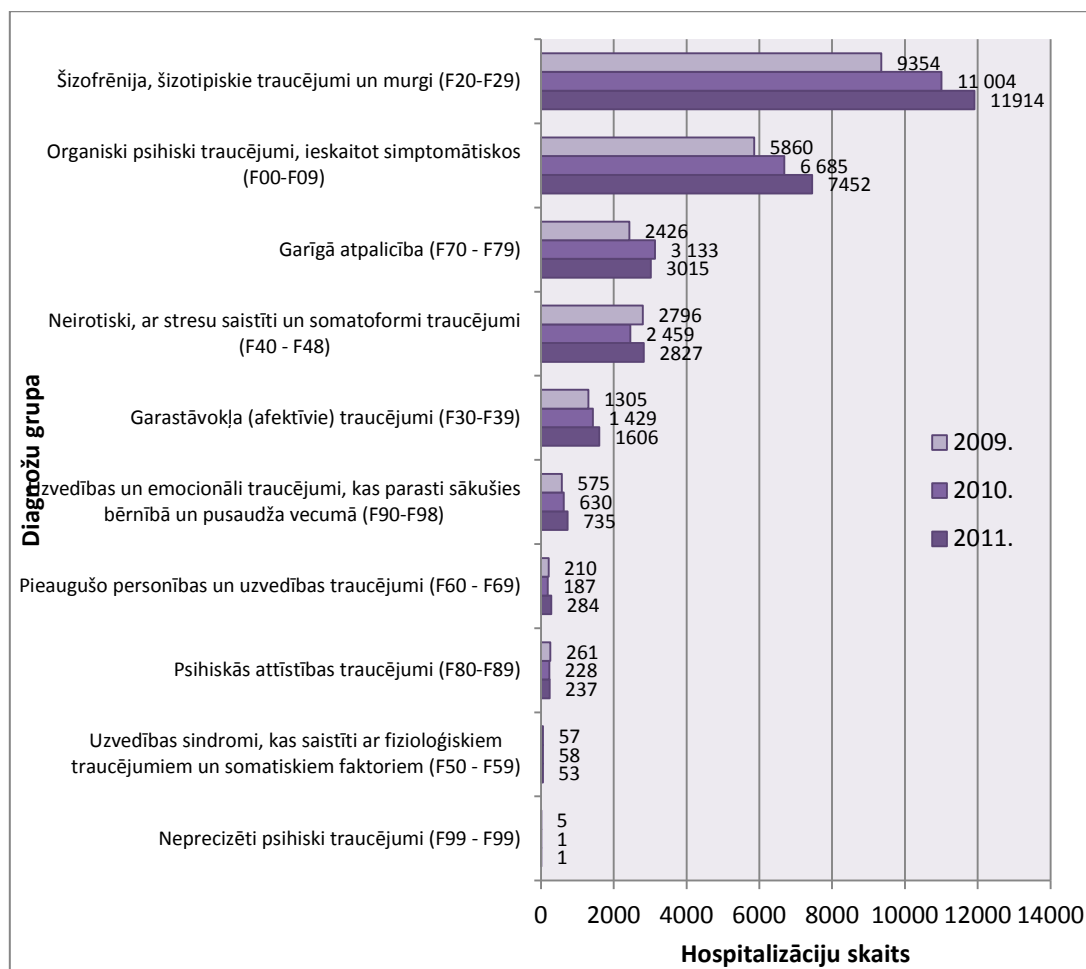
Avots: Stacionāro gultu fonda izmantošanas datu bāze. Slimību profilakses un kontroles centrs

Nolūkā pilnīgāk novērtēt psihiskās veselības stāvokli valstī, būtiski ir analizēt arī pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem hospitalizācijas tendences slimnīcās. 2011. gadā visos stacionāros psihisku un uzvedības traucējumu<sup>10</sup> gadījumos pacienti hospitalizēti 28 124 reizes, kas ir par 8,9% vairāk nekā 2010. gadā (2010. gadā 25 814) (skatīt 38. attēlu).

Lielākais hospitalizāciju skaits bijis pacientiem salīdzinoši smagāku slimību gadījumos - šizofrēnijas, šizotipisko traucējumu un murgu (diagnožu grupa F20-F29) (42,4%), organisku psihisko traucējumu (diagnožu grupa F00-F09) (26,5%) un garīgās atpalcības (diagnožu grupa F70-F79) (10,7%) gadījumos. Salīdzinot ar 2010. gadu, hospitalizāciju pieaugums vērojams gandrīz visās diagnožu grupās, izņemot garīgo atpalcību (diagnožu grupa F70-F79) un uzvedības sindromus, kas saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem un somatiskiem faktoriem (diagnožu grupa F50-F59).

<sup>10</sup> F00-F09; F20-F99 diagnožu grupa.

38. attēls. Visos Latvijas stacionāros pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem veikto hospitalizāciju sadalījums diagnožu grupās 2009., 2010. un 2011. gadā

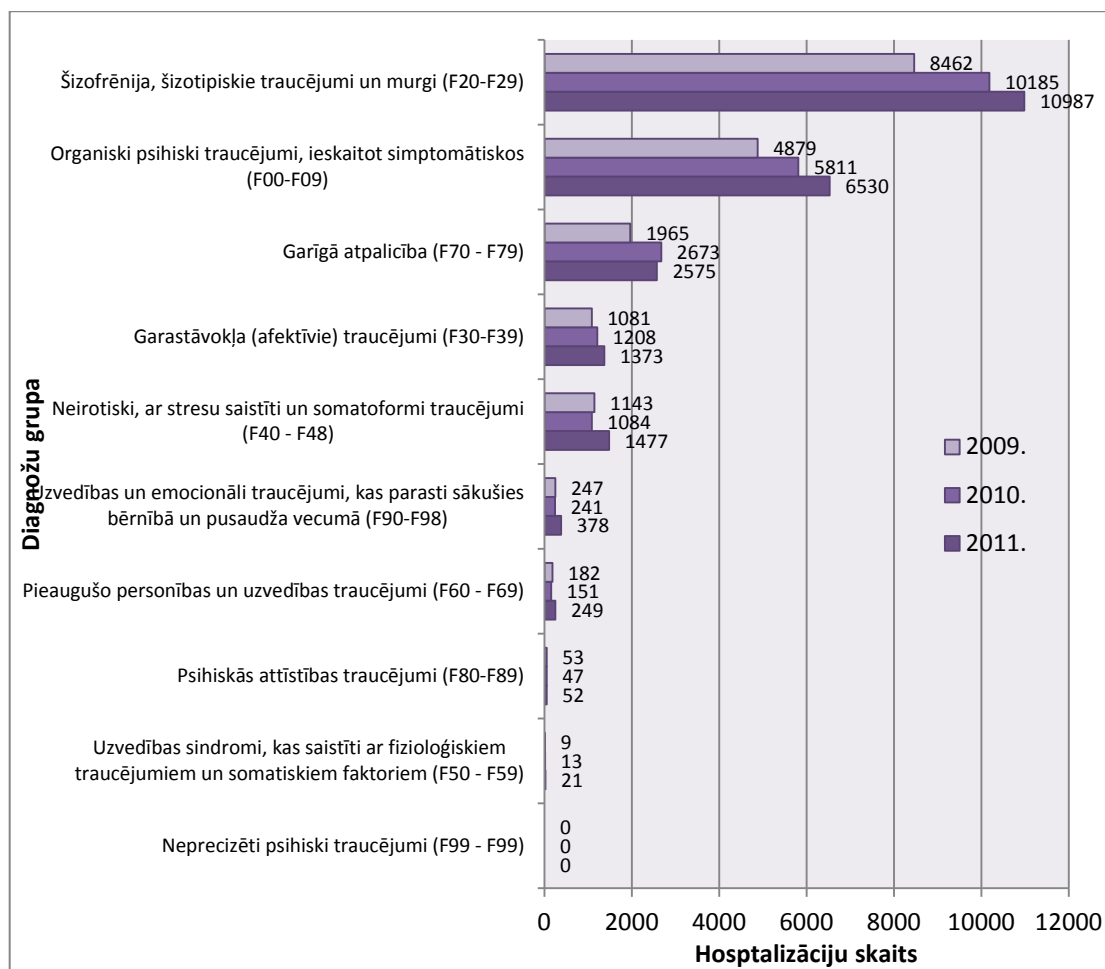


Avots: NVD Vadības Informācijas Sistēma, 20.07.2012.

