



# **Psihiskā veselība Latvijā 2008. gadā**

## ***Statistikas gadagrāmata***

**9. izdevums  
Rīga, 2009**

**Redaktori:**

Daiga Behmane, Veselības ekonomikas centra direktore

**Autori:**

Māris Taube

Aija Pelne

Toms Pulmanis

Mārcis Trapencieris

Jana Lepiksone

Santa Rozīte

**Veselības ekonomikas centrs**

Direktore: Daiga Behmane

Adrese: Dunties 12/22, Rīgā, LV 1005

Tālrunis: +371 67501590

Fakss: +371 67501590

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

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

**ISBN 978-9984-837-18-5**

## Saturs

Priekšvārds.....	4
Gadagrāmatā lietotie saīsinājumi.....	5
Ziņojumā aplūkoto datu ieguves un analīzes metodoloģija.....	6
1. Latvijas iedzīvotāju skaita raksturojums.....	9
2. Pacientu sociāldemogrāfiskais raksturojums.....	10
3. Iedzīvotāju garīgās veselības rādītāji.....	13
3.1. Pirmo reizi aprūpē uzņemtie pacienti.....	14
3.2. Psihisko un uzvedības traucējumu izplatība.....	19
4. Pašnāvības.....	28
5. Invaliditāte psihisko un uzvedības traucējumu dēļ.....	34
5.1. Psihisko un uzvedības traucējumu dēļ personām no 16 gadu vecuma.....	34
5.2. Invaliditāte psihisko un uzvedības traucējumu dēļ bērniem līdz 16 gadu vecumam.....	35

## Priekšvārds

2009. gadā Latvijas sabiedrības veselības, tajā skaitā veselības aprūpes jomā, notika būtiskas funkcionālas un strukturālas reformas, kuru mērķis bija racionālāk izmantot ierobežotos valsts līdzekļus.

2009. gada 1. oktobrī darbu uzsāka Veselības ekonomikas centrs<sup>1</sup>, kas apvienojis virkni Zāļu cenu valsts aģentūras, Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras, Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūras un Sabiedrības veselības aģentūras funkcijas.

Nozīmīga Veselības ekonomikas centra funkcija šobrīd ir rutīnas statistikas un reģistru datu analīze, kā arī sabiedrības veselības situācijas, noteiktu veselības jomu padziļināta izpēte, ietverot arī ļoti būtisko ekonomisko komponenti.

Gadagrāmata „Psihiskā veselība Latvijā 2008. gadā” (turpmāk tekstā Gadagrāmata) ir tradicionāls turpinājums jau ikgadējiem izdevumiem un ietver pamata statistisko informāciju un īsu vērtējumu par psihiskās veselības situāciju Latvijā. Turpmākajās gadagrāmatās un tematiskajos ziņojumos tiks analizēti arī citi psihiskās veselības jomas jautājumi. Veselības ekonomikas centram bija būtiski nodrošināt sistemātiskas ikgadējas situācijas analīzes turpināšanu, kaut arī pārmaiņas ir ietekmējušas izdevuma apjomu, par ko jau iepriekš atvainojamies lasītājiem.

Būtiska informācija tika iegūta no Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra<sup>2</sup> (turpmāk tekstā Reģistrs), kurā ietverta informācija par personām ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Izsakām pateicību Latvijas Psihiatru asociācijai par metodisku atbalstu, kas ļāva labāk saturiski izvērtēt Reģistrā iekļauto informāciju.

**Daiga Behmane**

**Veselības ekonomikas centra direktore**

---

<sup>1</sup> Ministru kabineta 2009. gada 29. septembra noteikumi nr. 1119 „Veselības ekonomikas centra nolikums”.

<sup>2</sup> Ministru kabineta 2008. gada 15. septembra noteikumi nr. 746 „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”

## **Gadagrāmatā lietotie saīsinājumi**

Reģistrs – Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs

Gadagrāmata – Psihiskā veselība Latvijā 2008. gadā

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

PREDA – Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra datu sistēma (angliski Patient REGISTER DATA)

RPNC – Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs

LPA – Latvijas Psihiatru asociācija

LaSPAD – Latvijas skolu aptauja par alkoholu un citām narkotiskajām vielām

HBSC – Skolas vecuma bērnu veselības paradumu pētījums (angliski HBSC – *The Health Behaviour in School-aged Children*)

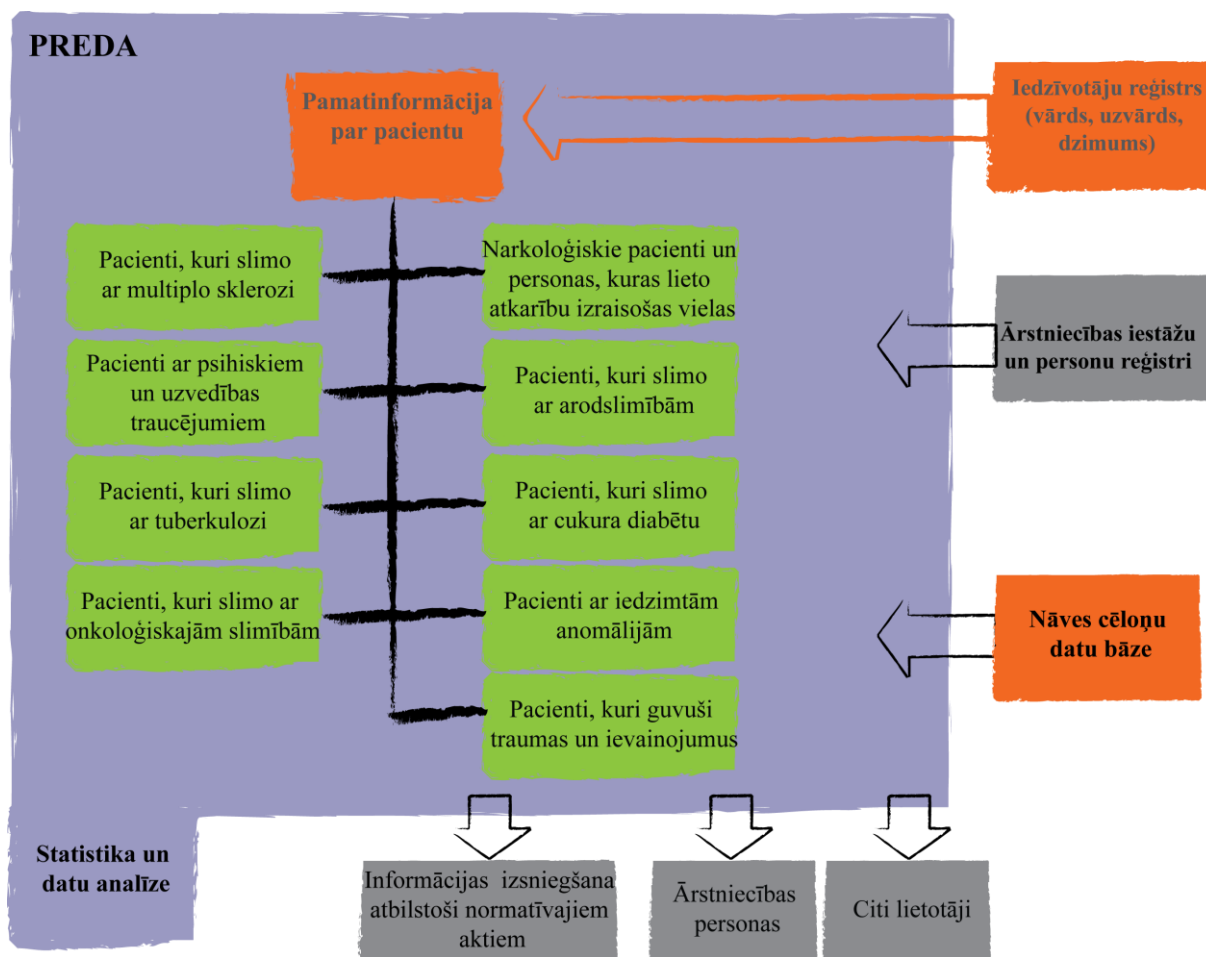
DALY – invaliditātes koriģēto dzīves gadu skaits

## Ziņojumā apkopoto datu ieguves un analīzes metodoloģija

Lai varētu pilnībā izprast un analizēt Gadagrāmatā sniegto informāciju, nepieciešams sniegt nelielu ieskatu apkopoto datu ieguves un analīzes metodoloģijā.

Kopš 2009. gada dati par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, saskaņā ar Starptautiskās slimību klasifikācijas 10. redakciju (turpmāk tekstā SSK-10) diagnožu kodiem F00-F98<sup>3</sup>, tika vākti Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūras (kopš 2009. gada 1. oktobra – Veselības ekonomikas centrs) pārziņā esošajā Reģistra datus sistēmā PREDA<sup>4</sup>. PREDA sistēmas izveide tika uzsākta 2006. gadā un šobrīd aptver vairākus līdz šim dažādās iestādēs uzturētos valsts reģistrus (skatīt 1. attēlu)

1. attēls. Reģistra datu aprites sistēma.



Avots: Veselības ekonomikas centrs.

<sup>3</sup> Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskā slimību klasifikācija, 10. redakcija

<sup>4</sup> PREDA –Patient Register DAta (angliski)

Pārņemot Reģistra datu masīvu par personām ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem no līdzšinējā datu sistēmas pārziņa – Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centra (turpmāk tekstā RPNC), personu dati tika rūpīgi pārbaudīti, salīdzinot ar informāciju Iedzīvotāju reģistra<sup>5</sup>, kļūdainie personas dati tika precizēti. Sadarbībā ar Latvijas Psihiatru asociāciju (turpmāk tekstā LPA) tika pilnveidotas vadlīnijas pacientu uzņemšanai Reģistrā, kā arī vadlīnijas pacientu izslēgšanai no Reģistra. Piemēram, saskaņā ar LPA speciālistu viedokli, pacienti, kas slimo ar diagnozēm F20, F22, F25 u.c. diagnozēm nevar tikt izslēgti no Reģistra<sup>6</sup>.

Izvērtējot Reģistra datus un pamatojoties uz LPA sniegtiem ieteikumiem, pacienti ar diagnozēm, kuras nevar tikt izslēgtas no Reģistra, tika atjaunoti PREDA sistēmā objektīvākai datu analīzei.

Datu kvalitātes kontroles pasākumi uzlaboja PREDA sistēmā iekļautās informācijas ticamību.

Pozitīvi, ka, kopš PREDA sistēmas darbības uzsākšanās līdz 2009. gada septembrim, panākta vienošanās ar 37 ārstniecības iestādēm un personām par datu ievadi tiešsaistes režīmā elektroniskā sistēmā, tādējādi ļaujot veikt tūlītēju informācijas kvalitātes pārbaudi. Vēl 15 iestādes sūta datus papīra formātā. Jāatzīmē, ka Latvijā, atbilstoši Ārstniecības iestāžu reģistra datiem<sup>7</sup>, ir 128 iestādes, kuras sniedz psihiatrijas pakalpojumus. Būtiski ir turpināt darbu un paplašināt datu sniedzēju skaitu Reģistram, lai iegūtu maksimāli objektīvu Latvijas psihiskās veselības situācijas raksturojumu.

PREDA sistēma ļauj precīzi identificēt unikālos pacientus, reģistra kartes un datu izmaiņas. Atbilstoši pacienta diagnozes uzstādīšanas vai tās izmaiņu datumam, kā arī pacienta statusam (dzīvs, izslēgts no Reģistra vai miris), šajā Gadagrāmatā veikta incidences jeb pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu un prevalences jeb slimību izplatības rādītāju aprēķināšana.

Datu apstrādes procesā netika iekļauti pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ, jo šie pacienti tiek reģistrēti atsevišķā Reģistra datu bāzē.

Turpmāk, izstrādājot Gadagrāmatu nākamajos gados un veicot pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu (incidences) un slimību izplatības (prevalences) aprēķinus, tiks pielietota turpmāk aprakstītā metodika.

- Pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu rādītāja (incidences) aprēķināšana:

---

<sup>5</sup> 1998. gada 27. augusta Likums „Iedzīvotāju reģistra likums”

<sup>6</sup> Latvijas Psihiatru asociācijas 2008. gada 24. novembra vēstule nr. 13

<sup>7</sup> 2005. gada 8. marta noteikumi nr. 170 „Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru”

- Par pirmo reizi aprūpē uzņemtu pacients var tikt uzskatīts tikai vienu reizi, respektīvi, ar senāko diagnozes noteikšanas datumu, neskatoties uz informāciju, kuru pēc pacienta teiktā norādījis ārstējošais ārsts reģistra kartē. Tādējādi tiek precīzi noteikts gads, kad pacients pirmo reizi dzīves laikā tiek uzņemts aprūpē.
- Atkārtoti ārsta apmeklējumi, tajā skaitā pie dažādiem ārstiem ar dažādām diagnozēm, tiek uzskatīti par diagnožu maiņas gadījumiem un netiek uzskaitīti kā pirmreizēji ārsta apmeklējumi.
- Slimību izplatības rādītāja (prevalences) aprēķināšana:
  - Katrs pacients var tikt uzskaitīts tikai vienu reizi. Piemēram, ja pacients ārstējas pie vairākiem ārstiem, viņš tiek uzskaitīts tikai vienu reizi.
  - Katra gada beigās tiek pārbaudīta informācija par pacientu. Pacients netiek uzskaitīts slimību izplatības rādītājā, ja viņš ir miris vai arī ārstējošais ārsts ir izslēdzis pacientu no Reģistra.
  - Ja pacients vienlaikus ārstējas pie vairākiem ārstiem ar dažādām diagnozēm, tad tiek analizēta laika ziņā nesenāk uzstādītā diagnoze. Vēl būtu nepieciešama diskusija ar LPA speciālistiem par gadījumiem, kad dažādi ārsti uzstādījuši dažādas diagnozes. Būtu nepieciešams vienoties par to, kuru diagnozi šajos gadījumos uzskatīt par pamatdiagnozi.



# 1. Latvijas iedzīvotāju skaita raksturojums

Latvijas iedzīvotāju skaitam ir būtiska nozīme, analizējot un plānojot pakalpojumus un nepieciešamo speciālistu skaitu psihiatrijā. 2008. gadā Latvijā iedzīvotāju skaits turpināja samazināties no 2270,9 tūkstošiem 2008. gada sākumā līdz 2261,3 tūkstošiem 2009. gada sākumā (skatīt 1. tabulu). Jāņem vērā, ka iedzīvotāju skaits var patiesībā būt vēl mazāks noteiktā apdzīvotā vietā, jo palielinās to iedzīvotāju skaits, kuri ilgstoši strādā un dzīvo ārvalstīs, izmanto citu valstu veselības aprūpi, kaut formāli deklarēti Latvijā.

1. tabula. Pastāvīgo iedzīvotāju skaits (tūkstošos) Latvijā.

	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	<b>2008.</b>	2009.
Gada sākumā	2379,9	2366,1	2345,8	2331,5	2319,2	2306,4	2294,6	2281,3	<b>2270,9</b>	2261,3
Tajā skaitā:										
Vīrieši	1095,4	1089,4	1080,1	1073,1	1068,3	1062,9	1057,3	1051,0	<b>1046,9</b>	1043,1
Sievietes	1284,5	1276,7	1275,4	1258,4	1258,9	1243,5	1237,3	1230,3	<b>1223,9</b>	1218,2

Avots: Latvijas Centrālā statistikas pārvalde.

2. tabula. Pastāvīgo iedzīvotāju skaits Latvijas valsts statistiskajos reģionos, Rīgā un Pierīgā gada sākumā<sup>8</sup>

Reģions <sup>9</sup>	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	<b>2008.</b>
Latvija	2331480	2319203	2306434	2294590	2281305	<b>2270894</b>
Rīga	739232	735241	731762	727578	722485	<b>717371</b>
Pierīga	359566	363283	366075	369370	373198	<b>380347</b>
Vidzeme	250984	248204	245426	243039	240347	<b>237803</b>
Kurzeme	315555	313334	310673	308433	306052	<b>303618</b>
Zemgale	291326	289990	288153	286408	284669	<b>283484</b>
Latgale	374817	369151	364345	359762	354554	<b>348271</b>

Avots: Latvijas Centrālā statistikas pārvalde.

<sup>8</sup>Visi intensīvie rādītāji tabulās rēķināti pēc iedzīvotāju skaita gada sākumā

<sup>9</sup> Valsts statistisko reģionu sastāvs norādīts saskaņā ar LR Ministru kabineta 2004. gada 28. aprīļa rīkojumu Nr. 271 „Par LR statistiskajiem reģioniem un tajos ietilpstošajām administratīvajām vienībām”; Rīgas reģions – Rīga; Pierīgas reģions – Jūrmala, Limbažu, Ogres, Rīgas un Tukuma rajons; Vidzemes reģions – Alūksnes, Cēsu, Gulbenes, Madonas, Valkas, un Valmieras rajons; Kurzemes reģions – Liepāja, Ventspils, Kuldīgas, Liepājas, Saldus, Talsu un Ventspils rajons; Zemgales reģions – Jelgava, Aizkraukles, Bauskas, Dobeles, Jelgavas un Jēkabpils rajons; Latgales reģions – Daugavpils, Rēzekne, Balvu, Daugavpils, Krāslavas, Ludzas, Preiļu un Rēzeknes rajons

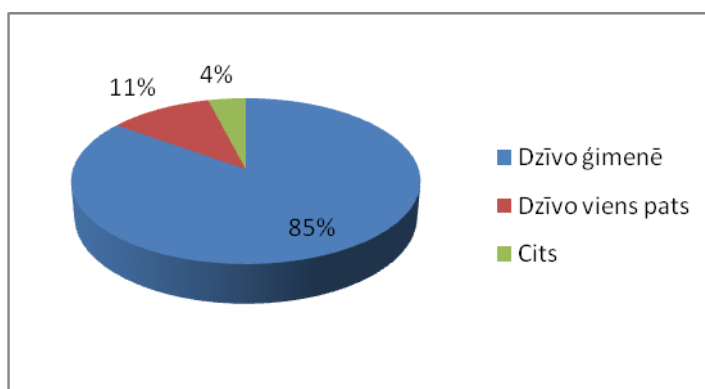
## 2. Pacientu sociāldemogrāfiskais raksturojums

Nozīmīgi faktori, kas var ietekmēt garīgās veselības traucējumu attīstības gaitu, ir pacientu sociāldemogrāfiskie rādītāji: ģimenes stāvoklis, izglītība, nodarbinātība u.c. Šo datu izvērtēšana var būt kā pamats veselības aprūpes pakalpojumu plānošanai personām ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Piemēram, ārstniecības iespēju uzlabošanās, iespēja iesaistīties sabiedrībā balstītas garīgās veselības aprūpes piedāvātajos pakalpojumos<sup>10</sup> ārpus stacionāriem (grupu dzīvokļi, dienas centri u.c.) var mazināt slimību recidīvu risku, uzlabot pacienta dzīves kvalitāti.

2008. gadā 85% Reģistra pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem dzīvoja ģimenē, 11% dzīvoja vieni, bet 4% pacientu bija iekļauti kategorijā „cits”, kurā ietilpst dzīve kopā ar vecākiem, ar saviem bērniem, ar partneri, draugiem u.c. (skatīt 2. attēlu).

Salīdzinoši liels skaits pacientu dzīvoja ģimenē, kas no sabiedrības integrācijas viedokļa vērtējams pozitīvi. Tomēr šis rādītājs nesniedz skaidrību par ģimeņu reālo situāciju. Ņemot vērā, ka Latvijā nav pietiekami labi attīstīts dienests ārpus stacionāriem, iespējams, ģimenes nesaņem atbalstu vēlamā apmērā. Ekonomiskās krīzes ietekmē sociālās un veselības aprūpes sistēmās Latvijā parādās tendence, ka finansiālu apsvērumu dēļ, radnieki ir ieinteresēti savus piederīgos ņemt mājās no psihiatriskām iestādēm, specializētiem sociālās aprūpes centriem, kuros uzturas personas ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, jo, iespējams, pacientu invaliditātes pensija ir būtisks vai pat vienīgais ģimenes ienākumu avots.

2. attēls. Reģistrēto pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem ģimenes sastāvs.

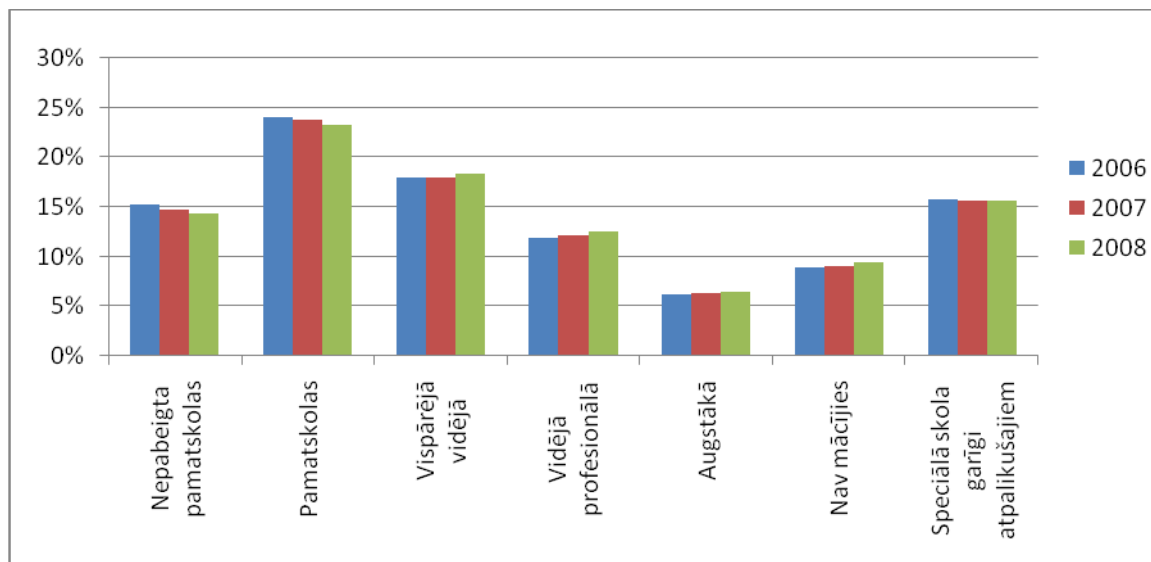


Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Veselības ekonomikas centrs.

<sup>10</sup> Pasaules Veselības organizācija, Ziņojums par veselības situāciju pasaulē, Garīgā veselība: jauna izpratne, jaunas cerības, 2001

Nozīmīgs pacientu sociāldemogrāfiskais rādītājs ir izglītības līmenis (skatīt 3. attēlu), taču ne vienmēr tas atbilst reālajām pacienta socializācijas un darba spējām. Nereti pacientiem ir pietiekams izglītības līmenis, taču darba prasmes nav pietiekamas un iekļaušanās darba tirgū ir apgrūtināta. Pēc Reģistra datiem visvairāk (23%) pacientu bija ar pamatzglītību, vispārējo vidējo (18%) un speciālo izglītību (15,5%). Vismazākais pacientu īpatsvars bija ar augstāko izglītību (6%).

3. attēls. Reģistrēto pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem izglītības līmenis 2006., 2007. un 2008. gadā.



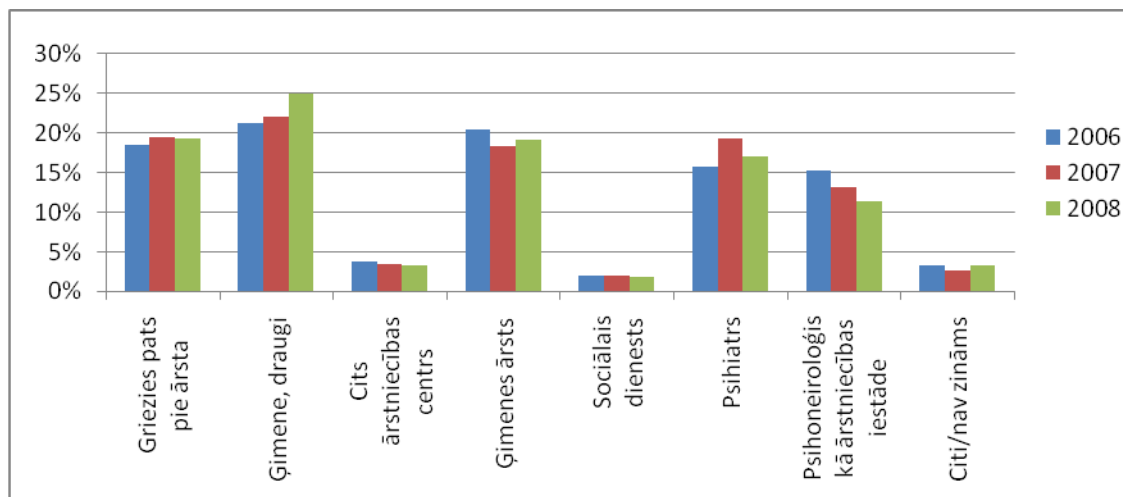
Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Veselības ekonomikas centrs.

Lai noskaidrotu veidu kā pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem nokļūst psihiatru redzeslokā un saņem palīdzību, kā arī plānotu sabiedrības informēšanas un izglītošanas pasākumus, svarīgi analizēt datus par psihisko un uzvedības traucējumu atklāšanas ceļiem. Reģistra dati rāda, ka ar katru gadu pieaug ģimenes un draugu nozīme, kuri iesaka pacientam vērsties pēc medicīniskās palīdzības (skatīt 4. attēlu). 2008. gadā katrs ceturtais (25%) pacients ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem pēc palīdzības bija vērsies ģimenes vai draugu mudināts, 19,3% pacientu bija paši griezušies pie ārsta, ģimenes ārstu ieteikumus uzklausi 19,2%, bet 17% no visiem jaunatklātajiem pacientiem nozīmīgs bijis psihiatra ieteikums. Tikai 2% no jaunatklātajiem pacientiem bija nosūtījis sociālais dienests, bet no 15,3% 2006. gadā līdz 11,3% 2008. gadā bija samazinājies pacientu īpatsvars, kuri paši vērsušies psihoneiroloģiskajā ārstniecības iestādē. Atlikušie 6,2% izmantojuši citu, nezināmu ceļu nokļūšanai pie psihiatra. Analizējot datus, var pieņemt, ka lēnām pieaug sabiedrības izpratne par psihisko un uzvedības traucējumu pazīmēm un pacienti, kā arī viņu radnieki, vērsas pēc palīdzības psihitriskās palīdzības iestādēs. Ņemot vērā, ka ģimenes ārsta loma

slimību atklāšanā dinamikā pa gadiem nav mazinājusies, jādoma, ka sava loma šādām izmaiņām rādītājos ir bijusi arī profilakses un garīgās veselības veicināšanas aktivitātēm, mēdiju interesei, kas pievērsusi sabiedrības uzmanību un uzlabojusi tās izpratni.

Jāatzīmē, ka pašas psihoneiroloģiskās iestādes joprojām iedzīvotāju skatījumā ir apvītas ar mītiem un aizspriedumiem, cilvēki cenšas no tām izvairīties. Iestāžu materiāli tehniskie, strukturālie un darba organizācijas uzlabojumi, iespējams, nākotnē sekmēs šo iestāžu atvērtību, orientāciju uz klientu.

4. attēls. Pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumu nonākšanas veids pie psihiatra 2006., 2007. un 2008. gadā.



Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Veselības ekonomikas centrs.

## Iedzīvotāju garīgās veselības rādītāji

Pēc Pasaules Veselības organizācijas datiem, pasaulē ar dažāda rakstura psihiskām saslimšanām slimo 450 miljoni cilvēku. Tiek lēsts, ka vairāk nekā 27% pieaugušo Eiropas iedzīvotāju savas dzīves laikā piedzīvo vismaz viena veida garīgās neveselības situāciju – psihiskos un uzvedības traucējumus, tajā skaitā depresiju, atkarības, fobijas, miega un ēšanas traucējumus u.c.<sup>11;12</sup>

Garīgās veselības stāvokli nosaka daudzi faktori, tajā skaitā bioloģiskie (ģenētika, dzimums), individuālie (personiskā pieredze), ar ģimenes stāvokli, sociālajiem apstākļiem saistītie, kā arī ekonomiskie. Riska faktori, kas veicina garīgās veselības problēmas, gan Eiropā, gan Latvijā ir līdzīgi – teritoriju nevienmērīga ekonomiskā attīstība, iedzīvotāju nodarbinātības un ieņēmumu līmeņa atšķirības, nestabila sociālekonomiskā situācija, veselības aprūpes, tostarp psihiskās veselības aprūpes, pieejamība un vēsturiski izveidojušies aizspriedumi un mīti<sup>13</sup>.

Ekonomiskās krīzes ietekme uz garīgās veselības rādītājiem, visdrīzāk, atspoguļosies tikai vairākus gadus pēc krīzes uzsākšanās. 2008. gada dati var šīs nelabvēlīgās tendences vēl neuzrādīt, kaut aprūpē pirmo reizi uzņemto pacientu skaits šajā gadā ir pieaudzis. Vērtējot ilgtermiņā, ekonomiskā krīze var vairāk piesaistīt valsts psihiatrijai pacientus, kuri līdz šim izmantoja privātās medicīnas pakalpojumus, bet šobrīd to vairs nevar atļauties. Valsts psihiatriskā palīdzība pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem tiek nodrošināta bez maksas, kā arī psihiatriskās palīdzības iestādēs, kuras pilda valsts pasūtījumu psihiatrijas pacientu ārstēšanā, ir iespējams saņemt medikamentus bez maksas vai ar būtiskām atlaidēm valsts zāļu kompensācijas sistēmas ietvaros<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Margita Štāle, Jolanta Skrulle, Māris Taube. Darbspējīgā vecuma iedzīvotāju garīgā veselība. Rīga: Valsts aģentūra „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2008. 48 lpp

<sup>12</sup> Pasaules Veselības organizācija <http://www.who.int/mentalhealth>

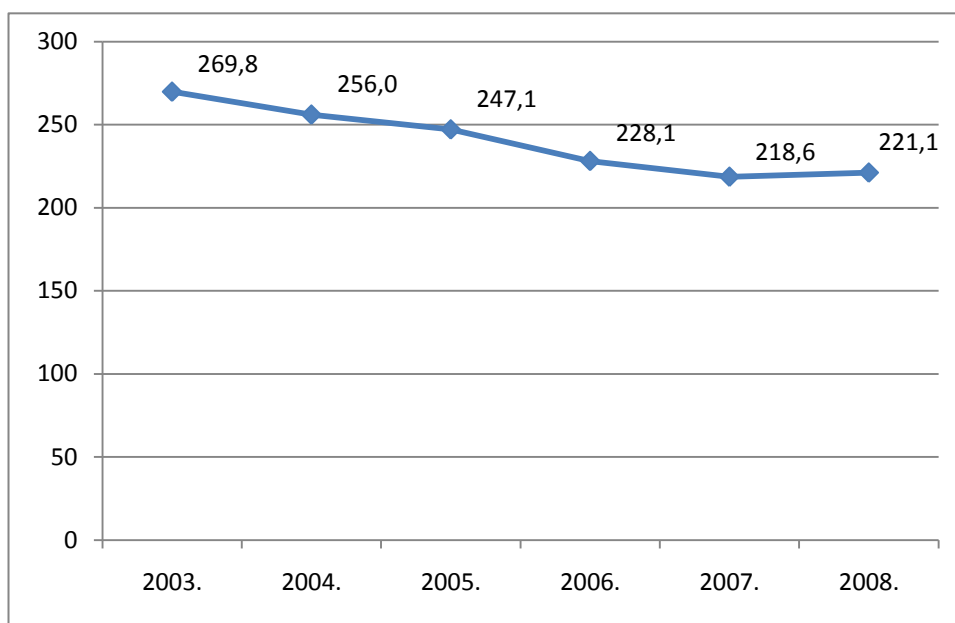
<sup>13</sup> Lahtinen E., Lehtinen V., Riikonen E., Ahonen J., etc. Framework for promoting mental health in Europe. Hamina, 1999;

<sup>14</sup> 2006. gada 31. oktobra Ministru kabineta noteikumi nr. 899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”

### 3.1. Pirmo reizi aprūpē uzņemtie pacienti

Pēc Reģistra datiem, laika posmā no 2003. līdz 2007. gadam bija vērojams pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu skaita samazinājums no 269,8 pacientiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2003. gadā līdz 218,6 pacientiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2007. gadā (skatīt 5. attēlu). Taču 2008. gadā pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu skaits nedaudz palielinājās – no 218,6 līdz 221,1 pacientam uz 100 000 iedzīvotājiem. Pieauguma tendence varētu liecināt par sliktās sociāli ekonomiskās situācijas ietekmi, bet pilnīgāku secinājumu izdarīšanai nepieciešams analizēt datus ilgtermiņā. Ņemot vērā, ka smagas sociālekonomiskās situācijas apstākļos iedzīvotāji pēc medicīniskās palīdzības var vērsties mazāk vai nevērsties vispār, iespējams, ka situācija saglabāsies nosacīti stabila – daļa pacientu nevērsīsies pēc palīdzības, bet daļa pārnāks no privātās medicīnas uz valsts medicīnu. Smagu psihisko un uzvedības traucējumu gadījumos pacienti psihiatrijas sistēmā nonāks sociālās, finansiālās, juridiskās dezadaptācijas dēļ. Uzskaitītie faktori savā ziņā darbojas viens pret otru, tādēļ iespējama datu stabilitāte.

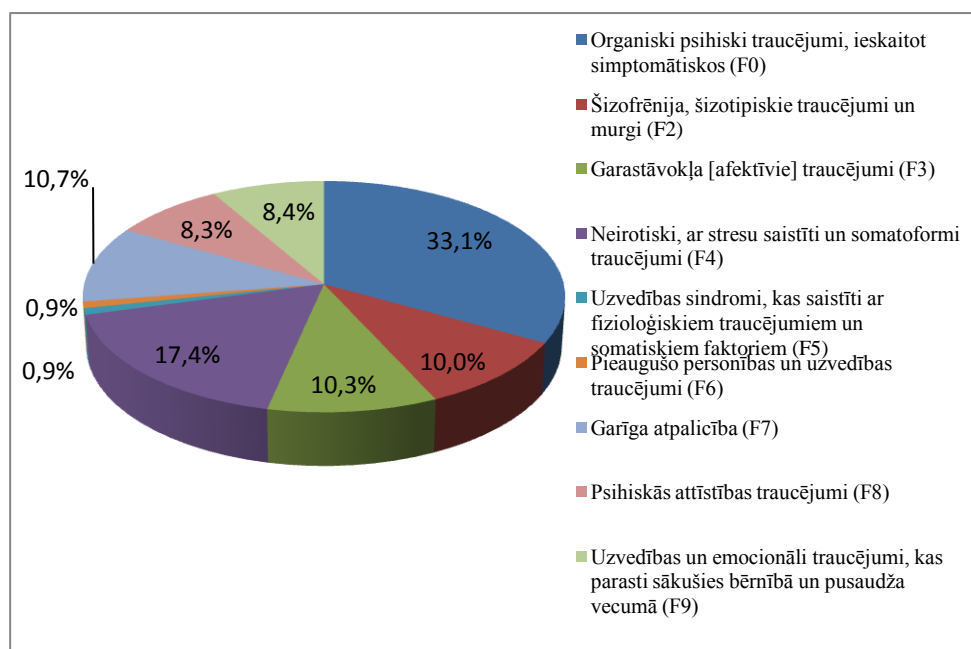
5. attēls. Pirmo reizi aprūpē uzņemtie pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (uz 100 000 iedzīvotājiem) Latvijā.



Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Veselības ekonomikas centrs.

Analizējot ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu procentuālo sadalījumu pa diagnozēm (skatīt 6. attēlu), redzams, ka 2008. gadā visbiežāk pirmo reizi aprūpē nonākuši pacienti ar organiskiem psihiskiem traucējumiem (F0) (33,1%), tad seko pacienti ar neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (F4) (17,4%) un garīgo atpalcību (F7) (10,7%).

6. attēls. Reģistrēto, pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem procentuālais sadalījums pa diagnozēm Latvijā 2008. gadā.



Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Veselības ekonomikas centrs.