Latvijas psihoneiroloģiskajās slimnīcās, savukārt, pacienti stacionēti 23 642 reizes, jeb 84% visu psihisko un uzvedības traucējumu gadījumos, kas, salīdzinot ar 2010. gadu ir par 10,4% vairāk (2010. gadā 21 413) (skatīt 39. attēlu).

Psihoneiroloģiskajās slimnīcās lielākoties hospitalizēti pacienti ar šizofrēniju, šizotipiskajiem traucējumiem un murgiem (diagnožu grupa F20-F29) (46,5%), organiskiem psihiskiem traucējumiem (diagnožu grupa F00-F09) (27,6%) un garīgo atpalcību (diagnožu grupa F70-F79) (10,9%). Salīdzinot ar 2010. gadu hospitalizāciju skaits pieaudzis visās diagnožu grupās, izņemot garīgo atpalcību (diagnožu grupa F70-F79).

39. attēls. Specializētajās psihoneiroloģiskajās slimnīcās pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem veikto hospitalizāciju sadalījums diagnožu grupās 2009., 2010. un 2011. gadā

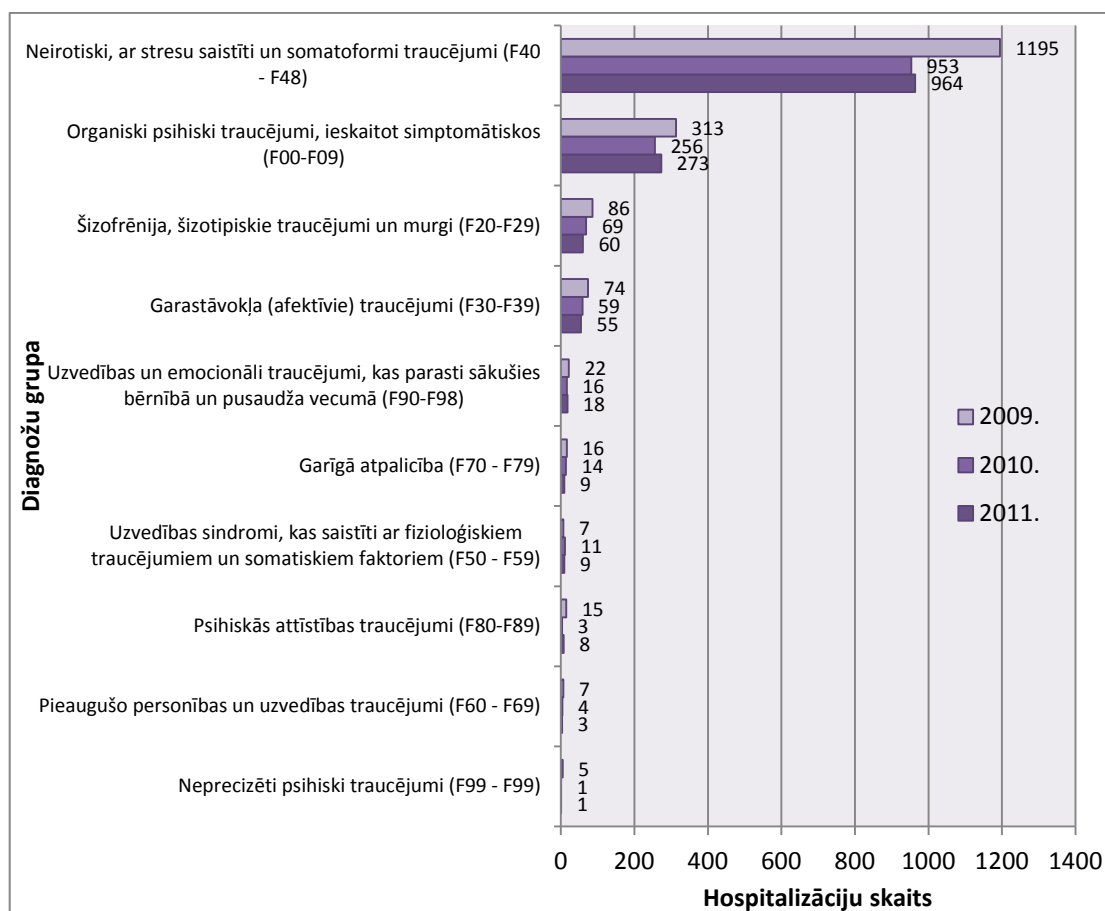


Avots: NVD Vadības Informācijas Sistēma, 20.07.2012.

2011. gadā vērojams neliels hospitalizāciju skaita pieaugums slimnīcās bez psihiatrijas profila gultām – šajās slimnīcās veiktas 1 400 hospitalizācijas, kas ir par 1% vairāk nekā 2010. gadā (2010. gadā 1 386) (skatīt 40. attēlu).

Lielākais hospitalizāciju īpatsvars bijis pacientiem ar neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (diagnožu grupa F40-F48) (68,9%), organiskiem psihiskiem traucējumiem (diagnožu grupa F00-F09) (19,5%) un šizofrēniju, šizotipiskajiem traucējumiem un murgiem (diagnožu grupa F20-F29) (4,3%). Salīdzinot ar 2010. gadu, izteiktāks hospitalizāciju pieaugums vērojams pacientiem ar neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (diagnožu grupa F40-F48), organiskiem psihiskiem traucējumiem (diagnožu grupa F00-F09) un psihiskās attīstības traucējumiem (diagnožu grupa F80-F89).

40. attēls. Citās slimnīcās (bez psihiatrijas profila gultām) pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem veikto hospitalizāciju sadalījums diagnožu grupās 2009., 2010. un 2011. gadā

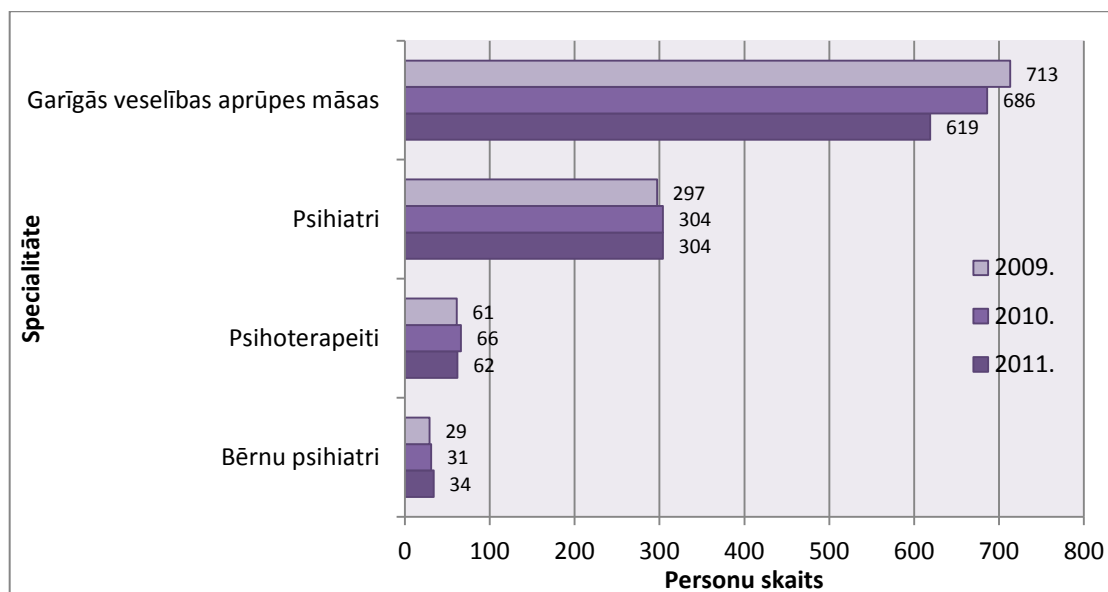


Avots: NVD Vadības Informācijas Sistēma, 20.07.2012.