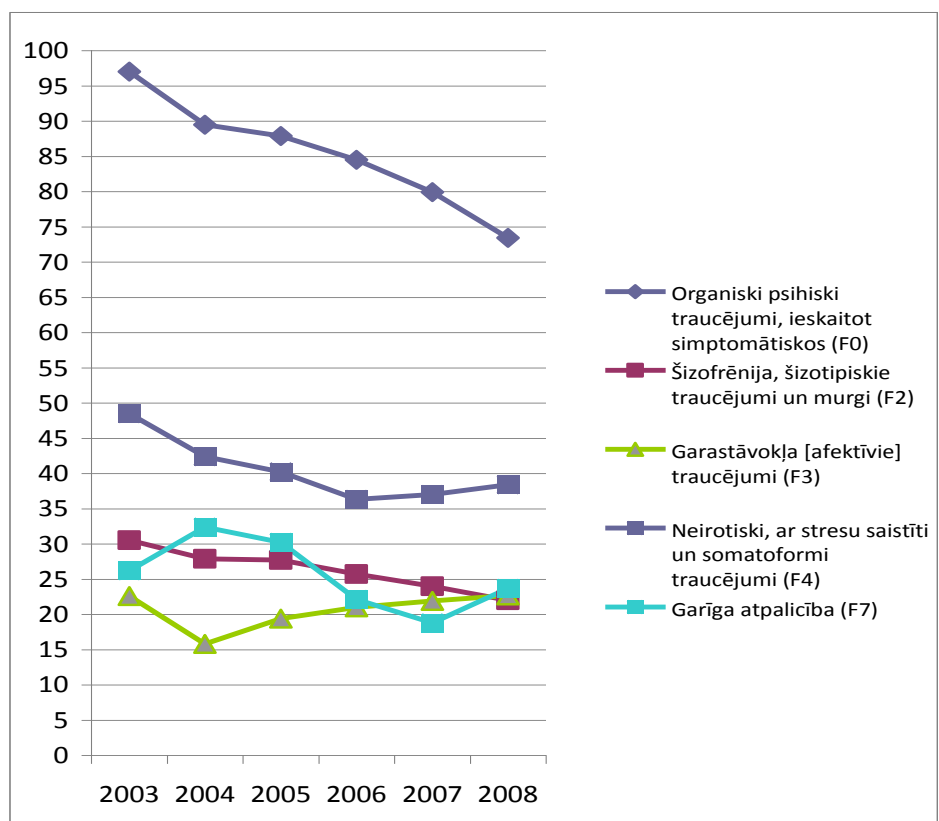
Analizējot pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu dinamiku izplatītākajās psihisko un uzvedības traucējumu grupās (F0, F2, F3, F4 un F7), rēķinot uz 100 000 iedzīvotājiem (skatīt 7. attēlu), var secināt, ka gadu no gada samazinājās pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu skaits ar organiskiem psihiskiem traucējumiem (no 97,0 pacientiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2003. gadā līdz 73,4 pacientiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2008. gadā), kā arī pacientu skaits, kas slimo ar šizofrēniju, šizotipiskiem traucējumiem un murgiem (no 30,5 pacientiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2003. gadā līdz 22,0 pacientiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2008. gadā).

Pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu skaits ar garastāvokļa (afektīvajiem) traucējumiem (F3 grupa) pieauga kopš 2004. gada (no 15,8 pacientiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2004. gadā līdz 22,7 pacientiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2008. gadā). Šī tendence garastāvokļa (afektīvo) traucējumu pacientu vidū varētu liecināt par viņu vēršanos pie ārsta sakarā ar iespēju saņemt medikamentus ar 50% atlaidi no to vērtības valsts zāļu kompensācijas sistēmas ietvaros.

Ar neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (F4 grupa) pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu skaits palielinājies kopš 2006. gada (no 36,3 pacientiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2006. gadā līdz 38,4 pacientiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2008. gadā).

Neskatoties uz neirožu, depresiju pacientu skaita, kuri pirmo reizi uzņemti aprūpē rādītāja pieaugumu Latvijā, iedzīvotāji ar neirotikajiem, ar stresu saistītajiem un somatoformajiem traucējumiem un depresiju, iespējams, tomēr biežāk izvēlas ārstēties pie ģimenes ārstiem vai privāti praktizējošiem speciālistiem, bet pie valsts psihiatriskās palīdzības dienesta pārstāvjiem mēdz griezties tikai jau smagu traucējumu gadījumā, vai negriežas vispār, kas liek domāt, ka patiesais minēto psihisko un uzvedības traucējumu īpatsvars ir lielāks par reģistrēto.

7. attēls. Piecu izplatītāko psihisko un uzvedības traucējumu slimību grupu pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu rādītāja dinamika Latvijā (uz 100 000 iedzīvotājiem) 2003. – 2008. gadā.



Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Veselības ekonomikas centrs.



Analizējot pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu rādītāju reģionu griezumā, jāatzīmē, ka Pierīgas, Vidzemes, Zemgales reģionos šis rādītājs ir zem vidējā valstī, savukārt citos reģionos tas ir augstāks par vidējo. Latgalē, Rīgā un Zemgalē visbiežāk pirmo reizi aprūpē uzņemti pacienti ar organiskiem psihiskiem traucējumiem (F0), Pierīgā un Vidzemē – ar garīgo atpalcību (F7), bet Kurzemē – ar neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (F4). Šo rādītāju atšķirību var ietekmēt gan psihiatrijas dienesta attīstība un pieejamība reģionos, gan nedaudz atšķirīgās diagnostiskās pieejas dažādās ārstniecības iestādēs, gan arī citi apstākļi.

3. tabula. Pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem teritoriālais sadalījums (statistiskie reģioni, Rīga un Pierīga) 2008. gadā.

	Organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos (F0)	Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (F2)	Garastāvokļa [afektīvie] traucējumi (F3)	Neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (F4)	Uzvedības sindromi, kas saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem un somatiskiem faktoriem (F5)	Pieaugušo personības un uzvedības traucējumi (F6)	Garīga atpalcība (F7)	Psihiskās attīstības traucējumi (F8)	Uzvedības un emocionāli traucējumi, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā (F9)	<b>Kopā</b>	<b>Uz 100 000 iedz.</b>
<b>Latvija</b>	<b>1666</b>	<b>500</b>	<b>516</b>	<b>873</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>538</b>	<b>418</b>	<b>424</b>	<b>5021</b>	<b>221,1</b>
Kurzeme	177	48	98	214	10	5	127	29	89	<b>797</b>	<b>262,5</b>
Latgale	324	74	94	125	4	12	79	113	81	<b>906</b>	<b>260,1</b>
Rīga	813	193	151	400	23	17	50	201	160	<b>2008</b>	<b>279,9</b>
Pierīga	128	80	71	54	1	3	161	12	15	<b>525</b>	<b>138,0</b>
Vidzeme	47	50	37	10	1	1	61	3	7	<b>217</b>	<b>91,3</b>
Zemgale	175	55	64	70	4	5	60	60	72	<b>565</b>	<b>199,3</b>
Nav norādīts	2	0	1	0	0	0	0	0	0	<b>3</b>	

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Veselības ekonomikas centrs.

4. tabula. Pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem teritoriālais sadalījums (pilsētas un rajoni) 2008. gadā

	F0	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	Kopā
<b>Latvija</b>	<b>1666</b>	<b>500</b>	<b>516</b>	<b>873</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>538</b>	<b>418</b>	<b>424</b>	<b>5021</b>
<b>Pilsētas</b>										
Rīga	813	193	151	400	23	17	50	201	160	<b>2008</b>
Daugavpils	132	25	15	60	2	10	12	72	60	<b>388</b>
Jelgava	39	16	12	28	0	1	5	1	0	<b>102</b>
Jūrmala	32	10	14	19	0	0	12	4	4	<b>95</b>
Liepāja	75	15	31	98	1	0	22	9	21	<b>272</b>
Rēzekne	16	9	11	3	0	0	1	6	0	<b>46</b>
Ventspils	18	7	10	22	3	0	15	5	31	<b>111</b>
<b>Rajoni</b>										
Aizkraukles raj.	44	4	18	17	1	2	15	48	56	<b>205</b>
Alūksnes raj.	5	6	10	1	0	0	9	0	0	<b>31</b>
Balvu raj.	12	8	17	5	0	0	8	1	0	<b>51</b>
Bauskas raj.	23	7	10	8	1	0	2	3	4	<b>58</b>
Cēsu raj.	2	2	0	1	0	0	1	0	0	<b>6</b>
Daugavpils raj.	60	7	3	37	0	0	22	22	6	<b>157</b>
Dobeles raj.	11	9	15	0	0	0	19	3	1	<b>58</b>
Gulbenes raj.	9	7	8	5	1	0	4	3	5	<b>42</b>
Jelgavas raj.	31	7	6	8	0	1	4	2	1	<b>60</b>
Jēkabpils raj.	27	12	3	9	2	1	15	3	10	<b>82</b>
Krāslavas raj.	27	8	19	6	1	0	14	6	6	<b>87</b>
Kuldīgas raj.	5	2	1	4	1	0	8	3	7	<b>31</b>
Liepājas raj.	28	7	41	50	2	0	14	8	11	<b>161</b>
Limbažu raj.	27	5	13	4	0	1	9	0	3	<b>62</b>
Ludzas raj.	37	3	2	7	0	2	2	0	6	<b>59</b>
Madonas raj.	19	8	10	0	0	1	9	0	1	<b>48</b>
Ogres raj.	39	13	10	19	0	0	7	0	2	<b>90</b>
Preiļu raj.	26	9	22	6	1	0	11	4	3	<b>82</b>
Rēzeknes raj.	14	5	5	1	0	0	9	2	0	<b>36</b>
Rīgas raj.	25	45	29	11	1	2	104	8	6	<b>231</b>
Saldus raj.	42	6	12	23	3	2	31	2	6	<b>127</b>
Talsu raj.	4	10	2	2	0	3	26	1	5	<b>53</b>
Tukuma raj.	5	7	5	1	0	0	29	0	0	<b>47</b>
Valkas raj.	5	13	3	0	0	0	10	0	1	<b>32</b>
Valmieras raj.	7	14	6	3	0	0	28	0	0	<b>58</b>
Ventspils raj.	5	1	1	15	0	0	11	1	8	<b>42</b>
Nav norādīts	2	0	1	0	0	0	0	0	0	<b>3</b>

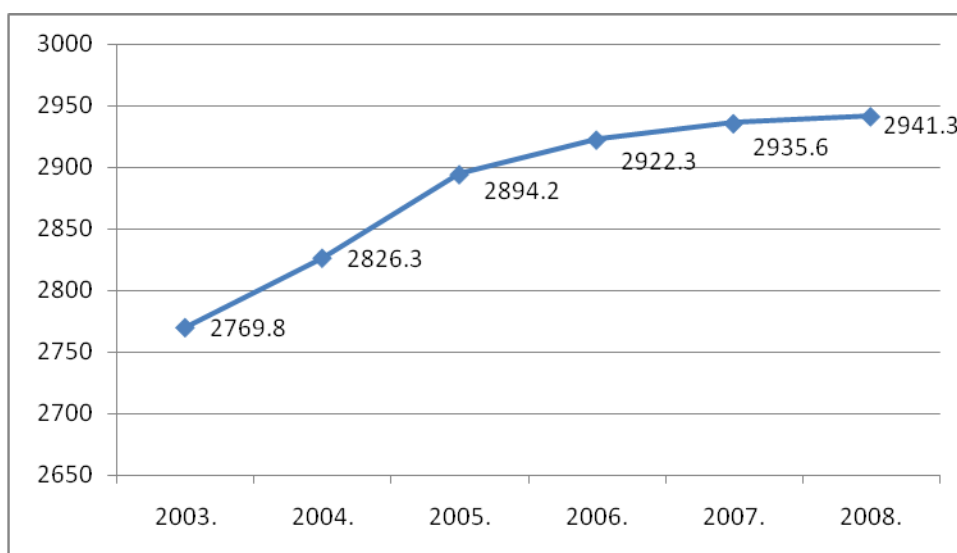
Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Veselības ekonomikas centrs.

### 3.2. Psihisko un uzvedības traucējumu izplatība

Eiropā un vairumā pasaules valstu psihisko un uzvedības traucējumu izplatība populācijā vidēji ir 10%. Jebkurā populācijā tiek pieņemts, ka trešā daļa no iedzīvotājiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem regulāri apmeklē psihiatrisko dienestu, viena trešdaļa neregulāri apmeklē speciālistus, savukārt viena trešdaļa vispār nemeklē palīdzību.

Reģistrā esošo pacientu skaits atspoguļo psihisko un uzvedības traucējumu slimību izplatību Latvijas iedzīvotāju vidū, kuri saņēmuši palīdzību valsts psihiskās aprūpes sistēmā, un šis rādītājs ir pieaudzis no 2769,8 pacientiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2003. gadā līdz 2941,3 pacientiem uz 100 000 iedzīvotājiem (skatīt 8. attēlu). Psihisko un uzvedības traucējumu izplatības pieaugums Latvijā, iespējams, izskaidrojams ar faktu, ka izplatītāko psihisko un uzvedības traucējumu norise ir hroniska, recidivējoša, tiem nepieciešama ilgstoša ārstēšana, kā arī ar to, ka tiek pilnveidota pacientu reģistrācijas metodika.

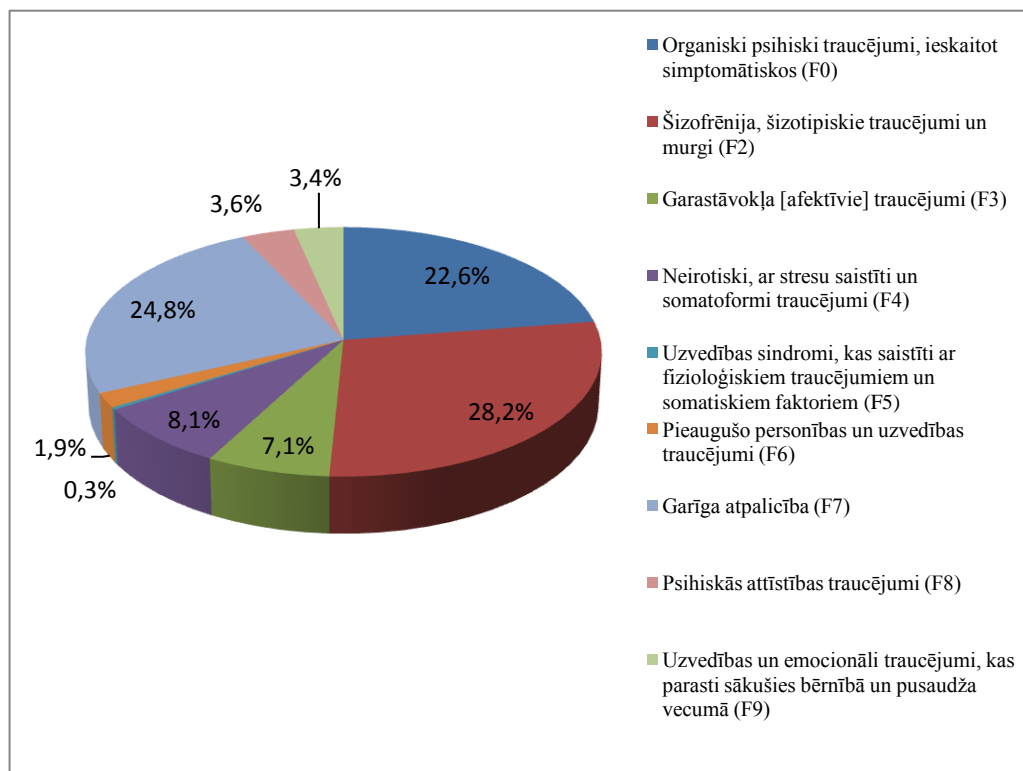
8. attēls. Psihisko un uzvedības traucējumu izplatība (uz 100 000 iedzīvotājiem) Latvijā.



Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Veselības ekonomikas centrs.

Vērtējot psihisko un uzvedības traucējumu izplatību pa diagnožu grupām 2008. gadā (skatīt 9. attēlu), var secināt, ka visvairāk (28,2%) 2008. gadā bija pacientu, kuri slimoja ar šizofrēniju, šizotipiskiem traucējumiem un murgiem (F2), tiem sekoja garīgās atpalcības (F7) pacienti (24,8%), savukārt nedaudz mazāk bija pacientu ar organiskiem psihiskiem traucējumiem (F0) – 22,6%.

9. attēls. Psihisko un uzvedības traucējumu izplatības sadalījums pa diagnožu grupām (%) Latvijā 2008. gadā.



Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Veselības ekonomikas centrs.

Izvērtējot biežāk sastopamo psihisko un uzvedības traucējumu (F0, F2, F7) izplatības izmaiņas pa gadiem (skatīt 5. tabulu), var secināt, ka kopš 2006. gada samazinājusies organisku psihisku traucējumu izplatība (no 681,1 uz 100 000 iedzīvotājiem 2003. gadā līdz 665,1 pacientam uz 100 000 iedzīvotājiem 2008. gadā). Turpretī gadu no gada palielinājās šizofrēnijas, šizotipisku traucējumu un murgu izplatība (no 782,2 pacientiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2003. gadā līdz 828,7 pacientiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2008. gadā). Garīgās atpalcības izplatība palielinājās no 2003. līdz 2007. gadam, bet 2008. gadā bija vērojams neliels izplatības samazinājums.

5. tabula. Latvijā biežāk sastopamo psihisko un uzvedības traucējumu izplatības izmaiņas pa gadiem (uz 100 000 iedzīvotājiem).

	Organiski psihiskie traucējumi (F00-F09)	Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (F20-F29)	Garīgā atpalcība (F70-F79)
2003.	651,2	782,2	668,0
2004.	664,8	796,5	692,3
2005.	676,4	810,0	714,6
2006.	681,1	819,6	725,9
2007.	678,6	826,2	728,4
2008.	665,1	828,7	727,2

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Veselības ekonomikas centrs.

Psihisko un uzvedības traucējumu izplatība (skatīt 6. tabulu) augstāka kā vidēji valstī bija Kurzemē, Latgalē un Zemgalē. Rīgā un Pierīgā vairāk izplatīta bija Šizofrēnija, šizotipiskajiem traucējumiem un murgi (F2), Kurzemē, Vidzemē un Zemgalē – garīgā atpalcība (F7), bet Latgalē – organiski psihiski traucējumi (F0). Psihisko un uzvedības traucējumu izplatības atšķirības, acīm redzot, norāda uz dažādu psihiatrisko pakalpojumu pieejamību dažādos reģionos, kā arī, iespējams, diagnostiskās pieejas un ārstēšanas prakses atšķirības psihiatriskās ārstniecības iestādēs.

6. tabula. Psihisko un uzvedības traucējumu izplatības teritoriālais sadalījums (statistiskie reģioni, Rīga un Pierīga) 2008. gadā.

Reģions	Organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos (F0)	Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (F2)	Garastāvokļa [afektīvie] traucējumi (F3)	Neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (F4)	Uzvedības sindromi, kas saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem un somatiskiem faktoriem (F5)	Pieaugušo personības un uzvedības traucējumi (F6)	Garīga atpalcība (F7)	Psihiskās attīstības traucējumi (F8)	Uzvedības un emocionāli traucējumi, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā (F9)	Kopā	Uz 100 000 iedz.
<b>Latvija</b>	<b>15103</b>	<b>18820</b>	<b>4770</b>	<b>5419</b>	<b>204</b>	<b>1285</b>	<b>16515</b>	<b>2393</b>	<b>2286</b>	<b>66795</b>	<b>2941,3</b>
Kurzeme	2184	2076	975	1596	50	293	3645	349	443	<b>11611</b>	<b>3824,2</b>
Latgale	3759	3007	964	1315	50	583	3092	590	491	<b>13851</b>	<b>3977,1</b>
Rīga	4097	7342	1060	1194	66	96	1836	633	570	<b>16894</b>	<b>2355,0</b>
Pierīga	1863	2616	774	561	9	93	2409	173	210	<b>8708</b>	<b>2289,5</b>
Vidzeme	1223	1704	481	233	8	71	2252	115	134	<b>6221</b>	<b>2616,0</b>
Zemgale	1955	2055	510	514	21	146	3258	532	435	<b>9426</b>	<b>3325,1</b>
Nav norādīts	22	20	6	6	0	3	23	1	3	<b>84</b>	

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Veselības ekonomikas centrs.

7. tabula. Psihisko un uzvedības traucējumu izplatības teritoriālais sadalījums (pilsētas un rajoni) 2008. gadā.

	F0	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	Kopā
<b>Latvija</b>	<b>15103</b>	<b>18820</b>	<b>4770</b>	<b>5419</b>	<b>204</b>	<b>1285</b>	<b>16515</b>	<b>2393</b>	<b>2286</b>	<b>66795</b>
<b>Pilsētas</b>										
Rīga	4097	7342	1060	1194	66	96	1836	633	570	<b>16894</b>
Daugavpils	1324	858	199	480	5	171	463	354	216	<b>4070</b>
Jelgava	421	512	112	151	3	15	370	181	58	<b>1823</b>
Jūrmala	521	498	261	338	5	34	281	61	102	<b>2101</b>
Liepāja	727	577	255	596	19	36	657	87	132	<b>3086</b>
Rēzekne	393	318	152	158	3	99	158	46	46	<b>1373</b>
Ventspils	208	310	162	228	7	36	241	54	71	<b>1317</b>
<b>Rajoni</b>										
Aizkraukles raj.	384	369	139	91	3	31	741	181	195	<b>2134</b>
Alūksnes raj.	130	183	106	82	0	3	215	18	4	<b>741</b>
Balvu raj.	168	238	136	41	1	21	281	3	9	<b>898</b>
Bauskas raj.	266	330	92	79	5	8	587	88	72	<b>1527</b>
Cēsu raj.	6	240	3	3	0	1	9	1	1	<b>264</b>
Daugavpils raj.	481	392	46	103	4	47	698	69	40	<b>1880</b>
Dobeles raj.	252	259	65	55	4	35	452	32	29	<b>1183</b>
Gulbenes raj.	289	305	83	69	3	17	610	42	37	<b>1455</b>
Jelgavas raj.	250	203	41	73	0	6	338	29	15	<b>955</b>
Jēkabpils raj.	382	382	61	65	6	51	770	21	66	<b>1804</b>
Krāslavas raj.	324	352	111	60	3	41	322	32	19	<b>1264</b>
Kuldīgas raj.	186	168	49	71	3	38	466	19	38	<b>1038</b>
Liepājas raj.	372	380	283	370	9	18	723	58	76	<b>2289</b>
Limbažu raj.	337	232	165	44	0	33	248	8	24	<b>1091</b>
Ludzas raj.	352	216	60	170	23	54	343	6	84	<b>1308</b>
Madonas raj.	350	276	95	41	2	15	313	9	23	<b>1124</b>
Ogres raj.	370	480	121	90	0	5	292	13	19	<b>1390</b>
Preiļu raj.	286	323	172	161	10	68	311	18	33	<b>1382</b>
Rēzeknes raj.	431	310	88	142	1	82	516	62	44	<b>1676</b>
Rīgas raj.	454	1073	176	61	4	16	1113	77	55	<b>3029</b>
Saldus raj.	333	220	128	191	8	64	529	54	77	<b>1604</b>
Talsu raj.	298	327	59	44	3	90	815	54	18	<b>1708</b>
Tukuma raj.	181	333	51	28	0	5	475	14	10	<b>1097</b>
Valkas raj.	245	276	106	25	1	27	537	40	45	<b>1302</b>
Valmieras raj.	203	424	88	13	2	8	568	5	24	<b>1335</b>
Ventspils raj.	60	94	39	96	1	11	214	23	31	<b>569</b>
Nav norādīts	22	20	6	6	0	3	23	1	3	<b>84</b>

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem.  
Veselības ekonomikas centrs.

8. tabula. Psihisko un uzvedības traucējumu izplatība un pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu skaita sadalījums pa diagnozēm 2006. - 2008. gads.

Skaidrojums	Kods	2006		2007		2008	
		Skaitis	Pirmreizējie	Skaitis	Pirmreizējie	Skaitis	Pirmreizējie
Alcheimera demence	F00	105	35	100	33	94	38
Vaskulāra demence	F01	1218	468	1182	449	1095	368
Demence citu citur klasificētu slimību dēļ	F02	2190	142	2180	147	2186	174
Neprecizēta demence	F03	130	19	129	28	130	15
Organisks amnetisks sindroms, ko nav izraisījis alkohols vai citas psihoaktīvas vielas	F04	45	8	51	11	53	7
Delīrijs, ko nav izraisījis alkohols vai citas psihoaktīvas vielas	F05	209	59	218	58	189	44
Citi psihiski traucējumi, kas rodas smadzeņu bojājuma un disfunkcijas vai somatiskas slimības dēļ	F06	4936	710	4894	633	4875	653
Organiskā halucinoze	F06.0	335	59	335	49	329	59
Organiski katatoni traucējumi	F06.1	4	1	3	0	6	3
Organiski [šizofrēnijai līdzīgi] murgi	F06.2	587	77	607	91	613	79
Organiski garastāvokļa [afektīvi] traucējumi	F06.3	1260	201	1299	182	1314	180
Personības un uzvedības traucējumi smadzeņu slimības, bojājuma vai disfunkcijas dēļ	F07	6789	496	6722	464	6486	367
Organiski personības traucējumi	F07.0	3961	270	3921	250	3793	189
Šizofrēnija	F20	15953	351	15927	307	15850	299
Paranoīda šizofrēnija	F20.0	11765	281	11715	215	1659	219
Hebefrēna šizofrēnija	F20.1	98	1	100	2	100	2
Katatona šizofrēnija	F20.2	60	0	63	3	67	6
Nediferencēta šizofrēnija	F20.3	666	23	689	25	682	8
Postšizofrēniska depresija	F20.4	109	1	110	1	111	4
Reziduāla šizofrēnija	F20.5	717	2	693	4	659	4
Vienkārša šizofrēnija	F20.6	763	11	768	19	773	15
Cita veida šizofrēnija	F20.8	1715	31	1729	36	740	39

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Veselības ekonomikas centrs.