### 4.3. Cilvēkresursi psihiatrijā

Viens no svarīgākajiem faktoriem, lai nodrošinātu iedzīvotājus ar kvalitatīviem veselības aprūpes pakalpojumiem, ir veselības aprūpes procesā iesaistītie speciālisti jeb cilvēkresursi – to kvalifikācija, atbilstošs skaits un racionāls izvietojums (LRVM, 2008). 41. attēlā redzams pamatdarbā un (vai) blakus darbā strādājošo ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu skaits Latvijā, savukārt 42. attēlā un tālāk analizē apskatīti tikai tie speciālisti - psihiatri, bērnu psihiatri, psihoterapeiti un garīgās veselības aprūpes māsas, kuriem attiecīgā specialitāte reģistrēta kā pamatdarbs.

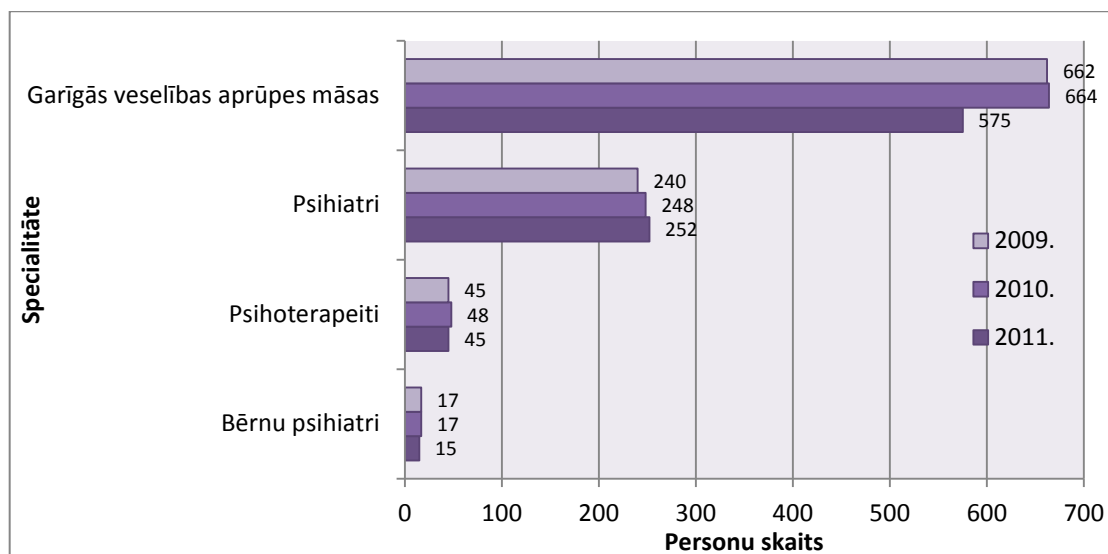
41. attēls. Pamatdarbā un (vai) blakus darbā attiecīgajā specialitātē strādājošo ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu skaits Latvijā 2009., 2010. un 2011. gada beigās



Avots: VI Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrs, 5.10.2012.

Vērtējot pamatdarbā strādājošo speciālistu skaita izmaiņas (skatīt 42. attēlu), jāsecina, ka 2011. gadā, salīdzinot ar 2010. gadu, par 13,4% samazinājies pamatdarbā strādājošo garīgās veselības aprūpes māsu skaits, par 11,8% sarucis bērnu psihiatru un 3,3% psihoterapeitu skaits, savukārt pavisam neliels - 1,6% pieaugums vērojams pamatdarbā strādājošo psihiatru skaitam. Pamatnostādnēs noteikts, ka optimālais nepieciešamais psihiatru skaits valstī ir 1 uz 10 000 iedzīvotāju, savukārt bērnu psihiatriem un garīgās veselības aprūpes māsām šie rādītāji ir attiecīgi 0,2 un 3,5 uz 10 000 iedzīvotāju. 2011. gadā šie rādītāji bija: psihiatriem - 1,2 psihiatriem, bērnu psihiatriem – 0,07 un garīgās veselības aprūpes māsām – 2,8, kas liecina valstī 2011. gadā vērojams nepietiekams nodrošinājums ar garīgās veselības aprūpes māsām un it īpaši – bērnu psihiatriem, kuru skaits šobrīd vērtējams vairāk kā divas reizes mazāks par nepieciešamo. PVO dati par 41 valsti Eiropas reģionā liecina, ka psihiatru un māsu skaits uz 100 000 iedzīvotāju plaši variē - psihiatriem no 1 līdz 30 ar mediālo rādītāju 9, savukārt māsām, kuras strādā psihiskās veselības aprūpē, no 3 līdz 163 ar mediālo rādītāju 21,7 uz 100 000 iedzīvotāju (WHO (b), 2012).

42. attēls. Pamatdarbā attiecīgajā specialitātē strādājošo ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu skaits Latvijā 2009., 2010. un 2011. gada beigās



Avots: VI Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrs, 5.10.2012.

Ja vērtējam pamatdarbā psihiatra specialitātē strādājošo personu vecuma struktūru (skatīt 7. tabulu), vērojama negatīvi vērtējama tendence pakāpeniski samazināties 30-39 gadus vecu psihiatru skaitam un pieaugt psihiatru skaitam vecuma grupā 70 un vairāk gadi. Pozitīvi vērtējams pamatdarbā psihiatra specialitātē strādājošo personu skaita pieaugums vecuma grupā līdz 30 gadiem, tomēr kopējā tendence dinamikā ir psihiatru vidējā vecuma pieaugums.

7. tabula. Pamatdarbā psihiatra specialitātē strādājošo personu vecumstruktūra Latvijā 2009., 2010. un 2011. gada beigās

Vecuma grupa	2009.	2010.	2011.
<30	16	19	22
30-39	38	30	28
40-49	60	70	66
50-59	64	61	63
60-69	44	44	44
70 un vairāk	18	24	29
<b>Kopā</b>	<b>240</b>	<b>248</b>	<b>252</b>
<b>Vidējais vecums</b>	<b>50.4</b>	<b>50.9</b>	<b>51.2</b>

Avots: VI Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrs, 5.10.2012.

Analizējot pamatdarbā bērnu psihiatra specialitātē strādājošo personu vecumstruktūru (skatīt 8. tabulu), jāsecina, ka 2011. gadā gandrīz puse šo speciālistu bija vecuma grupā 60 un vairāk gadi ar kopējā vidējā vecuma pieauguma tendenci dinamikā. Jāņem vērā, ka pensionējoties gados

vecākajiem bērnu psihietriem, tuvākajos gados varētu vēl vairāk sarukt jau tā mazais pamatdarbā strādājošo bērnu psihiatru skaits Latvijā, kas aktualizē nepieciešamību pēc jaunu speciālistu piesaistes.

8. tabula. Pamatdarbā bērnu psihiatra specialitātē strādājošo personu vecumstruktūra Latvijā 2009., 2010. un 2011. gada beigās

Vecuma grupa	2009.	2010.	2011.
<30	1	0	0
30-39	3	3	3
40-49	3	4	3
50-59	2	2	2
60-69	4	2	2
70<	4	6	5
<b>Kopā</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>15</b>
<b>Vidējais vecums</b>	<b>54.6</b>	<b>55.6</b>	<b>56.2</b>

Avots: VI Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrs, 5.10.2012.