8. tabula. (turpinājums) Psihisko un uzvedības traucējumu izplatība un pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu skaita sadalījums pa diagnozēm 2006. - 2008. gads.

Šizotipiski traucējumi	F21	957	39	993	44	1003	38
Persistējoši murgi	F22	259	11	256	25	251	15
Akūti un transitoriski psihotiski traucējumi	F23	845	150	871	143	922	129
Šizoafektīvi traucējumi	F25	768	36	781	28	775	19
Maniakāla epizode	F30	29	6	33	4	36	3
Bipolāri afektīvi traucējumi	F31	420	28	453	41	476	40
Depresīva epizode	F32	1564	177	1567	187	1527	194
Viegla depresijas epizode	F32.0	515	49	486	44	457	47
Vidēji smagas depresijas epizode	F32.1	905	118	940	125	944	138
Smagas depresijas epizode bez psihotiskiem simptomiem	F32.2	55	5	47	7	38	2
Smagas depresijas epizode ar psihotiskiem simptomiem	F32.3	43	5	47	8	40	3
Rekurenti depresīvi traucējumi	F33	1779	237	1988	246	2179	255
Rekurenti depresīvi traucējumi, pašreiz viegla epizode	F33.0	222	20	232	17	247	27
Rekurenti depresīvi traucējumi, pašreiz vidēji smaga epizode	F33.1	1368	203	1560	214	1732	213
Rekurenti depresīvi traucējumi, pašreiz smaga epizode bez psihotiskiem simptomiem	F33.2	43	4	45	6	47	4
Rekurenti depresīvi traucējumi, pašreizējā epizode smaga ar psihotiskiem simptomiem	F33.3	41	6	45	4	46	1
Persistējoši garastāvokļa [afektīvi] traucējumi	F34	554	31	542	20	513	19
Fobiska trauksmainība	F40	139	26	143	19	140	12
Cita veida trauksme	F41	619	95	643	107	715	133
Panika [epizodiska paroksizmāla trauksme]	F41.0	130	27	134	23	152	2
Obsesīvi kompulsīvi traucējumi	F42	67	10	65	10	67	12
Reakcija uz smagu stresu un adaptācijas traucējumi	F43	2801	501	2669	490	2724	502
Akūta stresa reakcija	F43.0	231	19	203	15	203	18
Posttraumatiskais stresa sindroms	F43.1	122	11	111	10	96	5
Adaptācijas traucējumi	F43.2	2422	469	2332	465	2399	476
Disociatīvi [konversijas] traucējumi	F44	86	13	86	14	80	8

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Veselības ekonomikas centrs.

8. tabula. (turpinājums) Psihisko un uzvedības traucējumu izplatība un pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu skaita sadalījums pa diagnozēm 2006. - 2008. gads.

Somatoformi traucējumi	F45	888	133	899	140	926	148
Somatizācija	F45.0	49	5	41	5	45	8
Citi neirotiski traucējumi	F48	783	54	783	65	767	58
Neirastēnija	F48.0	415	20	406	31	387	26
Ēšanas traucējumi	F50	54	12	59	13	67	22
Neorganiski miega traucējumi	F51	93	14	100	28	98	20
Specifiski personības traucējumi	F60	1309	52	1218	55	1163	32
Paranoīda personība	F60.0	46	0	39	0	37	0
Šizoīda personība	F60.1	93	5	79	0	78	2
Asociāla personība	F60.2	73	1	69	3	67	1
Emocionāli nestabila personība	F60.3	586	32	540	34	512	15
Paradumu un dziņu traucējumi	F63	13	1	13	2	11	1
Viegla garīga atpalicība	F70	9588	327	9494	240	9332	335
Uzvedības pārmaiņu nav, vai tās ir minimālas	F70.0	6699	220	6567	154	6414	221
Būtiskas uzvedības pārmaiņas, kas prasa uzmanīšanu vai ārstēšanu	F70.1	2326	96	2368	80	2359	98
Citas uzvedības pārmaiņas	F70.8	204	7	206	5	215	14
Bez norādes par uzvedības pārmaiņām	F70.9	359	4	353	1	344	2
Vidēji smaga garīga atpalicība	F71	4503	94	4524	84	4543	89
Smaga garīgā atpalicība	F72	1856	45	1883	53	1914	66
Dziļa garīga atpalicība	F73	577	27	579	25	586	32
Cita veida garīga atpalicība	F78	26	1	24	1	22	0
Neprecizēta garīga atpalicība	F79	107	13	114	27	118	16
Specifiski runas un valodas attīstības traucējumi	F80	674	168	636	111	667	135
Specifiski runas artikulācijas traucējumi	F80.0	220	39	171	15	172	28
Ekspresīvās valodas traucējumi	F80.1	300	92	310	71	328	73

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Veselības ekonomikas centrs.

8. tabula. (turpinājums) Psihisko un uzvedības traucējumu izplatība un pirmo reizi aprūpē uzņemto pacientu skaita sadalījums pa diagnozēm 2006. - 2008. gads.

Receptīvās valodas traucējumi	F80.2	2	3	2	0	2	1
Iegūta afāzija ar epilepsiju(Landaua-Kleffera)	F80.3	27	8	26	0	24	0
Specifiski mācīšanās iemaņu attīstības traucējumi	F81	1329	26	1258	137	1211	172
Specifiski lasīšanas traucējumi	F81.0	29	5	28	4	30	3
Specifiski pareizrakstības traucējumi	F81.1	5	0	6	2	6	1
Specifiski aritmētisko iemaņu traucējumi	F81.2	14	2	12	2	15	7
Jaukti mācīšanās iemaņu traucējumi	F81.3	975	144	952	104	900	122
Jaukti specifiski attīstības traucējumi	F83	161	17	162	29	185	37
Pervezīvi attīstības traucējumi	F84	200	61	265	82	318	74
Bērnības autisms	F84.0	30	9	41	11	55	16
Atipisks autisms	F84.1	26	7	39	15	52	14
Reta sindroms	F84.2	4	1	4	0	5	1
Citi disintegratīvi traucējumi bērnībā	F84.3	3	0	2	0	4	2
Hiperaktīvi traucējumi, kas saistīti ar psihisku atpalcību un stereotipām kustībām	F84.4	1	0	2	0	2	0
Aspergera sindroms	F84.5	8	0	4	1	5	2
Hiperkinētiski traucējumi	F90	692	117	721	133	779	175
Uzvedības traucējumi	F91	686	83	690	94	616	61
Uzvedības traucējumi ģimenes ietvaros	F91.0	64	7	66	14	58	5
Nesocializēti uzvedības traucējumi	F91.1	165	21	174	21	161	17
Socializēti uzvedības traucējumi	F91.2	349	38	347	48	303	31
Opozicionāri izaicinoši traucējumi	F91.3	65	17	59	6	55	7
Jaukti uzvedības un emocionāli traucējumi	F92	365	69	381	80	442	112
Rauste	F95	118	17	112	12	118	20
Citi uzvedības un emociju traucējumi, kas parasti sākas bērnībā un pusaudža gados	F98	214	44	215	35	219	40
Neorganiska enurēze	F98.0	95	10	83	8	77	6
Neorganiska enkoprēze	F98.1	23	4	22	2	23	6

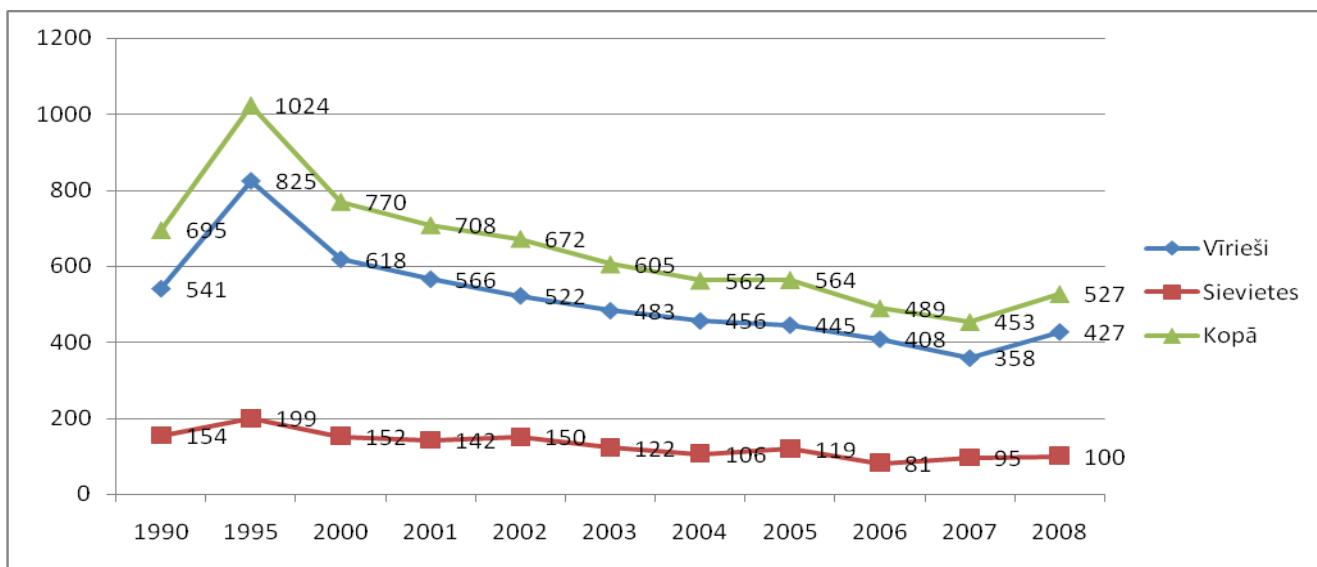
Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Veselības ekonomikas centrs.

## 4. Pašnāvības

Pašnāvību rādītājs lielā mērā atspoguļo valsts sabiedrības veselības situāciju. Pašnāvību skaitu ietekmē gan sociālie, gan ekonomiskie aspekti, gan veselības problēmas, gan atkarības vielu lietošana, gan cilvēka personības veidošanās, gan reliģiskie uzskati u.c. faktori. Neskatoties uz pašnāvības cēloņiem, katra cilvēka zaudējums ir milzīga traģēdija viņa ģimenei, draugiem, valstij kopumā<sup>15</sup>. Pēdējo 45 gadu laikā visā pasaulē pašnāvību skaits pieaudzis par 60%.

Pēc Centrālās statistikas pārvaldes datiem Latvijā pēdējo gadu laikā pašnāvību skaitam bija tendence samazināties (skatīt 10. attēlu). Ja 1995. gadā kopā bija reģistrētas 1024 pašnāvības, tad 2007. gadā pašnāvību skaits bija sarucis līdz 453. 2008. gadā šī pozitīvā pašnāvību rādītāja samazināšanās ir apstājusies un reģistrētas jau 527 pašnāvības – 427 pašnāvības veica vīrieši, bet 100 – sievietes. Uzmanība jāpievērš stabilam vīriešu pašnāvību skaita pārsvaram un iespējamajiem riska faktoriem, piemēram, sociāli ekonomiskajai situācijai valstī, finanšu krīzei, piespiedu darba maiņām, bezdarbam, atkarības vielu lietošanai u.c.

10. attēls. Pašnāvību skaita dinamika Latvijā pa dzimumiem 1990.-2008. gads.



Avots: Latvijas Centrālā statistikas pārvalde.

<sup>15</sup> Māris Taube, Ilze Damberga. *Pašnāvības Latvijā – situācija, perspektīvas, risinājumi*. Rīga: Valsts aģentūra „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2009. 29 lpp.

9. tabula. Pašnāvību skaita dinamika no 1990.-2008. gadam Latvijā pa vecuma grupām un dzimumiem.

Vecuma grupa	1990		1995		2000		2001		2002	
	Vīrieši	Sievietes	Vīrieši	Sievietes	Vīrieši	Sievietes	Vīrieši	Sievietes	Vīrieši	Sievietes
10-14	5	2	3	1	4	1	3	0	3	0
15-19	18	7	21	5	20	4	13	5	12	3
20-24	21	4	44	5	33	4	30	1	40	3
25-29	54	8	75	7	38	8	33	4	37	6
30-34	65	3	71	5	45	7	51	7	30	6
35-39	56	9	74	19	54	10	42	7	52	10
40-44	51	8	99	21	76	12	74	13	70	10
45-49	56	12	79	18	70	8	69	10	44	6
50-54	55	13	87	23	65	9	61	17	66	18
55-59	46	12	102	17	64	13	57	10	57	17
60-64	31	13	60	16	46	17	53	14	45	23
65-69	22	18	60	17	39	13	33	13	22	9
70-74	20	9	17	11	26	15	25	12	18	11
75-79	19	11	10	16	13	10	12	14	12	11
>80	22	25	23	18	24	21	10	15	14	17
<b>PAVISAM</b>	<b>541</b>	<b>154</b>	<b>825</b>	<b>199</b>	<b>618</b>	<b>152</b>	<b>566</b>	<b>142</b>	<b>522</b>	<b>150</b>

Avots: Latvijas Centrālā statistikas pārvalde.

9. tabula (turpinājums). Pašnāvību skaita dinamika no 1990.-2008. gadam Latvijā pa vecuma grupām un dzimumiem.

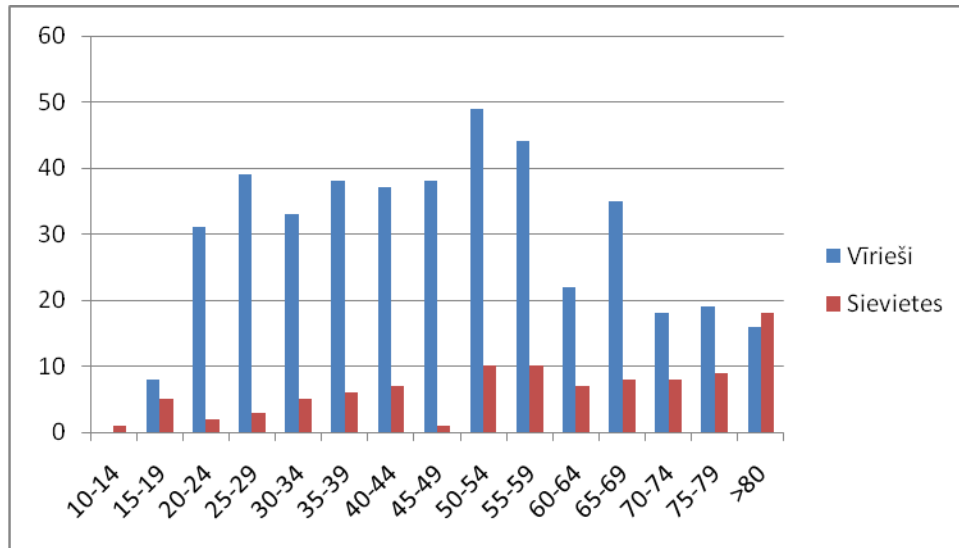
2003		2004		2005		2006		2007		2008	
Vīrieši	Sievietes	Vīrieši	Sievietes	Vīrieši	Sievietes	Vīrieši	Sievietes	Vīrieši	Sievietes	Vīrieši	Sievietes
3	1	1	0	4	1	0	0	1	2	0	1
10	3	12	2	15	3	11	1	11	4	8	5
33	6	26	4	27	3	34	0	21	2	31	2
37	5	26	3	39	1	27	3	26	3	39	3
33	8	36	10	37	4	38	7	32	4	33	5
42	8	34	4	36	4	24	7	30	6	38	6
58	7	49	4	43	4	35	4	40	6	37	7
52	9	62	9	55	10	54	4	39	5	38	1
51	11	43	6	51	13	50	6	34	9	49	10
43	10	41	8	31	11	35	7	31	10	44	10
21	7	42	17	33	11	19	6	19	3	22	7
24	9	27	5	29	11	21	5	19	7	35	8
38	13	28	9	24	11	30	8	15	7	18	8
19	11	19	9	12	9	21	11	20	10	19	9
19	14	10	16	9	23	9	12	20	17	16	18
<b>483</b>	<b>122</b>	<b>456</b>	<b>106</b>	<b>445</b>	<b>119</b>	<b>408</b>	<b>81</b>	<b>358</b>	<b>95</b>	<b>427</b>	<b>100</b>

Avots: Latvijas Centrālā statistikas pārvalde.

2008. gadā visvairāk pašnāvības veica 50–54 gadus veci vīrieši (skatīt 11. attēlu), bet sievietes visbiežāk pašnāvības izdarīja vecuma grupā 80 un vairāk gadi. Vīrieši izdara pašnāvības 4 reizes biežāk nekā sievietes. Kā būtiska problēma iezīmējas arī vecu ļaužu

pašnāvības, kas nereti saistāmas ar vientulību, savas vērtības un nozīmīguma zaudēšanu sabiedrībā, kā arī fiziskās veselības traucējumiem.

11. attēls. Izdarīto pašnāvību sadalījums pa vecuma grupām un dzimumiem 2008. gadā.



Avots: Latvijas Centrālā statistikas pārvalde.

Bērnu un pusaudžu garīgo veselību, psihoemocionālo labklājību un iespējamās pašnāvības draudus atklāj virkne pētījumu rezultātu. Pašnāvības tieksmes un pieredzi atklāj Latvijas skolu aptauja par alkoholu un citām narkotiskām vielām (turpmāk tekstā LaSPAD), kurā respondentiem tika uzdoti jautājumi arī par garīgo veselību (skatīt 10. tabulu)<sup>16</sup>. Pētījuma rezultāti uzrāda satraucošus datus par lielo bērnu un jauniešu skaitu, kuri domājuši par pašnāvību un pēc pašu teiktā jau reāli mēģinājuši veikt pašnāvību dzīves vai mācību gada laikā. Būtu nepieciešams papildus pētīt iemeslus, taču, iespējams, nozīmīgu vietu ieņemtu gan savstarpējās cietsirdīgās attiecības skolā, vardarbība, ieskaitot tādu vardarbības veidu kā bērnu pamestība, nepietiekama uzmanība, īpaši gadījumos, kad vecāki pārcēlušies uz citu valsti peļņas nolūkos<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> Ilze Koroļova, Inta Mieriņa, Māris Goldmanis, Sigita Sniķere, Mārcis Trapencieris. *Atkarību izraisīto vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū*, Sabiedrības veselības aģentūra, 2008

<sup>17</sup> Putniņa A. u.c., *Vardarbība un veselība, Ziņojums par situāciju Latvijā*, Rīga, 2007

10. tabula. Pašnāvības tieksmes un pieredze saistībā ar skolēna vecumu (% no atbildējušajiem).

	13-14 gadi	15-16 gadi	17-18 gadi	19-20 gadi
Kāds no draugiem vai tuviem cilvēkiem ir mēģinājis izdarīt pašnāvību	17	22	28	27
Kāds no draugiem vai tuviem cilvēkiem ir izdarījis pašnāvību	6	8	9	11
Pats respondents ir domājis par pašnāvību	21	27	31	31
Respondents kādam ir stāstījis, ka domā par pašnāvības izdarīšanu	12	16	17	16
Respondents dzīves laikā ir mēģinājis izdarīt pašnāvību	8	12	12	13
Respondents pēdējā mācību gada laikā ir mēģinājis izdarīt pašnāvību	6	7	6	4

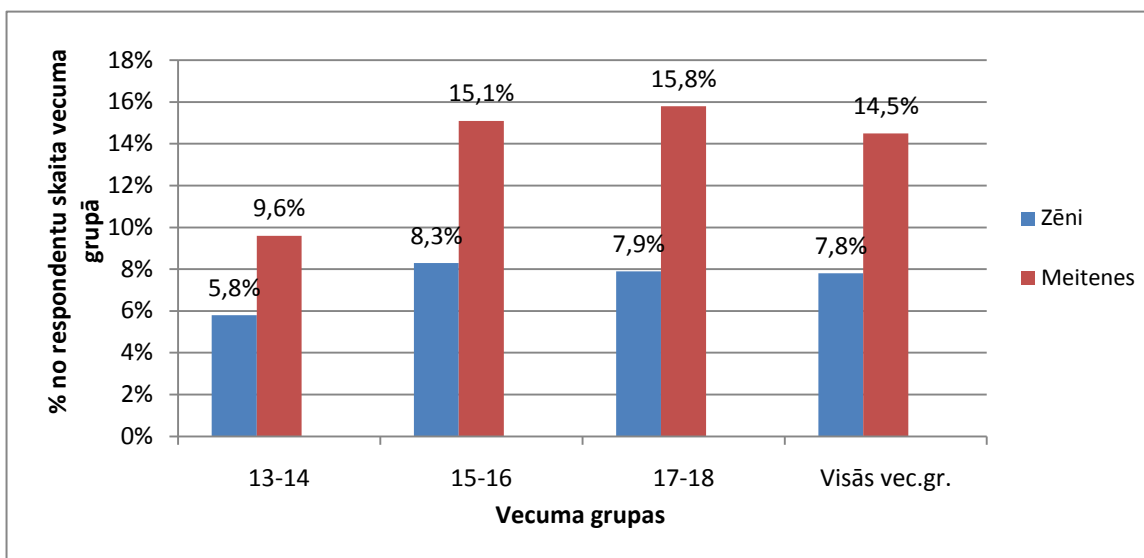
Avots: Atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū, v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2007.

Ja pašnāvības domas vēl varētu attiecināt uz pusaudžu vecuma psiholoģiskajām īpatnībām, tad pašnāvības mēģinājumu izplatībai Latvijas pusaudžu vidū jāpievērš īpaša uzmanība, jo pašnāvības mēģinājums var pusaudzi novest arī pie letāla iznākuma. Kā redzams 12. attēlā, meitenes pašnāvības mēģinājumu dzīves laikā atzīmējušas vidēji divas reizes biežāk kā zēni, kas varētu liecināt par meiteņu jūtīgāku attieksmi pret dažādām psiholoģiskām problēmām un pārdzīvojumiem attiecīgajās vecuma grupās (nelaimīgas mīlestības, televīzijā vai jauniešu vidū redzētu un ar pašnāvībām saistītu modeļu atdarināšana, zems pašvērtējums, u.c.). Latvija šajā ziņā nav unikāla, jo līdzīgas tendences meitenēm iezīmējas arī citur pasaulē veiktajos pētījumos<sup>18,19</sup>.

<sup>18</sup> Zemaitiene N; Zaborskis A. *Suicidal tendencies and attitude towards freedom to choose suicide among Lithuanian schoolchildren: results from three cross-sectional studies in 1994, 1998, and 2002*. BMC Public Health [BMC Public Health] 2005; Vol. 5, pp. 83.

<sup>19</sup> Park, Hyun Sook Koo, Hyun Young Schepp, Karen G. Jang, Eun Hee. *Predictors of Suicidal Ideation Among High School Students by Gender in South Korea*. Journal of School Health; May2006, Vol. 76 Issue 5, p181-188.

12. attēls. Pašnāvības mēģinājumu dzīves laikā atzīmējušie skolēni atkarībā no skolēna dzimuma un vecuma grupas.



Avots: Latvijas skolu aptauja par alkoholu un citām narkotiskajām vielām (LaSPAD).

Skolas vecuma bērnu veselības paradumu pētījums<sup>20</sup> (turpmāk tekstā HBSC, angliiski *The Health Behaviour in School-aged Children*) uzrāda pārsteidzošus faktus, ka vidēji katrs piektais pusaudzis Latvijā nav apmierināts ar savu dzīvi. Palielinoties vecumam, pieaug skolēnu īpatsvars, kas savu dzīvi vērtē kā sliktu (skatīt 13. attēlu). Atšķirības starp vecumgrupām ir statistiski ticamas ( $p < 0,05$ ).