2011. gadā izteikti sarucis arī pamatdarbā garīgās veselības aprūpes māsas specialitātē strādājošo personu skaits (skatīt 9. tabulu), kas varētu būt skaidrojams ar darbinieku skaita samazināšanu iestādēs, sakarā ar samazināto valsts finansējumu (LRVM, 2012). 2011. gadā samazinājums vērojams visās vecuma grupās un dinamikā palielinājies māsu vidējais vecums.

9. tabula. Pamatdarbā garīgās veselības aprūpes māsas specialitātē strādājošo personu vecumstruktūra Latvijā 2009., 2010. un 2011. gada beigās

Vecuma grupa	2009.	2010.	2011.
<30	15	12	7
30-39	159	147	115
40-49	182	182	172
50-59	188	176	164
60-69	93	97	88
70<	25	30	29
<b>Kopā</b>	<b>662</b>	<b>644</b>	<b>575</b>
<b>Vidējais vecums</b>	<b>48.7</b>	<b>49.3</b>	<b>49.8</b>

Avots: VI Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrs, 5.10.2012.

Nozīmīgu darbu psihiskās veselības aprūpē veic arī psihoterapeiti, kuru vidējais vecums ir salīdzinoši viszemākais, tomēr ar pieauguma tendenci (skatīt 10. tabulu).

10. tabula. Pamatdarbā psihoterapeita specialitātē strādājošo personu vecumstruktūra Latvijā 2009., 2010. un 2011. gada beigās

Vecuma grupa	2009.	2010.	2011.
<30	5	5	3
30-39	11	8	7
40-49	17	21	22
50-59	10	12	11
60-69	2	2	1
70<	0	0	1
<b>Kopā</b>	<b>45</b>	<b>48</b>	<b>45</b>
<b>Vidējais vecums</b>	<b>43</b>	<b>43.7</b>	<b>44.6</b>

Avots: VI Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrs, 5.10.2012.

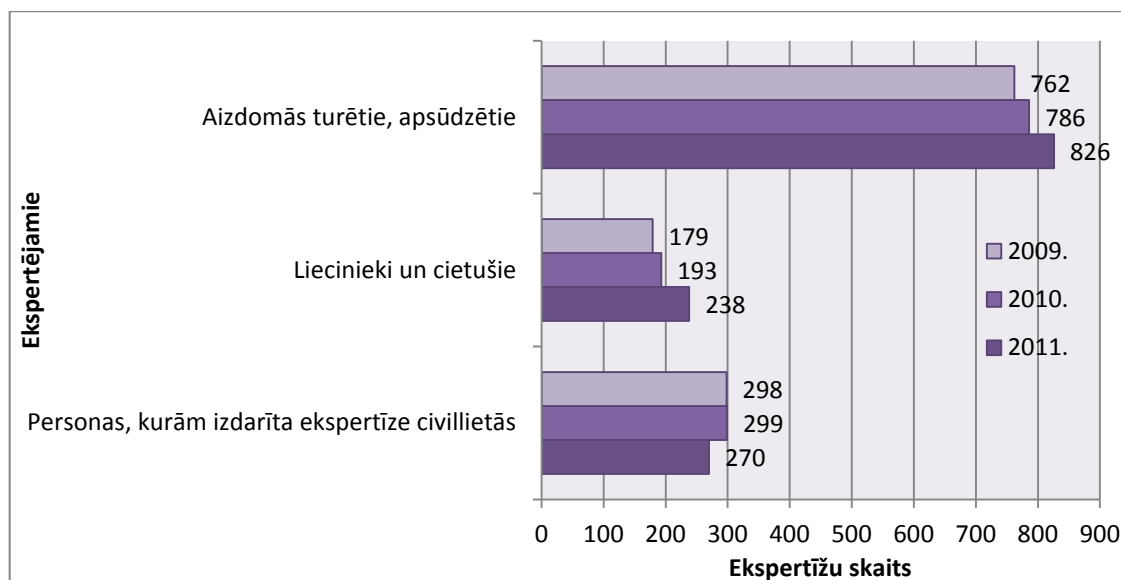
#### 4.4. Tiesu psihiatrija

Tiesu psihiatrijas kā klīniskās psihiatrijas nozares uzdevums ir risināt specifiskos jautājumus, ko noteicis procesa virzītājs kriminālprocesa vai civilprocesa ietvaros, pētīt psihisko traucējumu klīniskās izpausmes, diagnosticēt tās, prognozēt psihisko traucējumu attīstības gaitu noteiktā juridiskā procesa ietvaros. Kriminālprocesā biežāk sastopamais uzdevums ir noskaidrot apsūdzētās personas psihiskos traucējumus noziedzīgā nodarījuma izdarīšanas laikā, vai šai personai nepieciešams piemērot medicīniska rakstura piespiedu līdzekļus un vai pret šo personu var veikt izmeklēšanas darbības. Civilprocesā tiesu psihiatrijas uzdevums ir noskaidrot atbildētāja psihiskos traucējumus izmeklēšanas vai civiltiesiskā darījuma izdarīšanas laikā. (Taube u.c., 2008)

2011. gadā vērojams neliels pieaugums tiesu psihiatrijas ekspertu veikto ekspertīžu skaitā aizdomās turētajiem un apsūdzētajiem - par 5%, salīdzinot ar 2010. gadu, lieciniekiem un cietušajiem - par 23%, salīdzinot ar 2010. gadu, bet personu skaits, kurām izdarīta ekspertīze civillietās 2011. gadā sarucis par 9,7% (skatīt 43. attēlu).



43. attēls. Tiesu psihiatrijas ekspertu izdarīto ekspertīžu skaits (t.sk. kompleksās un psiholoģiskās) ekspertējamo kontingentu grupās 2009., 2010. un 2011. gadā



Avots: Pārskats par tiespsihiatriskās ekspertīzes veikšanu. Slimību profilakses un kontroles centrs

Analizējot psihiatrijas ekspertu komisijas darbu, jāsecina, ka kopumā 2011. gadā dažāda veida piespiedu līdzekļi aizdomās turētajiem, apsūdzētajiem un tiesājamajiem (gadījumos, kad ieteikts personu atzīt par ierobežoti (daļēji) pieskaitāmu vai nepieskaitāmu) ieteikti biežāk nekā 2010. gadā (skatīt 11. tabulu). 2011. gadā pieaugums vērojams visās piespiedu līdzekļu kategorijās, izņemot ārstēšanu specializētā psihiatriskā slimnīcā (nodaļā) ar apsardzi.

11. tabula. Tiesu psihiatrijas ekspertu komisijas ekspertīzēs ieteiktie piespiedu līdzekļi aizdomās turētajiem, apsūdzētajiem un tiesājamajiem gadījumos, kad ieteikts personu atzīt par ierobežoti (daļēji) pieskaitāmu vai nepieskaitāmu

Piespiedu līdzekļi	2009.	2010.	2011.
Ārstēšana specializētā psihiatriskā slimnīcā (nodaļā) ar apsardzi	17	35	22
Ārstēšana vispārējā tipa psihiatriskā slimnīcā (nodaļā)	109	104	140
Ambulatora ārstēšana medicīnas iestādē	76	49	70
Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļi nav rekomendēti	36	31	37
<b>Kopā</b>	<b>238</b>	<b>219</b>	<b>269</b>

Avots: Pārskats par tiespsihiatriskās ekspertīzes veikšanu. Slimību profilakses un kontroles centrs

## 5. Diagnožu grupas analīze

Jau sākot ar tematisko ziņojumu „Garīgā veselība Latvijā 2010. gadā”, katru gadu paredzēts iekļaut papildus informāciju par vienu no psihisko un uzvedības traucējumu diagnožu grupām. Ņemot vērā pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu rādītāju pieaugumu dinamikā un diagnožu grupas ierindošanos vienā no pirmajām trijām vietām pēc ambulatorās un stacionārās palīdzības nepieciešamības, šogad izvēlēta diagnožu grupa – organiski psihiski traucējumi (ieskaitot simptomātiskos) (diagnožu grupa F00-F09).

### 5.1. Organiski psihiski traucējumi (ieskaitot simptomātiskos)

Organisku psihisku traucējumu grupā ietilpst pamatā pacienti ar smadzeņu bojājumiem, zināmākā diagnoze ir demence, piemēram, Alcheimera vai asinsvadu demence. Šīs grupas slimības raksturojas ar atmiņas un citu kognitīvo spēju pasliktināšanos.

Izpētīts, ka 2010. gadā ar vienu no organisku psihisku traucējumu veidiem - demenci slimoja 35,6 miljoni pasaules iedzīvotāji, pie tam, katru gadu reģistrēti 7,7 miljoni jaunu saslimšanas gadījumu, kas liecina par faktu, ka katrās četrās sekundēs kaut kur pasaulē parādās jauns demences gadījums. Pieaugošie saslimstības rādītāji pasaulē liecina par nepieciešamību rīkoties – īpaši valstīs ar zemiem un vidēji zemiem ienākumiem, kur psihiskās veselības aprūpes resursi ir nelieli. (WHO, 2012)

2011. gada organiski psihiski traucējumi reģistrēti gandrīz 1% Latvijas iedzīvotāju, bet vecuma grupā 65 un vairāk gadi šīs diagnožu grupas traucējumi reģistrēti 2% iedzīvotāju. Nedaudz vairāk kā trešdaļā gadījumu reģistrēta saslimšana ar demenci. Daļa saslimšanas gadījumu, diemžēl, netiek diagnosticēti, jo var tikt uzskatīti par „vecuma iezīmi” nevis slimību, kas prasa īpašu aprūpi un ārstēšanu.

59% gadījumu 2011. gadā pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemtas sievietes, bet mazāks īpatsvars (40,6%) bijuši vīrieši. Reģistra uzskaitē esošo pacientu vidū atšķirības starp dzimumiem vērojamas nelielas (skatīt 12. tabulu).

12. tabula. Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemtie un Reģistra uzskaitē esošie pacienti ar organiskiem psihiskiem traucējumiem (ieskaitot simptomātiskos) (F0 diagnožu grupa) dzimuma grupās 2011. gadā

Dzimums	Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemtie		Reģistra uzskaitē esošie	
	Skaitis	%	Skaitis	%
<b>Vīrieši</b>	1095	40,6	9059	49,4
<b>Sievietes</b>	1600	59,4	9266	50,6
<b>Kopā</b>	2695		18325	

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

Reģistra dati liecina, ka augstākie Reģistra uzskaitē pirmo reizi uzņemto un Reģistra uzskaitē esošo pacientu rādītāji vērojami vecākajās iedzīvotāju grupās (skatīt 13. tabulu). Starptautisku pētījumu dati liecina, ka viena no organisku psihisku traucējumu veidiem – demenču prevalence cilvēkiem pēc 65 gadiem dubultojas ik pēc pieciem gadiem (WHO, 2012).

13. tabula. Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemtie un Reģistra uzskaitē esošie pacienti ar organiskiem psihiskiem traucējumiem (ieskaitot simptomātiskos) (F0 diagnožu grupa) vecuma grupās uz 100 000 iedzīvotāju 2011. gadā

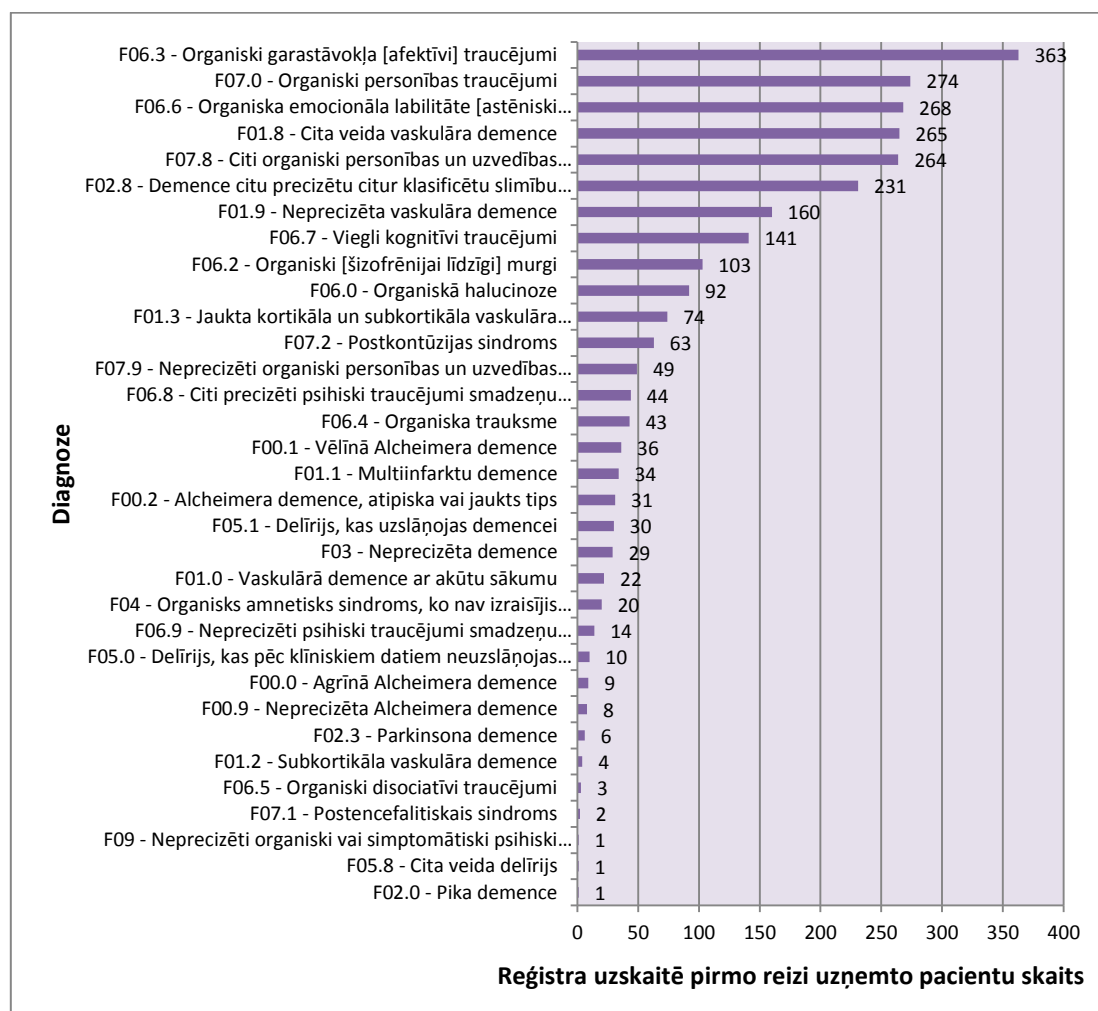
Vecuma grupa	Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemtie	Reģistra uzskaitē esošie
<b>0-4</b>	33.0	46.2
<b>5-9</b>	120.6	304.6
<b>10-14</b>	98.4	571.2
<b>15-19</b>	69.9	735.8
<b>20-24</b>	26.4	592.4
<b>25-29</b>	22.3	679.6
<b>30-34</b>	37.4	794.9
<b>35-39</b>	40.4	655.7
<b>40-44</b>	43.3	626.9
<b>45-49</b>	69.1	651.2
<b>50-54</b>	91.9	836.3
<b>55-59</b>	134.6	982.8
<b>60-64</b>	153.9	1224.4
<b>65-69</b>	203.4	1233.1
<b>&gt;=70</b>	474.6	2001.2

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

44. attēlā redzams 2011. gadā pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu sadalījums pa apakšdiagnozēm. Pirmo vietu starp tām ieņem organiski garastāvokļa (afektīvi) traucējumi (veido 13,5% no kopējā 2011.

gadā Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu skaita ar organiskiem psihiskiem traucējumiem).

44. attēls. Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemtie pacienti<sup>11</sup> ar organiskiem psihiskiem traucējumiem (ieskaitot simptomātiskos) (F0 diagnožu grupa) 2011. gadā

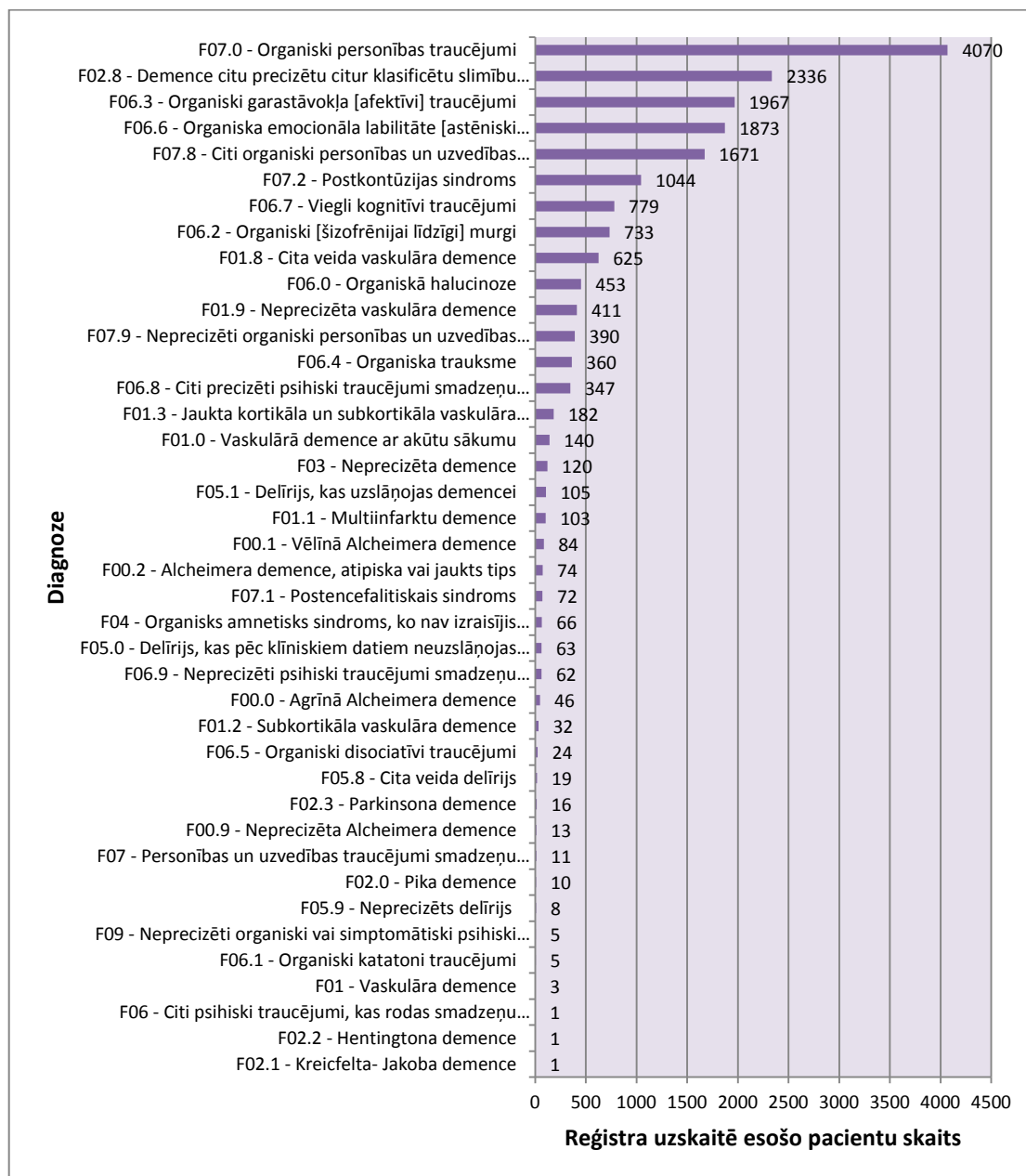


Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

Savukārt 45. attēlā redzams Reģistra uzskaitē esošo pacientu sadalījums pa apakšdiagnozēm. Starp šiem pacientiem pirmo vietu ieņem organiski personības traucējumi (veido 22,2% no kopējā 2011. gadā Reģistra uzskaitē esošo pacientu skaita ar organiskiem psihiskiem traucējumiem).

<sup>11</sup> Jāņem vērā, ka attēlā lielo diagnožu grupu (piemēram F00, F01 u.c.) rādītāji nav aprēķināti kā to apakšgrupu summārie rādītāji, bet tiek attēloti tie gadījumi, kur ārsts kā diagnozi norādījis lielo diagnožu grupu, sīkāk neizdalot apakšgrupu, kas nozīmē, ka šajā gadījumā lielo diagnožu grupu dati var nesakrist ar 1. tabulā attēloto summāro rādītāju.

45. attēls. Reģistra uzskaitē esošie pacienti<sup>12</sup> ar organiskiem psihiskiem traucējumiem (ieskaitot simptomātiskos) (F0 diagnožu grupa) 2011. gadā

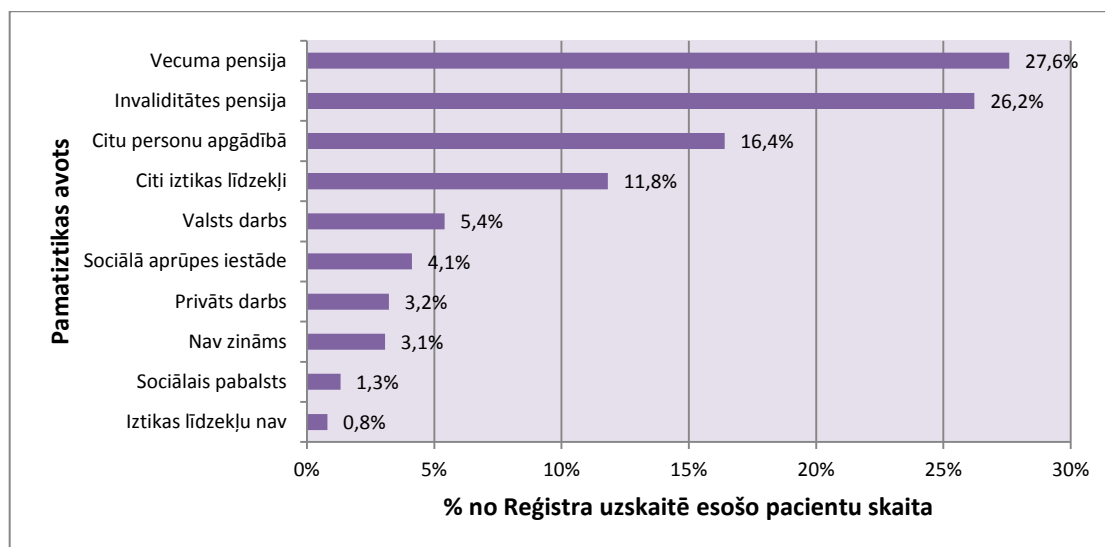


Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

Biežākie pamatiztikas avoti pacientiem ar organiskiem psihiskiem traucējumiem ir vecuma (27,5%) un invaliditātes (26,2%) pensijas (skatīt 46. attēlu). Būtisks personu īpatsvars (16,4%) atrodas citu personu apgādībā, kas nav pārsteidzoši.

<sup>12</sup> Jāņem vērā, ka attēlā lielo diagnožu grupu (piemēram F00, F01 u.c.) rādītāji nav aprēķināti kā to apakšgrupu summārie rādītāji, bet tiek attēloti tie gadījumi, kur ārsts kā diagnozi norādījis lielo diagnožu grupu, sīkāk neizdalot apakšgrupu, kas nozīmē, ka šajā gadījumā lielo diagnožu grupu dati var nesakrist ar 1. tabulā attēloto summāro rādītāju.

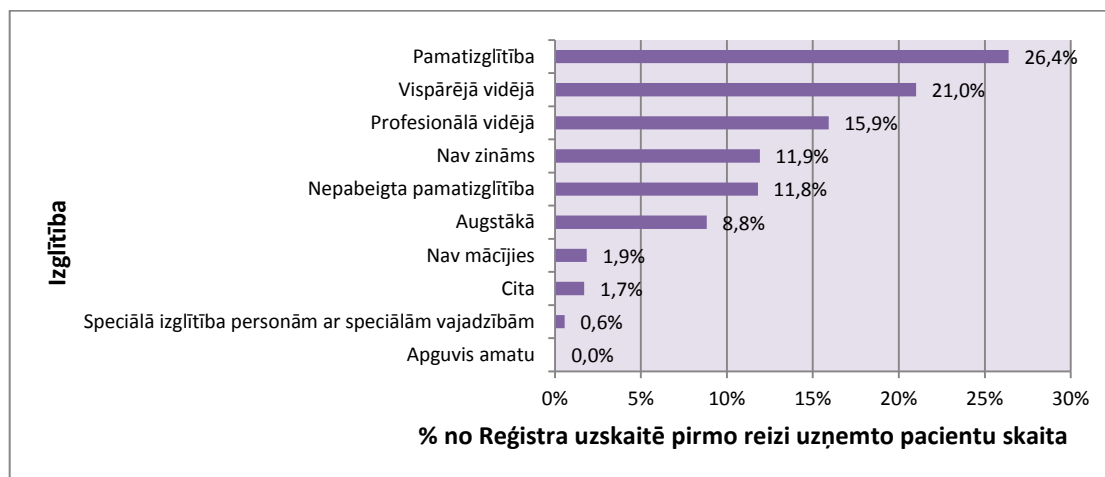
46. attēls. Reģistra uzskaitē esošo pacientu ar organiskiem psihiskiem traucējumiem (ieskaitot simptomātiskos) (F0 diagnožu grupa) pamatiztikas avoti 2011. gadā



Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

Lielākais īpatsvars 2011. gadā pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu (26,4%) bijuši ar pamatizglītību (skatīt 47. attēlu). Otro un trešo vietu ieņem vispārējā vidējā (21%) un profesionālā vidējā (15,9%) izglītība.

47. attēls. Pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu ar organiskiem psihiskiem traucējumiem (ieskaitot simptomātiskos) (F0 diagnožu grupa) izglītības līmenis 2011. gadā



Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Slimību profilakses un kontroles centrs

## 6. Secinājumi

- ✓ Dažādu psihisko un uzvedības traucējumu gadījumos 2011. gadā pēc palīdzības vērsušies vairāk kā septiņi procenti Latvijas iedzīvotāju.
- ✓ Psihiskās veselības traucējumi kā sabiedrības veselības problēma 2011. gadā ir turpinājusi palielināties – konstatējams gan saslimstības pieaugums un plašāka valsts apmaksāto pakalpojumu izmantošana (pieejamība), gan precīzāka pacientu reģistrēšana.
- ✓ Vērojama uzlabošanās noteiktu ar psihisko veselību saistītu stāvokļu (psihoemocionālās veselības sūdzības, pašnāvnieciska uzvedība) izplatībā bērniem un pusaudžiem.
- ✓ Pieaugusi psihiskās veselības problēmu aktualitāte vecu cilvēku vidū – saslimstība ar veciem cilvēkiem raksturīgākiem psihiskiem un uzvedības traucējumiem un pašnāvību rādītāji.
- ✓ Par arvien aktuālāku problēmu kļūst neirotiskie, ar stresu saistītie un somatoformie traucējumi.
- ✓ Pašnāvību skaits Latvijā vērtējams kā stabili augsts, kas liecina, ka ekonomiskās krīzes ietekmē nav būtiski mazinājusies – Latvija pēc pašnāvību rādītājiem atrodas trešajā vietā Eiropas Savienības dalībvalstu vidū.
- ✓ Uz vienu pašnāvību veikti četri pašnāvības mēģinājumi, bet uz katru sieviešu pašnāvību veiktas gandrīz piecas vīriešu pašnāvības.
- ✓ Psihiski un uzvedības traucējumi ieņem pirmo vietu starp citām slimībām kopējā pirmreizējās invaliditātes struktūrā bērniem un ceturto pieaugušajiem. Biežākie invaliditāti izraisošie psihiskie un uzvedības traucējumi bērniem ir garīgā atpalcība, bet pieaugušajiem – šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi.
- ✓ Pakāpeniski pieaug pamatdarbā strādājošo psihiatru, bērnu psihiatru, psihoterapeitu un garīgās veselības aprūpes māsu vidējais vecums.
- ✓ Psihiskajā veselībā joprojām ir liels stacionārā sniegto ārstniecības pakalpojumu īpatsvars.

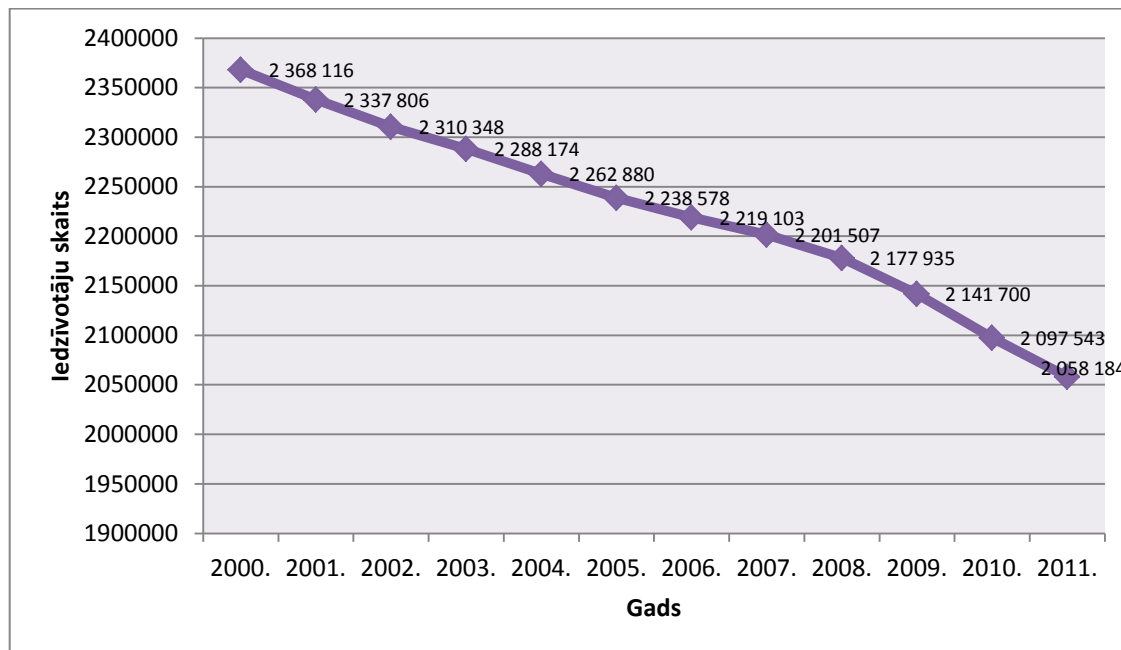
## 7. Pieņēmumi un ieteikumi

- ✓ Ņemot vērā starptautisku un atsevišķu vietēju pētījumu datus, kā arī sabiedrībā valdošo stigmatu pret personām ar psihiska rakstura traucējumiem, reālais, nediagnosticēto psihisko un uzvedības traucējumu īpatsvars Latvijā varētu būt augstāks par ziņoto, kas liecina par nepieciešamību izglītēt sabiedrību psihiskās veselības traucējumu laikus atpazīšanai.
- ✓ Nepieciešama multisektoriāla rīcība vecu cilvēku aprūpei un sociālās iekļaušanas veicināšanai.
- ✓ Aktualizējoties neirotikais, ar stresu saistīto un somatoformo traucējumu problēmai, būtiska uzmanība jāvelta ģimenes ārstu izglītībai, kā arī multisektoriālas sadarbības veicināšanai starp psihiskās veselības speciālistiem.
- ✓ Bīstams psihoemocionālo traucējumu un pašnāvnieciskas uzvedības riska faktors ir ņirgāšanās, kuras īpatsvars Latvijas skolās vērtējams kā augsts.
- ✓ Pakāpeniski palielinoties pamatdarbā strādājošo psihiskās veselības aprūpes profesionāļu vecumam, laikus jāplāno jaunu speciālistu izglītība un motivēšana.
- ✓ Pastiprināta uzmanība jāpievērš pašnāvību profilaksei Latvijā.
- ✓ Nolūkā tuvināt Latvijas psihiskās veselības aprūpi labākai starptautiskajai praksei, veicināma pāreja no stacionārās uz ambulatoru ārstēšanu.



## Pielikums

48. attēls. Vidējais iedzīvotāju skaits<sup>13</sup> Latvijā 2000. – 2011. gadā



\* Rādītāji par 2000. – 2010. gadu norādīti balstoties uz CSP aprēķināto provizorisko iedzīvotāju skaitu (dati uz 16.10.2012.)

Avots: Latvijas Centrālā statistikas pārvalde

14. tabula. Vidējais iedzīvotāju skaits Latvijā dzimumu grupās 2005. – 2011. gadā

	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
<b>Gada vidējais</b>	2238578	2219103	2201507	2177935	2141700	2097543	2058184
<b>Tajā skaitā:</b>							
<b>Vīrieši</b>	1027729	1018808	1011219	1000317	981923	959487	940527
<b>Sievietes</b>	1210849	1200295	1190288	1177619	1159777	1138056	1117658

\* Rādītāji par 2005. – 2010. gadu norādīti balstoties uz CSP aprēķināto provizorisko iedzīvotāju skaitu (dati uz 16.10.2012.)

Avots: Latvijas Centrālā statistikas pārvalde

<sup>13</sup> Visi intensīvie radītāji rēķināti pēc vidējā iedzīvotāju skaita attiecīgajā gadā (izņemot Reģistra uzskaitē esošos pacientus uz 100 000 iedzīvotāju, kas rēķināti uz Latvijas pastāvīgo iedzīvotāju skaitu gada beigās).

15. tabula. Vidējais iedzīvotāju skaits Latvijas valsts statistiskajos reģionos 2011. gadā

Reģions	Iedzīvotāju skaits
Latvija	2058184
Pierīga	370066
Vidzeme	210062
Kurzeme	268728
Zemgale	252644
Latgale	301736
Rīga	654948

Avots: Latvijas Centrālā statistikas pārvalde

16. tabula. Vidējais iedzīvotāju skaits vecuma grupās Latvijā 2005. – 2011. gadā grupās ar 5 gadu intervālu

	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
<b>0-4</b>	100757	102953	106271	109599	111176	109577	106087
<b>5-9</b>	94086	93428	93884	95523	96725	96864	97825
<b>10-14</b>	135060	122142	110166	100544	94368	90912	89452
<b>15-19</b>	179387	174243	166706	156246	143116	129297	115924
<b>20-24</b>	169505	171812	174403	173628	167493	159506	151589
<b>25-29</b>	151206	149936	150336	151804	151645	149406	147744
<b>30-34</b>	155532	153282	150624	147478	142883	137645	133854
<b>35-39</b>	151310	151727	151969	150948	148436	145019	141073
<b>40-44</b>	163188	157314	152365	148087	144311	141827	140842
<b>45-49</b>	164243	165838	166036	163325	158646	152556	146196
<b>50-54</b>	143690	144736	146441	149390	151658	152543	153418
<b>55-59</b>	129578	133366	135304	134531	132708	132307	132987
<b>60-64</b>	124452	116699	111817	111056	113549	117348	120877
<b>65-69</b>	127731	129169	128070	123572	117304	110189	103233
<b>&gt;70</b>	248856	252460	257119	262208	267686	272549	277085

\* Rādītāji par 2005. – 2010. gadu norādīti balstoties uz CSP aprēķināto provizorisko iedzīvotāju skaitu (dati uz 16.10.2012.)

Avots: Latvijas Centrālā statistikas pārvalde

## Izmantotā literatūra

Hawton K., Harris L. (2008) *How Often Does Deliberate Self-harm Occur Relative to Each Suicide? A Study of Variations by Gender and Age*. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 38 (6)

Latvijas Republikas Veselības ministrija. (2008) *Pamatnostādnes ledzīvotāju garīgās veselības uzlabošanai 2009. - 2014.gadā*. Apstiprinātas ar MK rīkojumu Nr.468

Latvijas Republikas Veselības ministrija. (2012) *Pamatnostādņu „ledzīvotāju garīgās veselības uzlabošanai 2009.-2014. gadā” īstenošana 2009. – 2010. gadā”*. Informatīvais ziņojums. Projekts

National Institute of Mental Health. (2012) *A fact sheet of statistics on suicide with information on treatments and suicide prevention*. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-in-the-us-statistics-and-prevention/index.shtml> (skatīts 16.10.2012)

Nodarbinātības valsts aģentūra. (2012) *Bezdarba situāciju valstī 2011. gada decembris*. <http://www.nva.gov.lv/index.php?cid=6&mid=330&txt=342&t=stat> (skatīts 16.10.2012)

Pulmanis T., Sprinģe L., Trapencieris M., Taube M. (2012) *Pašnāvnieciskās uzvedības mūža prevalence un tās izmaiņas dinamikā 15-16 gadus veciem pusaudžiem dzimumu grupās Latvijā*. (Raksts pieņemts publicēšanai RSU 2012. gada Zinātniskajos rakstos)

Pulmanis T., Taube M., Pelne A. (2011.). *Garīgā veselība Latvijā 2010. gadā: tematiskais ziņojums*. - 11. izdevums. Rīga: Veselības ekonomikas centrs

Scott A., Guo B. (2012). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. (2009) *The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis*. *Lancet*, 374: 315–23

Taube M., Krievkalna R., Kišuro A., Apsīte A., Līce V., Jakovela G., Sidoroviča D., Pulmanis T., Šlosberga I. (2008) *Psihiskās veselības aprūpe Latvijā 2007. gadā*. Rīga: Sabiedrības veselības aģentūra

Värnik P. *Suicide in the world*. (2012) *International Journal of Environmental Research and Public Health* 9(3):760-71

Velika B., Pudule I., Sprinģe L., Gobiņa I. (2012) *2011. gada pētījums par Latvijas jauniešu bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi: Pētījuma ziņojums*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs

von dem Knesebeck O., Mnich E., Daubmann A., Wegscheider K., Angermeyer MC, Lambert M., Karow A., Härter M., Kofahl C. (2012). *Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders*. Soc Psychiatry and Psychiatric Epidemiology

World Health Organization. (2001) *Strengthening mental health promotion*. (Fact sheet, No. 220)

World Health Organization. (2003) *The Mental health Context. Mental Health Policy and Service Guidance Package*. Geneva: WHO

World Health Organization. (2004) *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO

World Health Organization. (2012) *Dementia – a public health priority*. Geneva: WHO

World Health Organization. (2012b) *Facts and figures*. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/facts-and-figures> (skatīts 17.10.2012.)

World Health Organization. (2012c) *Public Health Action for the prevention of suicide. A framework*. Geneva: WHO

World Health Organization. (2012d) *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Zārde I., Pulmane K., Villeruša A., Rancāns E. (2012) *Latvijas pieaugušo iedzīvotāju attieksme pret cilvēku ar psihiskiem traucējumiem nodarbinātību*. RSU: 2011. gada Zinātniskie raksti