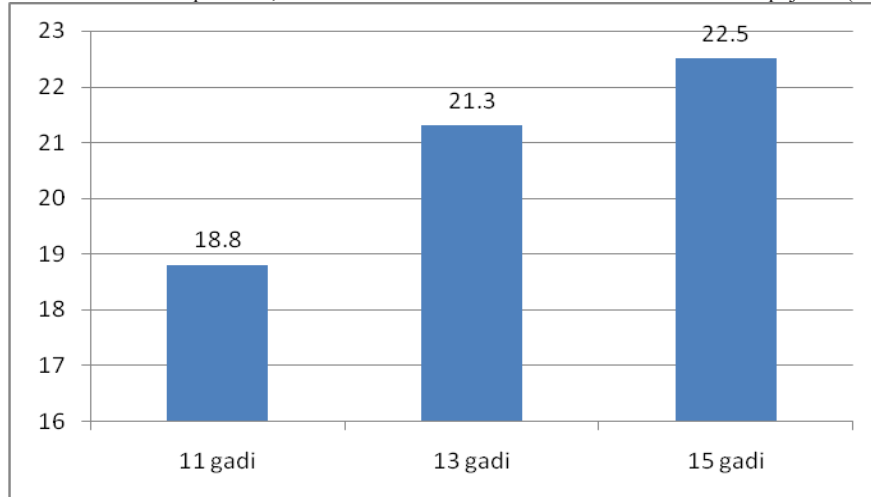
Salīdzinot HBSC un LaSPAD pētījumu datus redzams, ka skolēnu īpatsvars, kuri vērtē savu dzīvi kā sliktāko iespējamo (skatīt 13. attēlu) procentuāli ir līdzīgs skolēnu īpatsvaram, kuri pēc pašu teiktā ir domājuši par pašnāvību (skatīt 10. tabulu). Ja pēc LaSPAD pētījuma datiem 13–14 gadu vecuma grupā pašnāvības domas bija atzīmējuši 21% skolēnu, tad savu dzīvi kā sliktāko vai vissliktāko iespējamo līdzīgā vecuma grupā pēc HBSC pētījuma datiem atzīmējuši 21,3%. Attiecīgi 15–16 gadu vecu jauniešu grupā šie rādītāji bija 27% LaSPAD un 22,5% HBSC pētījumos. HBSC pētījuma rezultāti rāda, ka pēdējā pusgada laikā aizkaitināmību vai sliktu garastāvokli vairāk kā reizi nedēļā bija izjutuši 50,8% zēnu un 64,2% meiteņu. Meitenes ievērojami biežāk kā zēni sūdzējās par nervozitāti un nomāktību (skatīt 14. attēlu). Pēc LaSPAD pētījuma datiem meitenēm arī

<sup>20</sup> Biruta Velika, Iveta Pudule, Daiga Grīnbera, Inese Gobiņa, Nikola Tilgale, Anita Villeruša, Uldis Teibe. *Veselība un psihoemocionālā labklājība skolas vecuma bērniem Latvijā*. Rīga: Valsts aģentūra „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2008. 11 lpp



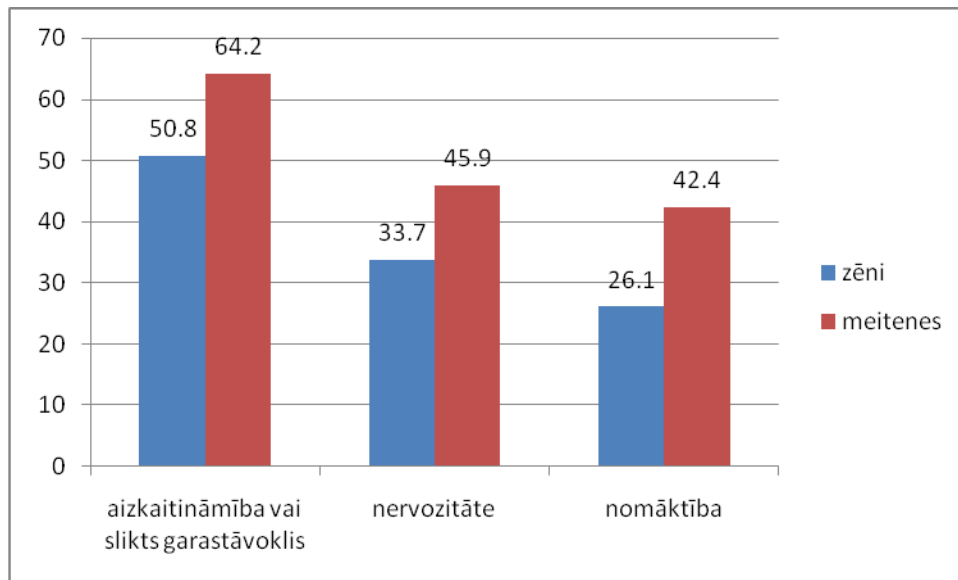
suicidālās tieksmes ir izplatītākas kā zēniem. Lai noskaidrotu vai šiem rādītājiem ir saistība, turpmākajos pētījumos nopietns akcents jāliek uz šo jautājumu padziļinātu izpēti, jo šiem skolēniem, iespējams, ir paaugstināts risks pašnāvības mēģinājumam vai pašnāvībai, bet atklājot un kontrolējot izraisošos faktorus būtu iespējams šo risku mazināt.

13. attēls. Skolēnu īpatsvars, kuri vērtē savu dzīvi kā sliktāko vai vissliktāko iespējamo (%).



Avots: Veselība un psihoemocionālā labklājība skolas vecuma bērniem Latvijā, v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2008.

14. attēls. Sūdzības par psihoemocionālās veselības problēmām vismaz reizi nedēļā dzimuma grupās (%).



Avots: Veselība un psihoemocionālā labklājība skolas vecuma bērniem Latvijā, v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2008.

## 5. Invaliditāte psihisko un uzvedības traucējumu dēļ<sup>21</sup>

### 5.1. Invaliditāte psihisko un uzvedības traucējumu dēļ personām no 16 gadu vecuma

Vairākums Eiropas valstu atzinušas garīgo veselību par prioritāti, ņemot vērā, ka psihiskie un uzvedības traucējumi nereti izraisa nopietnas un paliekošas sekas, pacienti kļūst par invalīdiem. Psihiskie un uzvedības traucējumi ir otrais lielākais invaliditātes koriģēto dzīves gadu (DALYs) iemesls Pasaules Veselības organizācijas Eiropas reģiona valstīs – 19,5%<sup>22</sup>.

Latvijā 2008. gadā pirmreizēji invaliditāte psihisku un uzvedības traucējumu dēļ tika noteikta 1005 personām. Salīdzinot ar 2007. gadu, pirmreizējo invalīdu skaits psihisko un uzvedības traucējumu dēļ bija palielinājies par 162 invalīdiem, jeb par 19,2%. (skatīt 15. attēlu).

Kopējā pirmreizējās invaliditātes struktūrā pēc slimībām invaliditāte psihisko un uzvedības traucējumu dēļ bija 6. vietā (8,4%).

Kopējais pirmreizējo invalīdu skaits galvenokārt bija palielinājies uz to invalīdu rēķina, kuri slimo ar šizofrēniju (šizofrēnijas īpatsvars pirmreizējā invaliditātes struktūrā psihisko un uzvedības traucējumu dēļ bija 42,0%, 2007. gadā – 38,9%).

Pirmreizējās invaliditātes intensitātes rādītājs psihisko un uzvedības traucējumu dēļ uz 10000 iedzīvotājiem virs 16 gadu vecuma 2008. gadā bija 5,2. 2007. gadā šis rādītājs bija 4,4.

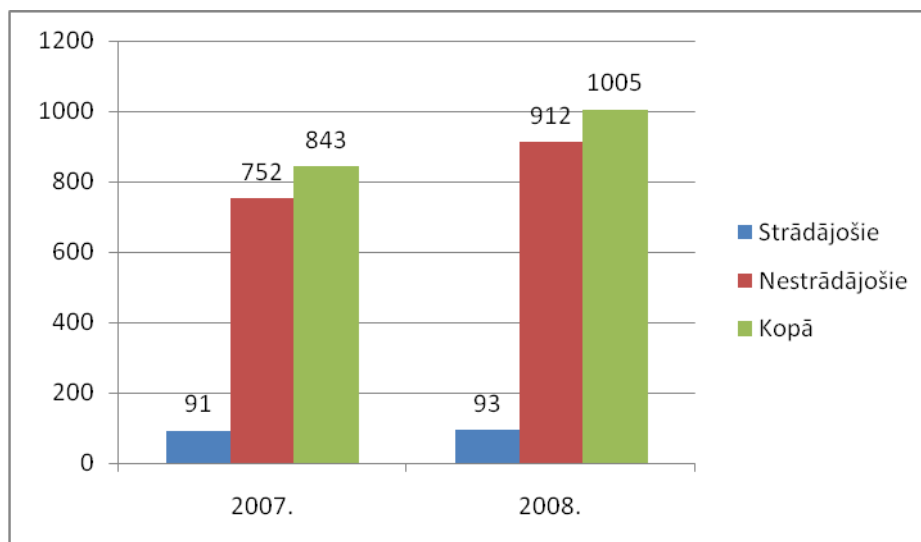
Pirmreizējās invaliditātes iedalījumā pēc vecuma, salīdzinājumā ar iepriekšējiem gadiem, būtisku izmaiņu nav. Lielākais invalīdu īpatsvars bija vecumā no 16 līdz 39 gadiem – 48,9%, pie tam, liela daļa no viņiem bija invalīdi no bērnības. Vecumā no 40 līdz 59 gadiem invaliditāte noteikta 33,7% invalīdu, 60 gadu un vecākiem 17,4% invalīdu (2007. gadā šajās trijās vecuma grupās attiecīgi: 57,7%, 34,0%, 8,3%).

---

<sup>21</sup> *Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas 2008. gada pārskats (darba analīze)* Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija.

<sup>22</sup> *New WHO report. Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges.* WHO, Copenhagen, London, 2008

15. attēls. Pirmreizējā invaliditāte strādājošiem un nestrādājošiem psihisko un uzvedības traucējumu dēļ 2007.-2008.gadā.



Avots: Veselības un darbības ekspertīzes ārstu valsts komisija.

Atkārtotās invaliditātes struktūrā pēc slimībām invaliditāte psihisko un uzvedības traucējumu dēļ valstī bija 3. vietā ar 15,6%. Atkārtoti invaliditāte tika 2008. gadā noteikta 3979 invalīdiem (2007. gadā 3838 invalīdiem).

Arī atkārtotās invaliditātes noteikšanas galvenais iemesls psihisko un uzvedības traucējumu grupā gandrīz pusei gadījumu (49,6%) bija šizofrēnija.

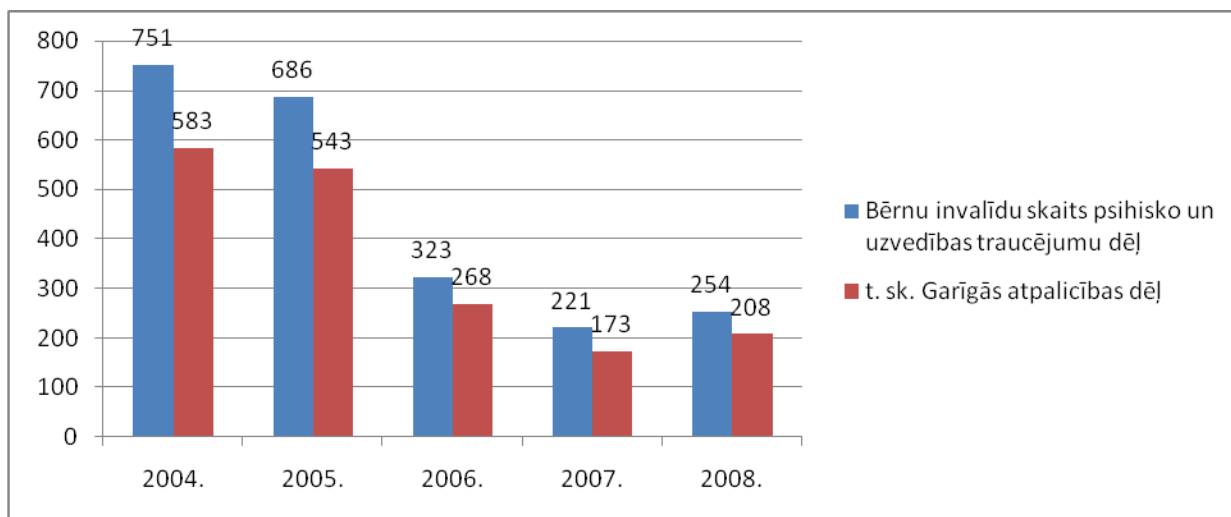
## 5.2. Invaliditāte psihisko un uzvedības traucējumu dēļ bērniem līdz 16 gadu vecumam

Pirmreizēji invaliditāte 2008. gadā tika noteikta 254 bērniem līdz 16 gadu vecumam, tajā skaitā 208 bērniem ar garīgo atpalicību (skatīt 16. attēlu). No kopējā pirmreizējo invalīdu skaita invaliditāte tika noteikta 169 zēniem (66,5%) un 85 meitenēm (33,5%), no tiem 80 bērniem, kuri mācījās (31,5%) un 174 bērniem, kuri nemācījās (68,5%). Vecumā no 0 līdz 6 gadiem invaliditāte tika noteikta 92 bērniem (36,2%) un vecumā no 7 līdz 16 gadiem 162 bērniem (63,8%).

Atkārtoti bērna invalīda statuss 2008. gadā tika noteikts 475 bērniem. No tiem 327 zēniem (68,8%) un 148 meitenēm (31,2%). Vecumā no 0 līdz 6 gadiem atkārtots

invalida statuss noteikts 69 bērniem (14,5%), savukārt vecumā no 7 līdz 16 gadiem – 406 bērniem (85,5%).

16. attēls Pirmreizējā invaliditāte psihisko un uzvedības traucējumu dēļ bērniem līdz 16 gadu vecumam no 2004.-2008. gadam.



Avots: Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija.