



***DARBSPĒJĪGĀ VECUMA
IEDZĪVOTĀJU GARĪGĀ VESELĪBA***

Rīga 2008

DARbspējīgā Vecuma Iedzīvotāju Garīgā Veselība

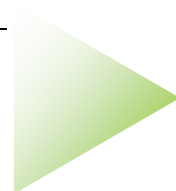
Autori **Margita Štāle** valsts aģentūra „Sabiedrības veselības aģentūra”
 Jolanta Skrule valsts aģentūra „Sabiedrības veselības aģentūra”
 Māris Taube valsts aģentūra „Sabiedrības veselības aģentūra”

Konsultanti **Ruta Krievkalne** VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs”

Ziņojums pieejams elektroniski v/a „Sabiedrības veselības aģentūra” interneta mājas lapā www.sva.gov.lv.

Publicēts
Valsts aģentūra „Sabiedrības veselības aģentūra”
Klijānu iela 7
Rīga, LV-1012
Latvija

© 2008, Valsts aģentūra „Sabiedrības veselības aģentūra”, Latvija



SATURA RĀDĪTĀJS

SATURA RĀDĪTĀJS	3
ATTĒLU SARAKSTS	4
VĒSTĪJUMS	5
IEVADS	6
PROBLĒMAS AKTUALITĀTE	7
LATVIJAS IEDZĪVOTĀJU DEMOGRĀFISKĀS SITUĀCIJAS RAKSTUROJUMS	9
IEDZĪVOTĀJU GARĪGĀ VESELĪBA UN PROBLĒMAS	10
AR STRESU SAISTĪTI VESELĪBAS TRAUCĒJUMI, UZVEDĪBAS SINDROMI UN DEPRESIJA	14
PAŠNĀVĪBAS UN PAŠNĀVĪBU MĒGINĀJUMI	16
UZVEDĪBAS ATKARĪBAS, TAI SKAITĀ PROCESA ATKARĪBAS – AZARTSPĒĻU UN DATORATKARĪBA	20
PSIHOAKTĪVO VIELU, TAI SKAITĀ ALKOHOLA, LIETOŠANAS IZPLATĪBA UN SEKAS	23
POLITIKAS INICIATĪVAS	30
SECINĀJUMI UN PRIEKŠLIKUMI	33
SECINĀJUMI	33
PRIEKŠLIKUMI	34
KOMENTĀRI PAR DATIEM	37
GALVENO JĒDZIENU UN TERMINU SKAIDROJUMS	38
SAĪSINĀJUMI	40
ATSAUCES	41



ATTĒLU SARAKSTS

1.ATTĒLS.	SOCIĀLIE, VIDES UN EKONOMISKIE PRIEKŠNOTEIKUMI GARĪGAJAI VESELĪBAI	8
2.ATTĒLS.	DEMOGRĀFISKĀS SLODZES LĪMENIS GADA SĀKUMĀ, UZ 1000 IEDZĪVOTĀJIEM DARBSPĒJĪGĀ VECUMĀ	9
3.ATTĒLS.	PACIENTI AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM, TAI SKAITĀ AR PSIHOAKTĪVO VIELU ATKARĪBĀM, VECUMA GRUPĀ 15-64 GADI, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	10
4.ATTĒLS.	SLIMNIEKU SASTĀVS PA DIAGNOZĒM, 2007. GADS, VECUMA GRUPĀ 15-64 GADI, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	11
5.ATTĒLS.	MIRSTĪBA NO PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM, VECUMA GRUPĀ 15-64 GADI, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	14
6.ATTĒLS.	SASLIMSTĪBA AR DEPRESIJU, VECUMA GRUPĀ 15-64 GADI, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	16
7.ATTĒLS.	MIRSTĪBA ĀRĒJO CĒLOŅU DĒĻ, VECUMA GRUPĀ 15-64 GADI, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	16
8.ATTĒLS.	MIRSTĪBA NO PAŠNĀVĪBĀM, VECUMA GRUPĀ 15-64 GADI, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	17
9.ATTĒLS.	MIRSTĪBA NO PAŠNĀVĪBĀM PĒC VECUMA UN DZIMUMA, 2007.GADS, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	17
10.ATTĒLS.	PAŠNĀVĪBU DĒĻ POTENCIĀLI ZAUDĒTIE DZĪVE GADI, VECUMA GRUPĀ 15-64 GADI, PĒC DZIMUMA, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	18
11.ATTĒLS.	PAŠNĀVĪBU MĒĢINĀJUMI, PĒC DZIMUMA, VECUMA GRUPĀ 15-64 GADI, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	19
12.ATTĒLS.	PAŠNĀVĪBU MĒĢINĀJUMI SADALĪJUMĀ PA VECUMA UN DZIMUMA GRUPĀM, 2006.GADS, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	19
13.ATTĒLS.	NO AZARTSPĒĻU, TAI SKAITĀ DATORATKARĪBAS ĀRSTĒTO PACIENTU SKAITS, 2005. UN 2006.GADS, ABSOLŪTOS SKAITĻOS	21
14.ATTĒLS.	JAUNIEŠI, KAS GANDRĪZ KATRU DIENU VEIC SEKOJOŠAS AKTIVITĀTES – SPĒLĒ DATORSPĒĻES, LIETO INTERNETU, LASA GRĀMATAS, VECUMA GRUPĀ 15-18 GADI, PROCENTOS	22
15.ATTĒLS.	PSIHISKO UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMU INCIDENCE PSIHOAKTĪVO VIELU UN ALKOHOLA LIETOŠANAS DĒĻ, VECUMA GRUPA 15-64 GADI, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	23
16.ATTĒLS.	CIK BIEŽI PĒDĒJO 30 DIENU LAIKĀ JŪS ESAT LIETOJUŠI KĀDU ALKOHOLISKO DZĒRIENU, RESPONDENTU SKAITS PROCENTOS	24
17.ATTĒLS.	PIRMREIZĒJI REĢISTRĒTO ALKOHOLA ATKARĪBAS SLIMNIEKU SADALĪJUMS PĒC VECUMA, 2007. GADS, UZ 1000 IEDZĪVOTĀJIEM	25
18.ATTĒLS.	MIRSTĪBA NO NEJAUŠAS SAINDĒŠANĀS AR ALKOHOLU, VECUMA GRUPĀ 15-64 GADI, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	25
19.ATTĒLS.	POTENCIĀLI ZAUDĒTIE DZĪVES GADI NO SAINDĒŠANĀS AR ALKOHOLU, VECUMA GRUPĀ 15-64 GADI, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	26
20.ATTĒLS.	SASLIMSTĪBA (INCIDENCE) AR NARKOTISKO UN PSIHOTROPO VIELU (IZŅEMOT ALKOHOLU) ATKARĪBAS SINDROMU, VECUMA GRUPĀ 15-64 GADI, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	27
21.ATTĒLS.	MIRSTĪBA NO NARKOTISKAJĀM UN PSIHOAKTĪVAJĀM VIELĀM, VECUMA GRUPĀ 15-64 GADI, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	29

VĒSTĪJUMS

Eiropā un vairumā pasaules valstu psihisko un uzvedības traucējumu izplatība populācijā vidēji ir 10%. Trešā daļa no iedzīvotājiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem regulāri apmeklē psihiatrisko dienestu, viena trešdaļa neregulāri apmeklē speciālistus, savukārt viena trešdaļa vispār nemeklē palīdzību. Līdzīga situācija ir arī Latvijā – valsts psihiatriskā dienesta speciālistu palīdzību saņem aptuveni 4% iedzīvotāju, kopā ar personām, kurām ir psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ – 5-6%.

Psihisko un uzvedības traucējumu vidū Latvijā prevalē *šizofrēnija, šizotopiskie traucējumi un murgi* (31%), *garīgā atpalcība* (25%), kā arī *organiski psihiski traucējumi* (20%). Eiropas Savienībā visizplatītākie garīgās veselības traucējumi ir neirotiski, ar stresu saistīti veselības traucējumi un depresija, kas liek domāt par lielo nediagnosticēto un neregistrēto saslimšanas gadījumu skaitu Latvijā. Lai gan kopš 2001.gada diagnosticēto garastāvokļa un afektīvo traucējumu gadījumu skaits ir palielinājies par 25%, Latvijas sabiedrībā vēl aizvien garastāvokļa traucējumu un depresijas pazīmes neatpazīst, pienācīgi nenovērtē to nopietnību, nesaista tās ar nopietnām saslimšanām, ar kurām būtu jāgriežas pie ārsta un jāuzsāk terapija. Novēlota depresijas diagnostika un ārstēšana var paaugstināt pašnāvību mirstības rādītāju, kā arī palielināt atkārtotu tīša paškaitējuma mēģinājumu skaitu – Latvija joprojām ir pirmajā desmitniekā starp valstīm ar visaugstāko pašnāvību izraisītas mirstības līmeni Eiropā un šis rādītājs uz 100 000 darbspējīgiem iedzīvotājiem ir divas reizes augstāks nekā vidēji ES.

Ar katru gadu palielinās atkarības problēmu izplatība, kam ir saistība gan ar psihoaktīvo vielu pieejamības pieaugumu (vieliskās atkarības), gan ar azartspēļu un datora pieejamības izplatību (procesa atkarības). Iedzīvotāji ar atkarības problēmām paši reti meklē palīdzību pie speciālistiem, līdz ar to trūkst objektīvas informācijas par patieso šo veselības traucējumu skarto personu skaitu. Mirstības rādītāji no vieliskajām atkarībām ir augsti un tiem ir tendence paaugstināties.

IEVADS

Garīgā veselība ir plašs jēdziens, ko raksturo gan saslimstība ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, gan citi faktori – tādi kā iedzīvotāju apmierinātība ar dzīvi, ar sevi, ar apkārtējo pasauli. Garīgā veselība tiek definēta kā dažādu dzīves aspektu – sociālā, fiziskā, garīgā, emocionālā – līdzsvars, kas ļauj indivīdam funkcionēt sabiedrībā un pildīt savas ikdienas vajadzības. Tā nav tikai garīgas slimības neesamība.

Garīgā veselības nodrošināšana ietver ne tikai veselības aprūpi, bet arī profilaksi, veselības veicināšanu, negatīvas attieksmes mazināšanu, garīgās veselības jautājumu nozīmīguma akcentēšanu izglītības sistēmā, adekvātu sociālo apstākļu nodrošināšanu, sadarbību, pētniecību, informācijas sistēmu darbību u.c.

Garīgās veselības sarežģījumi, tādi kā spriedze, stress, nervozitāte, nomāktība u.c., lielākā vai mazākā mērā skar visus iedzīvotājus, vienīgi atšķiras veidi, kā iedzīvotāji tos pārvar. Garīgās slimības būtiski samazina indivīdu un viņu ģimeņu dzīves kvalitāti, rada dažādas izmaksas, galvenokārt ražīguma zuduma, darba kavējumu un invaliditātes dēļ, zaudējumus un apgrūtinājumus gan indivīdam, gan sabiedrībai kopumā.

Savukārt, laba garīgā veselība vairo sociālo kapitālu, cilvēkkapitālu un ekonomisko kapitālu.

Garīgās veselības stāvokli nosaka daudzi faktori, tai skaitā iedzimtība, dzimums, indivīda personīgā pieredze, ģimenes stāvoklis, sociālie apstākļi, ekonomiskie un vides faktori. 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 garīgās veselības aprūpes, pieejamība un vēsturiski izveidojušies aizspriedumi un mīti.

Iedzīvotāji ar garīgiem traucējumiem un psihiskām slimībām ir visneaizsargātākā iedzīvotāju grupa ne tikai Latvijā, bet arī visā pasaulē, tāpēc šai problēmai visā pasaulē tiek pievērsta arvien lielāka uzmanība.

PROBLĒMAS AKTUALITĀTE

Psihiskie un uzvedības traucējumi ir būtiska iedzīvotāju veselības stāvokļa sastāvdaļa gan to plašās izplatības dēļ, gan to ciešās saistības ar ekonomiskām un sociālām problēmām dēļ.

Garīgās veselības traucējumu ietekme uz indivīdu un sabiedrību kopumā izpaužas dažādi, tas ir gan sociāls, gan medicīnisks jautājums. Ir aprēķināts, ka garīgo traucējumu radītās izmaksas ES ir 3-4% no IKP, galvenokārt ražīguma zuduma un darba kavējumu dēļ. Uzvedības traucējumi rada izmaksas sociālajā, izglītības, krimināltiesību un tiesu sistēmā¹.

Pēc Pasaules Veselības organizācijas datiem pasaulē ar dažāda rakstura garīgām saslimšanām slimo 450 miljoni cilvēku. Tiek lēsts, ka vairāk nekā 27% pieaugušo Eiropas iedzīvotāju savas dzīves laikā piedzīvo vismaz viena veida garīgās neveselības pazīmes – psihiskos un uzvedības traucējumus, nomāktību, depresiju, atkarības, fobijas, miega un ēšanas traucējumus u.c.^{2,3}. Apmēram 873 tk. cilvēku Eiropā katru gadu aiziet bojā pašnāvībās. Visaugstākais darbspējīgā vecuma iedzīvotāju pašnāvību rādītājs ir Austrumeiropā: Lietuvā – 36 gadījumi, Latvijā – 21 gadījums, Igaunijā – 18 gadījumi, Polijā – 15 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem (2005. gada dati)²⁴.

Garīgās veselības traucējumi bieži ir veicinoši faktori citu (somatisku/fizisku) slimību attīstībai⁴.

Garīgās veselības stāvokli nosaka daudzi faktori, tajā skaitā bioloģiskie (ģenētika, iedzimtība, dzimums), individuālie (personīgā pieredze), tādi, kas saistīti ar ģimenes stāvokli, sociālajiem apstākļiem, kā arī ekonomiskie un vides (sociālais stāvoklis, dzīves apstākļi) faktori⁵. 1.attēlā uzskaitīti Pasaules Veselības organizācijas izstrādātie sociālie, vides un ekonomiskie priekšnoteikumi labai garīgajai veselībai⁶.

1. attēls. Sociālie, vides un ekonomiskie priekšnoteikumi garīgajai veselībai

Riska faktori	Aizsargājošie faktori
Alkohola un atkarības izraisošu vielu lietošana	Izvēles iespējas
Dzīves vietas maiņa	Uz integrāciju vērsta sabiedrība
Izolācija un atsvešināšanās	Pozitīva savstarpējā komunikācija
Izglītības, transporta un dzīves vietas trūkums	Sociālā līdzdalība
Haotiska apkārtējā vide	Ģimenes atbalsts
Atstumtība un vientulība	Sociālā atbildība un tolerance
Nepilnvērtīgs uzturs	Sociālās palīdzības dienestu pieejamība
Nabadzība	Sociālais atbalsts un sociālais tīklojums
Nevienlīdzība un diskriminācija	
Sociālie zaudējumi	
Urbanizācija	
Stress darbā	
Bezdarbs	
Vardarbība un noziedzība	
Karš	

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 aizbriedumi un mīti⁵.

Šajā ziņojumā situācijas novērtēšanai garīgās veselības jomā definēti sekojoši indikatori:

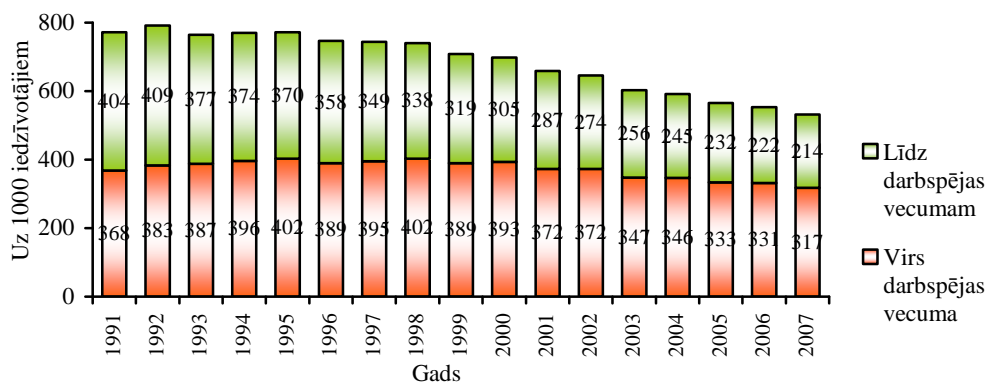
- ✓ Pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, tai skaitā ar psihoaktīvo vielu atkarību, uz 100 000 iedzīvotājiem;
- ✓ Psihiatrisko slimnieku struktūra, procentuālā sadalījumā;
- ✓ Mirstība no psihiskiem un uzvedības traucējumiem, uz 100 000 iedzīvotājiem;
- ✓ Saslimstība ar diagnozi „depresija”, uz 100 000 iedzīvotājiem;
- ✓ Mirstība no pašnāvībām, uz 100 000 iedzīvotājiem;
- ✓ Pašnāvību mēģinājumi, uz 100 000 iedzīvotājiem;
- ✓ Pašnāvības un pašnāvību mēģinājumi ieslodzījuma vietās, absolūtais skaits;
- ✓ Pašnāvību dēļ potenciāli zaudētie dzīves gadi, pēc dzimuma, uz 100 000 iedzīvotājiem;
- ✓ No azartspēļu, tai skaitā datoratkarības ārstēto pacientu absolūtais skaits;
- ✓ Jauniešu, kas gandrīz katru dienu spēlē datorspēles, lieto internetu, lasa grāmatas, īpatsvars procentos;

- ✓ Psihiskie un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu un alkohola lietošanas dēļ, incidence un prevalence, uz 100 000 iedzīvotājiem;
- ✓ Alkoholisko dzērienu (alus, vīns, degvīns, sidrs vai kāds cits alkoholiskais dzēriens) lietošanas biežums pēdējo 30 dienu laikā, respondentu īpatsvars procentos;
- ✓ Pirmreizēji reģistrēto alkohola atkarības slimnieku sadalījums pēc vecuma, uz 1000 iedzīvotājiem;
- ✓ Mirstība no nejaušas saindēšanās ar alkoholu un no narkotiskajām un psihoaktīvajām vielām, uz 100 000 iedzīvotājiem;
- ✓ Potenciāli zaudētie dzīves gadi no saindēšanās ar alkoholu, uz 100 000 iedzīvotājiem.

Latvijas iedzīvotāju demogrāfiskās situācijas raksturojums

Latvijas iedzīvotāju skaits ik gadu sarūk vidēji par 12-13 tūkstošiem (skat. 1. attēlu pielikumā). Darbspējīgā vecumā 2007.gada sākumā bija tikai 65% no visiem Latvijas iedzīvotājiem. 14% iedzīvotāju bija bērni un pusaudži līdz darbspējas vecumam, bet vairāk kā 20% – iedzīvotāji virs darbspējas vecuma. Pēdējos gados demogrāfiskā slodze ir samazinājusies (2.attēls), tomēr tā aizvien ir ļoti augsta.

2. attēls. Demogrāfiskās slodzes līmenis gada sākumā, uz 1000 iedzīvotājiem darbspējīgā vecumā (CSP dati)



Šādā situācijā svarīgi ir mērķtiecīgi izmantot visus esošos darba spēka resursus, veikt ārpus darba tirgus esošo personu, tai skaitā personu ar garīgās veselības traucējumiem, profesionālu rehabilitāciju un sekmēt viņa iekļaušanos darba tirgū.

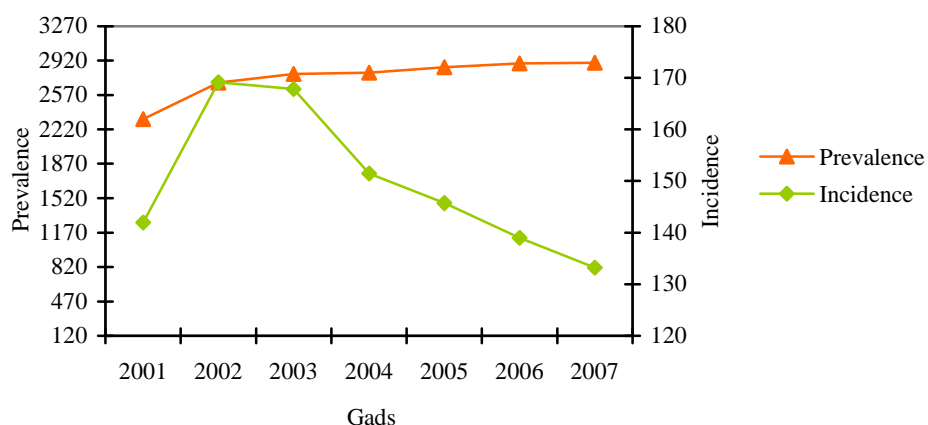
Iedzīvotāju garīgā veselība un problēmas

Eiropā psihisko un uzvedības traucējumu izplatība populācijā vidēji sastāda 10%⁷. Trešā daļa no iedzīvotājiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem regulāri apmeklē psihiatriskās palīdzības dienestus, savukārt divas trešdaļas neapmeklē vispār vai dara to epizodiski. Līdzīga situācija ir arī Latvijā⁸.

Latvijā psihiatriskās un narkoloģiskās palīdzības dienestu aprūpē ir aptuveni 4% iedzīvotāju⁸, kopā ar personām, kurām ir psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ – 5-6%.

Saslimstība (incidence) ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem darbaspējīgo iedzīvotāju vecuma grupā samazinās (3.attēls), bet kopējais reģistrētais pacientu skaits aizvien pieaug. Tomēr šie dati neliecina par reālo situāciju saslimstības izmaiņu procesā, jo datus reģistram par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem šobrīd galvenokārt sniedz valsts psihiatriskās palīdzības dienesti. Ģimenes ārstu, privāti praktizējošu ārstu, citu speciālistu sniegtā informācija reģistram ir nepietiekama. Situācija varētu uzlaboties, jo spēkā ir stājušies MK noteikumi Nr. 746⁹, kuri precizē datu sniegšanas kārtību reģistriem.

3. attēls. Pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, tajā skaitā ar psihoaktīvo vielu atkarībām*, vecuma grupā 15-64 gadi, uz 100 000 iedzīvotājiem (RPNC dati)



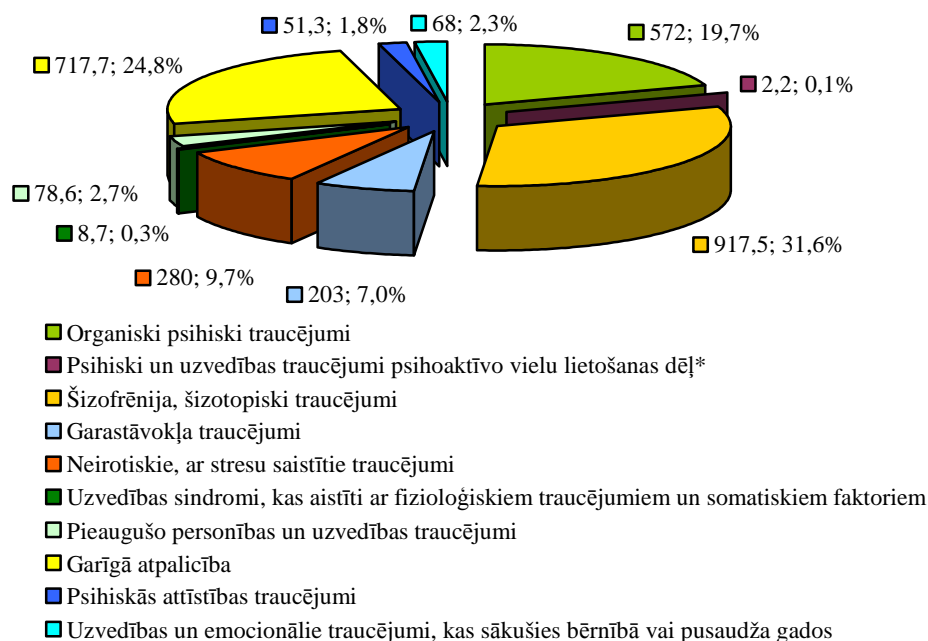
*Psihiatriskās palīdzības dienesta uzskaitē

Psihisko un uzvedības traucējumu pacientu vidū prevalē *šizofrēnija, šizotopiskie traucējumi un murgi* (31%), *garīgā atpalcība* (25%), kā arī *organiski psihiski traucējumi* (20%). Psihiskie un uzvedības traucējumi stresa, psihoaktīvo vielu, tai skaitā alkohola, lietošanas dēļ ieņem nelielu, tomēr nozīmīgu vietu (4.attēls). Jāuzsver, ka šie dati attēlo tikai psihiatriskās palīdzības dienesta aprūpē esošo pacientu kontingentu, tāpat dati par psihiskajiem un uzvedības traucējumiem psihoaktīvo vielu

lietošanas dēļ atspoguļo tikai Psihisko un uzvedības traucējumu reģistrā esošo informāciju un neietver datus no Narkoloģijas slimnieku un atkarību izraisošo vielu lietotāju reģistra, līdz ar to reālā situācijā to procentuālais īpatsvars varētu būt nedaudz savādāks.

Eiropas Savienībā visizplatītākie garīgās veselības traucējumi ir neirotiski, ar stresu saistīti radīti veselības traucējumi un depresija, dažādu psihoaktīvo vielu atkarības un pieaugušo personības un uzvedības traucējumi, kā arī ēšanas un miega traucējumi¹⁰. Latvijā iedzīvotāji ar šādiem garīgās veselības traucējumiem izvēlas ārstēties pie ģimenes ārstiem vai privāti praktizējošiem speciālistiem, bet pie valsts psihiatriskās palīdzības dienesta pārstāvjiem mēdz griezties tikai jau smagu traucējumu gadījumā⁸.

4. attēls. Slimnieku sastāvs pa diagnozēm, 2007. gads, vecuma grupā 15-64 gadi, uz 100 000 iedzīvotājiem (RPNC dati)



* Psihisko un uzvedības traucējumu reģistra dati

Visur pasaulē, arī Latvijā, iedzīvotāji nelabprāt apmeklē psihiatriskās palīdzības dienesta speciālistus, jo neizprot savu veselības problēmu saistību ar garīgās veselības traucējumiem, kā arī līdz pēdējam brīdim nevēlas atzīt, ka viņiem ir kādas garīgās veselības problēmas¹¹. Daļa iedzīvotāju, ja ir iespēja, izmanto citu palīdzības dienestu (psihologu, krīzes centru, uzticības telefona sarunu) pakalpojumus. Aizvien izplatīti sabiedrībā ir aizspriedumi pret cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem⁷. Biežāk cilvēkiem aizspriedumi ir pret šizofrēnijas slimniekiem un cilvēkiem ar psihoaktīvo vielu atkarību¹². Populārākās

stigmas – *šādi cilvēki ir neparedzami, bīstami apkārtējiem, ar viņiem nav iespējams kontaktēties un nekas nemainīsies, pat ja tiks ārstēti*¹².

2006. gadā veiktajā iedzīvotāju aptaujā¹³ trešā daļa respondentu (29%) atbildēja, ka nevēlētos dzīvot kaimiņos cilvēkiem ar garīgo atpalcību, bet 2008. gada iedzīvotāju aptaujā uz jautājumiem „*Vai, tavuprāt, sabiedrībā ir aizspriedumi pret cilvēkiem ar garīgām slimībām, tajā skaitā šizofrēniju?*” 94% respondentu un „*Vai Tev ir kādi aizspriedumi pret cilvēkiem ar garīgām slimībām?*” 31% respondentu atbildējuši apstiprinoši¹⁴.

Šādi aizspriedumi samazina iespējas cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem iegūt darbu un nodrošināt sev nepieciešamo sociālo stabilitāti^{8,15}. 76% darbaspējīgā vecuma psihoneiroloģisko pacientu pastāv veselības apdraudējums sociālekonomisko vai psihosociālo apstākļu dēļ⁸. Katram ceturtajam pacientam ir ar zemiem ienākumiem saistītas problēmas – tādas kā uztura trūkums, slikti sadzīves apstākļi u.c.

Tāpat Latvijā aizvien trūkst piemērotas nodarbinātības programmas cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem¹⁶. 2006. gada pētījums par cilvēku ar garīga rakstura traucējumiem iespējam darba tirgū¹⁷ atklāj, ka tikai 22% aptaujāto uzņēmumu ir iesaistījušies kādā no cilvēku ar garīga rakstura traucējumiem nodarbinātības pasākumā un 27% aptaujāto darba devēju šaubās, vai vēlētos pieņemt darbā cilvēku ar garīga rakstura invaliditāti, kā rezultātā personas ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem ir pieskaitāmas sabiedrības maznodrošināto daļai, jo bieži vien viņu vienīgais iztikas avots ir invaliditātes pensija vai citu personu apgādība (skat. pielikumā 2. attēlu).

Cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem pieejams salīdzinoši lielāks sociālais atbalsts kā psihisko slimību pacientiem. Cilvēku ar intelektuālās attīstības traucējumiem integrācija vispārējās izglītības sistēmā atvieglojusi arī viņu situāciju pēc tam darba tirgū¹⁶, jo šādiem cilvēkiem veselības stāvoklis ir relatīvi stabils, nav raksturīgi paasinājumi, arī medikamentu lietošana ir epizodiska, galvenā problēma ir pazeminātais intelekts, ko, īpaši vieglu intelektuālās attīstības traucējumu gadījumos, var pietiekami labi kompensēt, cilvēks var strādāt nesarežģītu, nekomplicētu darbu.

Virkne sociāli atbildīgu uzņēmumu piedāvā darbu pacientiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem. Psihisko slimību skarto cilvēku gadījumā vērojama lielāka stigmatizācijas pakāpe¹⁷, ko bieži vien pastiprina slimības ietekmētās saskarsmes problēmas. Šo pacientu stāvoklis, atšķirībā no cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem, var straujāk mainīties, - slimība var progresēt, var būt izteikti slimības paasinājumi, nereti ir nepieciešama regulāra medikamentu lietošana, kas, savukārt, var ietekmēt cilvēka darbaspējas un līdz ar to arī darba procesu. Visi šie apstākļi sarežģī pacienta stāvokli un raisa šaubas un skepsi

potenciālajos darba devējos attiecībā uz šādu cilvēku iespējamu pieņemšanu darbā.

Kā izeja no situācijas varētu būt izglītojoša, ne tikai medicīniska rakstura pasākumi¹⁸, kā arī elastīga nodarbinātības politika, ietverot attiecīgus atbalstošus pasākumus (subsīdētā, atbalstītā darba programmas, nodokļu atlaides uzņēmējiem, kas nodarbina personas ar garīgās veselības problēmām u.c.)¹⁹.

Liela daļa cilvēku ar garīgās veselības traucējumiem problēma ir ne tikai medicīniska, bet arī sociāla. Latvijā tikpat kā nav pieejami sabiedrībā balstītas garīgās veselības aprūpes pakalpojumi ārpus stacionāriem (grupu dzīvokļi, dienas centri), tādēļ vairumā gadījumu psihiatrijas pakalpojumu lietotāji ārstējas psihoneiroloģiskajās slimnīcās, saņemot gan ārstniecisko palīdzību, gan sociālo atbalstu^{11,20,21,22}. Šo iemeslu dēļ pieaug tendence izmantot stacionāru. Par to liecina liels gultasdienu skaits Latvijas stacionārajās psihiatriskā profila ārstniecības iestādēs – vidēji 62 gultasdienas uz 1 pacientu⁸, vietām šis rādītājs ir pat krietni augstāks, piemēram, Aknīstes PNS – 1735, Vecpiebalgas PNS – 239 gultasdienas uz 1 pacientu. Salīdzinoši 2006. gadā Latvijā vidējais gultasdienu skaits uz 1 pacientu bija nepilnas 9 gultasdienas²³, tāpat arī ES – vidēji 9,2 gultasdienas uz 1 pacientu²⁴.

Personas ar garīga rakstura traucējumiem sociālās aprūpes iestādēs tiek uzņemtas rindas kārtībā, neņemot vērā iepriekšējo dzīvesvietu un saites ar tuviniekiem, līdz ar to tiek apgrūtināta komunikācija ar tuviniekiem un sociālo saišu saglabāšana²⁵. Kā pozitīvs faktors minams sociālās aprūpes iestāžu klientu „atvaļinājums” jeb vizītes pie tuviniekiem, kuru ilgums atkarīgs gan no pacienta veselības stāvokļa, gan pacienta un tuvinieku vēlmēm un iestādes iekšējās kārtības noteikumiem. Parasti šie atvaļinājumi ir līdz vienam mēnesim ilgi²⁰.

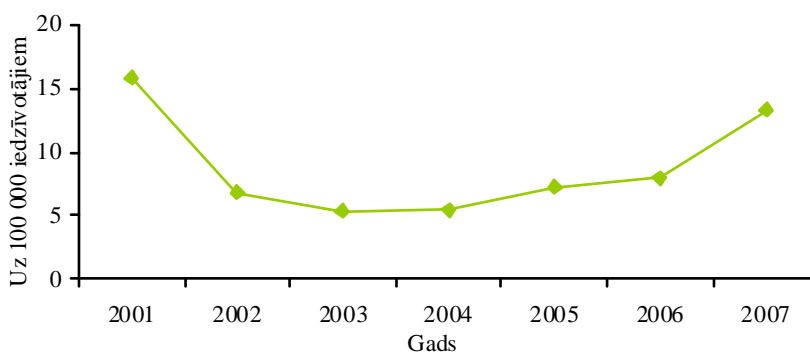
Kā vienu no galvenajām problēmām sociālās aprūpes centros min pārapdzīvotību un alkohola problēmas²⁰. Līdz 2006.gadam, kad tika pieņemti grozījumi Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā²⁶, faktiski nepastāvēja iespējas izrakstīt cilvēku no iestādes, pat ja pacients izteica šādu vēlēšanos vai viņa uzvedība neatbilda iestādes prasībām.

Nodarbinātības iespējas sociālās aprūpes centros ir tiem pacientiem, kuru veselības stāvoklis to pieļauj. Pastāv divu veidu nodarbinātība – pašā iestādē, kur pacienti var strādāt saimniecībā vai palīgsaimniecībā, vai arī ārpus iestādes, kas notiek salīdzinoši retāk. Pārsvarā atalgojums par darbu ir kāds papildus atvieglojums vai privilēģija, retākos gadījumos – reāla darba alga²⁰. Situācijas uzlabošanai psihiatriskajās slimnīcās tika realizēts Eiropas Kopienas iniciatīvas EQUAL projekts „Personu ar garīgiem traucējumiem un psihiskām slimībām integrācija darba tirgū”¹⁹, kura laikā pacienti tika apmācīti reālu darba attiecību veidošanai, kā arī piedāvāts darbs psihiatriskajos stacionāros, ambulatoros centros un sabiedrības labā.

Ik gadu aptuveni 400 iedzīvotājiem psihisko un uzvedības traucējumu dēļ tiek noteikta pirmreizēja invaliditāte (50 gadījumu uz 100 000 iedzīvotājiem). Kopumā invaliditāte psihisko un uzvedības traucējumu dēļ piešķirta vairāk kā 16 tūkstošiem darbaspējīgā vecuma iedzīvotāju.

Mirstība no psihiskiem un uzvedības traucējumiem kopējā nāves cēloņu struktūrā ieņem nenozīmīgu vietu (0,7%). Pēdējos gados šim rādītājam ir tendence pieaugt (skat. 5. attēlu). Kopējā mirstība no psihiskiem un uzvedības traucējumiem ietver gan mirstību no pašnāvībām, gan mirstību no saindēšanās ar psihoaktīvajām vielām, kas pieder pie „novēršamas nāves” cēloņiem. Savlaicīga profilaktiskā darbība varētu novērst daudzas ar pāragru nāvi saistītas sociālās un ekonomiskās problēmas (skatīt 8., 18. un 21. attēlu).

5. attēls. Mirstība no psihiskiem un uzvedības traucējumiem, vecuma grupā 15-64 gadi, uz 100 000 iedzīvotājiem (VSMTVA)



Ar stresu saistīti veselības traucējumi, uzvedības sindromi un depresija

Eiropas Savienībā visizplatītākie garīgās veselības traucējumi ir ar stresu saistīti veselības traucējumi, ēšanas traucējumi, fobijas un depresija. Aprēķināts, ka pēdējā gada laikā 18 miljonus eiropiešu ir skārusi depresija un tikpat daudz – dažādas fobijas¹. Paredzams, ka līdz 2020.gadam depresija būs izplatītākā slimība attīstītajās pasaules valstīs¹⁰. Papildus spriedzes radītiem garīgās veselības traucējumiem jāpiemin arī psihosomatiskās saslimšanas²⁷.

Pēc Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu 2006.gada pētījuma datiem 22% respondentu sūdzējušies par bezmiegu, 14% – par depresiju un 76% par sasprindzinājumu, stresu un nomāktu garastāvokli pēdējā mēneša laikā (sievietes biežāk kā vīrieši). 13% šā pētījuma respondentu atzīmē, ka pēdējās nedēļas laikā ir lietojuši nomierinošos

līdzekļus, un šādu līdzekļu lietošana ir populārāka starp vecāka gadagājuma respondentiem²⁸.

Tikai 27% no 2006. gada *Eurobarometer* pētījuma „Garīgā labklājība” Latvijas respondentiem apgalvo, ka pēdējo 4 nedēļu laikā nav izjutuši nomāktību un depresiju (ES vidēji 43%, Lietuvā – 19%, Igaunijā – 43%)²⁹.

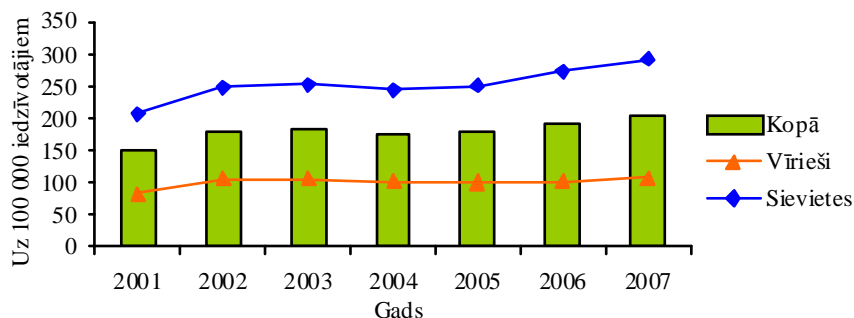
Nemot vērā, ka nomāktību un depresiju biežāk atzīmē jauno ES dalībvalstu iedzīvotāji, var secināt, ka pašsajūtai ir saistība ar vispārējo labklājību. Par to netieši liecina arī tas, ka nomāktību un depresiju retāk atzīmē gados jauni vīrieši, kuri studē vai arī ir beiguši studijas un ieņem vadošus amatus, kā arī pašnodarbinātas personas. Turpretī sievietes virs 55 gadu vecuma, kuras ir beigušas pilna laika mācību iestādi vismaz pirms 15 gadiem, kā arī mājsaimnieces, pensionāri, bezdarbnieki un personas, kuras saņem psiholoģisko palīdzību, šādas sūdzības atzīmē daudz biežāk. Kopumā sieviešu populācijā depresijas, trauksmes, somatiskas sūdzības dominē biežāk kā vīriešu – tās skar gandrīz katru trešo sievieti un tā ir nopietna sabiedrības veselības problēma³⁰. Tomēr vīrieši, atšķirībā no sievietēm, kuras vairāk meklē palīdzību, izvēlas neefektīvākus veidus garīgu problēmu risināšanai – aizmiršanas alkoholā, azartspēlēs, pašnāvības mēģinājumos.

Pēc Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centra datiem depresija 2007.gadā starp visiem diagnosticētajiem psihiskiem un uzvedības traucējumiem sastādīja 7% (pirmajā trijniekā Latvijā ierindojas *šizofrēnija, šizotopiskie traucējumi un murgi* (31%), *garīgā atpalicība* (25%) un *organiski psihiski traucējumi* (20%)), kas liek domāt par lielo nediagnosticēto un neregistrēto saslimšanas gadījumu skaitu Latvijā, jo pasaulē garstāvokļa traucējumi ieņem pirmo vietu garīgo saslimšanu struktūrā⁸.

Depresiju nepietiekamā diagnostika varētu būt saistīta gan ar Latvijas iedzīvotāju zināšanu trūkumu par depresijas izpausmēm, gan ar aizspriedumiem un bailēm no tā, ka varētu saslimt ar šo slimību, gan arī ar dienesta neatbilstību pacientu vēlmēm. Tāpat, iespējams, pietiekami lielā sabiedrības daļā vēl aizvien depresija un garstāvokļa traucējumi netiek uzskatīti par nopietnām saslimšanām, ar kurām būtu jāgriežas pie ārsta un jāuzsāk terapija.

Saslimstībai ar depresiju ir pieauguma tendence (6.attēls). Tas norāda, ka ir palielinājies diagnosticēto gadījumu skaits. To varētu skaidrot ar iespēju pacientiem ar diagnozi „depresija” saņemt valsts daļēji kompensētus medikamentus³¹, nevis ar patieso saslimstības pieaugumu. Starp pacientiem, kuri griežas pie ārsta ar sūdzībām par trauksmi un depresiju, biežāk ir alkohola atkarīgie^{32,33,34}, kā arī četriem no katriem 5 šizofrēnijas slimniekiem ir depresijas simptomi, kas savukārt daudz biežāk noved pie pašnāvības mēģinājumiem³⁵.

**6. attēls. Saslimstība ar depresiju, vecuma grupā 15-64 gadi,
uz 100 000 iedzīvotājiem**
(RPNC dati)



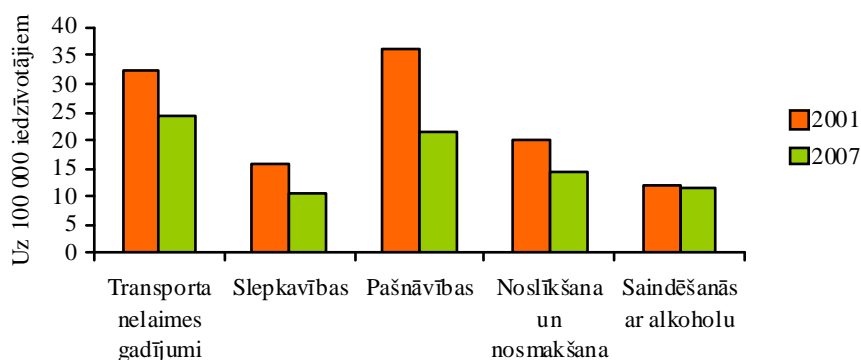
Garastāvokļa traucējumu (it īpaši depresijas) novēlota diagnostika un ārstēšana palielina pašnāvību skaitu un pašnāvību mēģinājumu skaitu.

Pašnāvības un pašnāvību mēģinājumi

Latvija joprojām ir pirmajā desmitā starp valstīm ar visaugstāko pašnāvību līmeni Eiropā (skat. pielikumā 3. attēlu).

Latvijā mirstība no pašnāvībām ieņem piekto vietu starp visiem mirstības cēloņiem, un pašnāvības joprojām ir galvenais mirstības iemesls starp visiem ārējās nāves cēloņiem. Tomēr 2007. gadā pirmo reizi vērojama situācija, kad mirušo skaits pašnāvību dēļ ir mazāks nekā transporta satiksmes negadījumos mirušo skaits (skat. 7.attēlu).

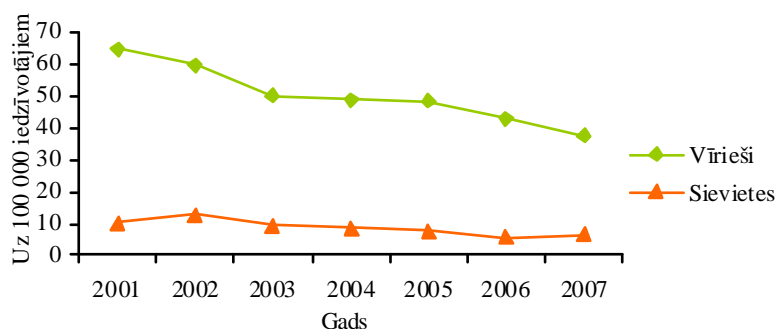
**7. attēls. Mirstība ārējo cēloņu dēļ, vecuma grupā 15-64 gadi,
uz 100 000 iedzīvotājiem**
(VSMTVA dati)



Tomēr Latvijā šobrīd vērojama mirstības no pašnāvībām samazināšanās uz 100 000 iedzīvotājiem darbspējīgo iedzīvotāju vecumgrupā (8.attēls). Pašnāvību skaita samazināšanās iemesli nav skaidri. Būtisks iemesls šādai pozitīvai tendencei varētu būt sociāli ekonomiskās

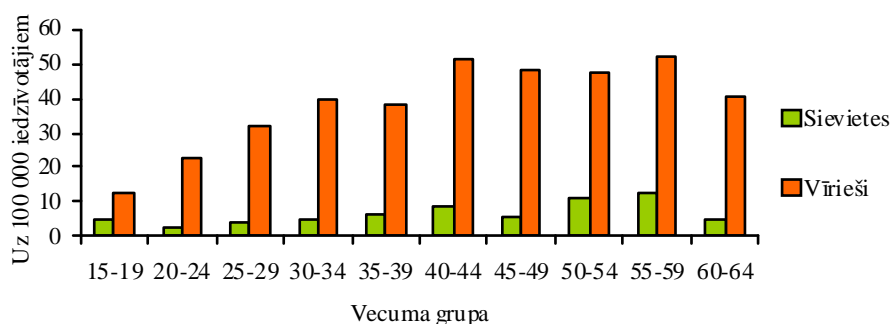
situācija uzlabošanās un stabilizēšanās, jo visaugstākie pašnāvību rādītāji un nelabvēlīgākā situācija bija tieši 90. gadu sākumā, kad valstī bija virkne sociālu un ekonomisku problēmu, valdīja liela nestabilitāte. Pašreizējie ekonomiskie satricinājumi, kredītu slogs un darba zaudējuma draudi rada pamatotas bažas par iespējamu situācijas pasliktināšanos nākotnē.

8. attēls. Mirstība no pašnāvībām, vecuma grupā 15-64 gadi, uz 100 000 iedzīvotājiem (VSMTVA)



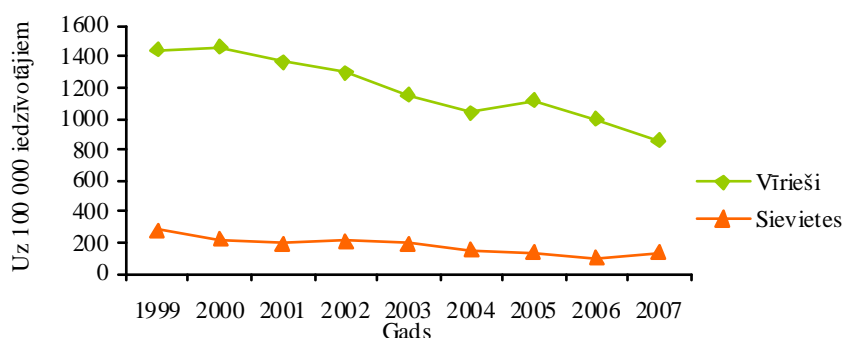
Vīriešiem mirstība no pašnāvībām ir līdz trīs reizēm augstāka nekā sievietēm. Šāda tendence ir vērojama arī citviet Eiropā, lai gan riska faktori aizvien nav līdz galam apzināti^{24,36,37}. Visaugstākie paškaitējuma rādītāji (9.attēls) ir iedzīvotājiem vecuma grupā virs 40 gadiem. Vecumgrupā no 45-49 gadiem pašnāvību īpatsvars vīriešiem ir 8-10 reizes augstāks kā sievietēm. Sievietēm augstāka mirstība no pašnāvībām uz 100 000 iedzīvotājiem reģistrēta pirmspensijas vecumā – 50-59 gadi.

9. attēls. Mirstība no pašnāvībām pēc vecuma un dzimuma, 2007.gads, uz 100 000 iedzīvotājiem (VSMTVA)



Pašnāvības raksturo arī potenciāli zaudēto dzīves gadu rādītājs (10.attēls). Pašnāvības ir otrajā vietā starp PZDG rādītājiem no ārējiem cēloņiem. Potenciāli zaudēto dzīves gadu rādītājs vīriešiem ir vairāk nekā piecas reizes augstāks kā sievietēm, kas norāda uz to, ka vīrieši ne tikai skaita ziņā vairāk izdara pašnāvības, bet izšķiras par pašnāvību jaunākā vecumā nekā sievietes.

10. attēls. Pašnāvību dēļ potenciāli zaudētie dzīves gadi, vecuma grupā 15-64 gadi, pēc dzimuma, uz 100 000 iedzīvotājiem
(SVA dati)



Kā būtiskākie faktori, kas palielina pašnāvības iespējamības risku, literatūrā tiek minēti tuva cilvēka zaudējums, pašnāvības pieredze tuvu radnieku vidū, klīniski apstiprināta depresija un psihiskas saslimšanas, kā arī atkarības vielu lietošana^{38,39}. Pētījumos secināts, ka 9 no 10 pašnāvībām pamatā ir psihiskā krīze, un tikai 1 – sociālie faktori^{39,40,41}.

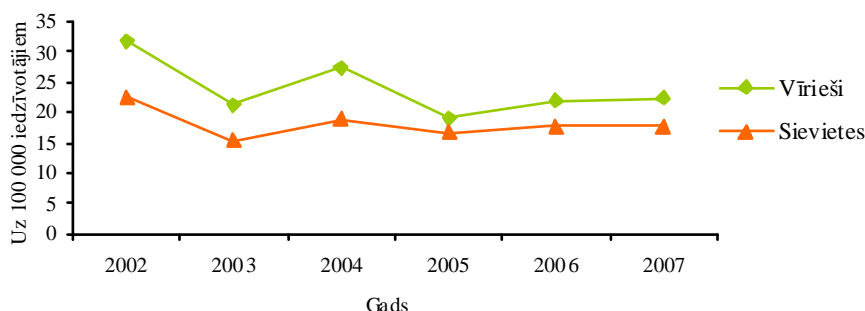
Retrospektīvi apsekojumi Eiropā atklājuši, ka cilvēkiem ar psihoaktīvo vielu atkarību pastāv augstāks pašnāvību risks kā vidēji populācijā, it īpaši antidepresantu un metadona lietotājiem^{42,43}. Alkoholiķu vidū ir konstatēts augstāks pašnāvību mēģinājumu risks kā vidēji populācijā^{41,44}.

Pašnāvības pieder pie „novēršamas nāves” cēloņiem, līdz ar to šīm vecumgrupām būtu jāpievērš lielāka uzmanība un jāveic preventīvais darbs iedzīvotāju garīgās veselības veicināšanai.

Lielākā daļa pašnāvības mēģinājumu ir ar fatālu iznākumu jau pirmajā reizē. Gan mirstība no pašnāvības, gan pašnāvības mēģinājumi vīriešu vidū ir izplatītāki kā sievietēm.

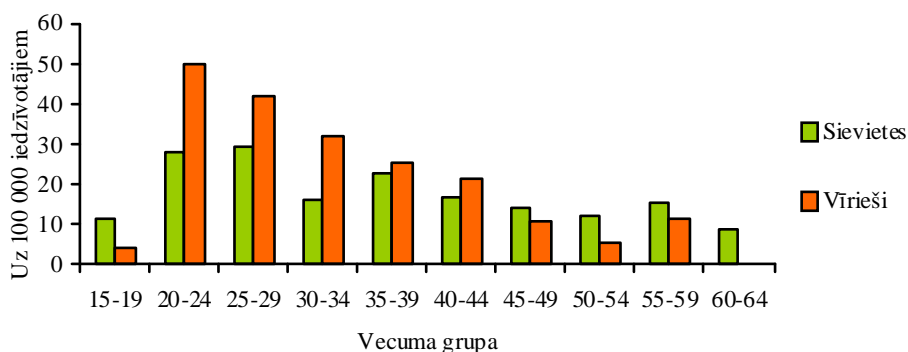
11. un 12. attēlā parādīti pašnāvības mēģinājumi darbaspējīgā vecuma iedzīvotājiem sadalījumā pa dzimumiem. Šī ir samērā unikāla situācija Eiropā, kur pašnāvību mēģinājumu biežums vecuma grupās virs 45 gadiem ir augstāks sievietēm²⁴.

11. attēls. Pašnāvību mēģinājumi, pēc dzimuma, vecuma grupā 15-64 gadi, uz 100 000 iedzīvotājiem (RPNC)



Visvairāk pašnāvības mēģinājumu tiek veikti gados jaunu iedzīvotāju vidū (20-29 gadi), kas var būt skaidrojams ar šāda vecuma personības emocionālo labilitāti, paškaitējuma ceremoniālo mērķi, savas identitātes meklēšanu un tuvu attiecību un ģimenes veidošanu, līdz ar to, ja tiek piedzīvota vilšanās personībai būtiskās dzīves jomās, tas var būt kā riska faktors pašnāvības mēģinājumam. Tāpat visbiežāk tieši šajā vecumā mēdz pirmo reizi parādīties kādi psihiskās saslimšanas simptomi.

12. attēls. Pašnāvību mēģinājumi sadalījumā pa vecuma un dzimuma grupām, 2006.gads, uz 100 000 iedzīvotājiem (RPNC)



Aptuveni ceturtda daļa no pašnāvības mēģinājumiem tiek atkārtoti⁴⁵. Pētījumos Eiropā ir secināts, ka atkārtota pašnāvības mēģinājuma gadījumā vairāk kā 80% gadījumu beidzas fatāli⁴⁶. Līdz ar to ir svarīgi atpažīt pašnāvību riska faktoros un savlaicīgi novērst atkārtotu pašnāvības mēģinājumu.

Visbiežāk izmantotā pašnāvības mēģinājuma metode ir asa priekšmeta lietošana – gandrīz pusē pašnāvību un pašnāvību mēģinājumu gadījumā, un tikai pēc tam seko saindēšanās ar medikamentiem, kāršanās un citi veidi^{22,138}. Vīrieši vairāk pielieto nežēlīgākas pašnāvības mēģinājumu metodes nekā sievietes¹³⁸.

Līdz 2005. gadam oficiālajā statistikā netika iekļauti dati par pašnāvībām un pašnāvību mēģinājumiem Latvijas cietumos. Situācija cietumos raksturīga ar to, ka, lai gan visas epizodes netiek reģistrētas, cietumos ir augsts pašnāvību mēģinājumu īpatsvars (skat. 4. attēlu pielikumā), it sevišķi pirmstiesas izmeklējumu cietumos – Centrālcietumā un Liepājas cietumā. Šāda tendence ir novērota arī citās valstīs^{47,48}. Stipri mazāk pašnāvību un to mēģinājumu notiek sieviešu Ilģuciema cietumā, kur pašnāvībām un to mēģinājumiem ir līdzīga tendence kā populācijas statistikā.

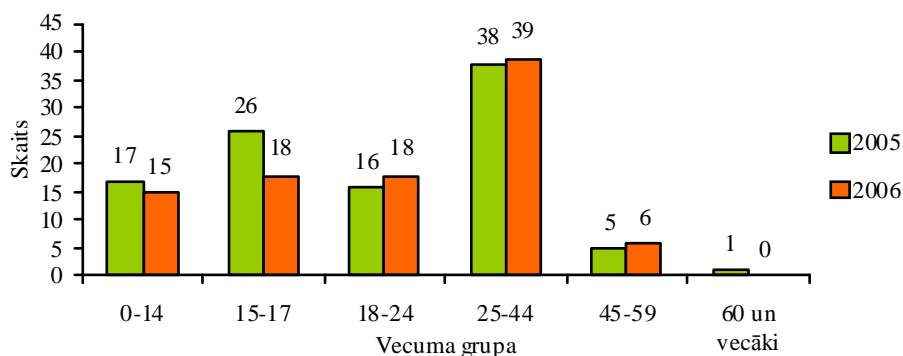
Kā riska faktori augstajam pašnāvību riskam cietumos minama depresija, bezcerība⁴⁹, personības krīzes, emocionālā un fiziskā vardarbība, šaurie sadzīves apstākļi³⁷. Joprojām ievērojama daļa ieslodzīto izvietoti līdz pat 50 cilvēku lielās kamerās, kas liedz iespēju uz savu privāto telpu un paaugstina kopējo stresa līmeni. 95% ieslodzīto ir darbaspējīgā vecumā, tajā pašā laikā tikai nedaudz cietumos tiek piedāvātas darba iespējas un nodarbināti tiek ~10% ieslodzīto, un arī tikai gadījumos, ja ieslodzītajam ir prasmes konkrētajā nozarē⁵⁰. Starp ieslodzītājiem ir augstāks garīgo slimību īpatsvars¹³⁷ kā vidēji populācijā (līdz pat 90 % cietumnieku varētu būt diagnosticējami personības un uzvedības traucējumi, asociāli uzvedības traucējumi ar agresivitāti, dekompensācijām, alkohola kaitīgu pārmērīgu lietošanu), kas ir riska faktors pašnāvībām un to mēģinājumiem^{47,50,51,52}.

Uzvedības atkarības, tai skaitā procesa atkarības – azartspēļu un datoratkarība

Aizraušanās ar azartspēlēm ir viena no visnenākajām atkarībām⁵³. Tikai 1980. gadā pastiprināta aizraušanās ar spēļu automātiem, loterijām, *on-line* spēlēm, piedalīšanās totalizatoros, kā arī pastāvīga tieksme skatīties televizoru, lietot datoru, telefonu u.c. tika pasludināta par atkarību⁵⁴.

2006. gadā no azartspēļu vai datorspēļu atkarības gan ambulatori, gan stacionāros kopumā ārstēti 96 pacienti (13. attēls). Visi pacienti bija vīrieši. Arī citviet pasaulē atkarība no azartspēlēm un datorspēlēm 3-5 reizes biežāk skar vīriešus^{54,55}, līdz ar to ir svarīgi profilaksē un ārstēšanā no azartspēlēm izmantot atšķirīgu pieeju sievietēm un vīriešiem⁵⁶. Tomēr rādītāji par azartspēļu un datorspēļu atkarību neraksturo azartspēļu vai datorspēļu atkarības patieso izplatību un tendenci valstī, jo iedzīvotāji ne vienmēr griežas pēc palīdzības psihiatriskās palīdzības dienestā, kā arī palīdzība tiek meklēta pie psihologiem vai psihoterapeitiem, kuri nesniedz datus psihisko un uzvedības traucējumu reģistram.

13. attēls. No azartspēļu, tai skaitā datoratkarības ārstēto pacientu skaits, 2005. un 2006.gads, absolūtos skaitļos (RPNC dati)



Visbiežāk ar azartspēļu un datoratkarību slimo gados jauni cilvēki. Jo agrākā vecumā tiek uzsākta azartspēļu spēlēšana, jo lielāka ir varbūtība, ka izveidosies atkarība^{55,57,58}. Tāpat spēlētājiem, kas aizrāvušies ar azartspēlēm un datorspēlēm pirms 21 gada vecuma, biežāk ir citi psihiski un uzvedības traucējumi, vai arī jau tiek veikta psihiatriskā ārstēšana⁵⁷.

Azartspēļu atkarība bieži kombinējas ar kādu citu atkarības slimības formu⁵⁹. Gandrīz pusei atkarīgo no azartspēlēm ir arī kāda vieliska – alkohola vai narkotiku – atkarība^{60,61}, kā arī medicīniski apstiprināti citi psihiski vai uzvedības traucējumi, tādi kā uzmanības deficīta sindroms, uzmācības, bipolāri afektīvi traucējumi. Tāpat šādiem cilvēkiem ir palielināts pašnāvību risks⁶⁰. Nereti psihisko un uzvedības traucējumu sekas ir pievērsšanās azartspēlēm un sekojoša atkarība no tām, nevis otrādi, jo – azartspēles pašas par sevi neveicina citu psihisku vai uzvedības traucējumu attīstību⁶².

Atkarību no azartspēlēm biežums korelē ar azartspēļu pieejamību un kazino daudzumu konkrētā ģeogrāfiskā vietā⁶⁰. Kopš 2006. gada spēļu zāļu skaits ir samazinājies (5. attēls pielikumā), kam ir saistība ar izmaiņām Azartspēļu un izložu likumā⁶³, bet kopējais azartspēļu tirgus apgrozījums ar katru gadu aug (skat. 6. attēlu pielikumā)⁶⁴.

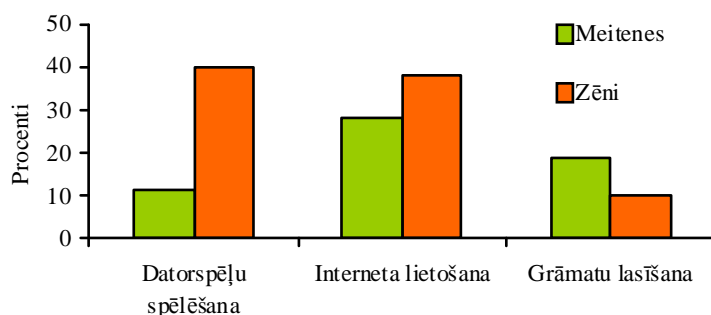
Iedzīvotāju aptaujā⁶⁵ par attieksmi pret azartspēlēm mazāk kā 1% respondentu azartspēles ir minējuši kā problēmu, kura būtu jārisina valstij vai pašvaldībām, turpretī azartspēļu atrašanās pašvaldībā ierindojas pirmajā vietā starp uzņēmējdarbības veidiem, kuru pastāvēšana rada iedzīvotājiem būtisku interešu aizskārumu.

Otra nopietnākā procesa atkarība, kas skar iedzīvotājus, ir datoratkarība – šī problēma iesaistīto personu skaita un radītā kaitējuma ziņā ir tikpat nopietna kā alkoholisms⁶⁶. Datoratkarība skar gados jaunus cilvēkus, tai skaitā arī bērnus. Vienīgais Latvijā veiktais pētījums⁶⁷ šajā jomā atklāj, ka gandrīz katru dienu datorspēles spēlē 40% zēnu un 11% meiteņu vecumā no 15-18 gadiem (14.attēls). Tomēr datoratkarība pat

nopietnāk skar pieaugušos kā bērnus¹³⁶. Ja bērnu datoratkarība tiek kontrolēta no pieaugušo, visbiežāk vecāku⁶⁷, sliktākajā gadījumā – policijas, puses, tad pieaugušo darbības datorā netiek kontrolētas gandrīz nemaz.

14. attēls. Jaunieši, kas gandrīz katru dienu veic sekojošas aktivitātes - spēlē datorspēles, lieto internetu, lasa grāmatas, vecuma grupā 15-18 gadi, procentos

(Rīgas Narkomānijas un profilakses centra pētījuma dati)



Pēc 2004. gada pētījuma „Jauno tehnoloģiju atkarības izplatība jauniešu vidū Rīgā”⁶⁷ datiem, datoratkarības pazīmju esamība ļoti cieši korelē ar interneta kafejnīcu apmeklējuma biežumu un regularitāti. Datoratkarības riska grupā to jauniešu daudzums, kuri kafejnīcas apmeklē vismaz četras – piecas reizes nedēļā vai gandrīz katru dienu, vairakkārt pārsniedz šādu apmeklētāju skaitu pārējā apmeklētāju grupā. Ārkārtīgi liela ir to jauniešu daļa, kuri apmeklē interneta kafejnīcas, lai spēlētu spēles, turklāt datoratkarības riska grupā tā sasniedz 74%.

Datoratkarība cilvēku ietekmē gan fiziski, gan emocionāli. Indivīds zaudē laika izjūtu; ēšana, miegs un fiziskās aktivitātes kļūst mazsvarīgas⁶⁸. Pastiprinās dusmu lēkmes, neapmierinātība un vardarbības izpausmes brīžos, kad piekļuve datoram ir ierobežota. Cilvēks kļūst sociāli izolēts, mēģinot situāciju „labot” ar attiecībām internetvidē^{67,69}. 2007.gada konferencē „Vardarbības izpausmes mēdijos: cēloņi un sekas”⁷⁰ tiek secināts, ka virtuālā vardarbība ir būtisks reālās vardarbības cēlonis ne tikai Latvijā, bet visā pasaulē.

Tomēr vēl aizvien datoratkarība nav iekļauta Starptautiskajā slimību klasifikatorā, kas liedz šos garīgās veselības traucējumus klasificēt kā saslimšanu.

Psihoaktīvo vielu, tai skaitā alkohola, lietošanas izplatība un sekas

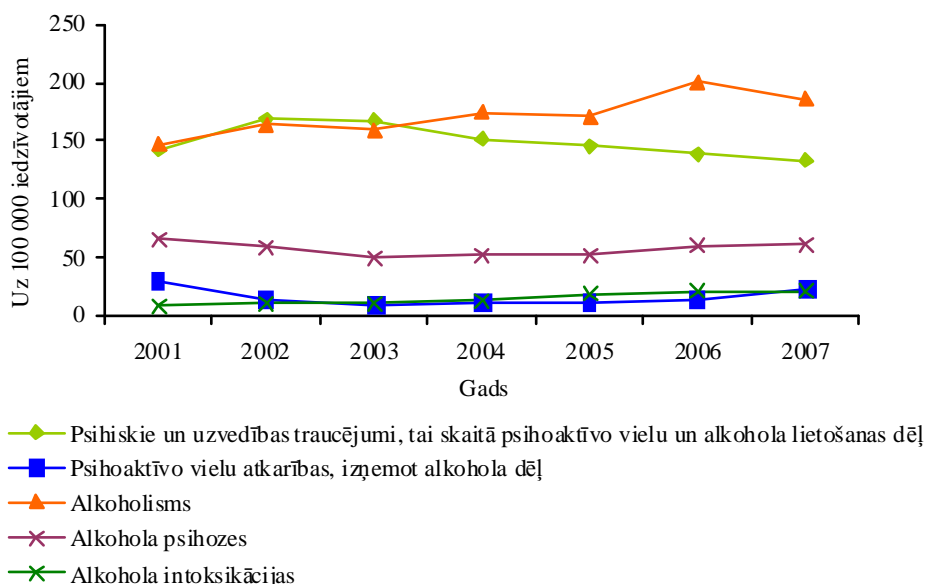
Psihoaktīvo vielu lietošana, tai skaitā alkohols, ir riska faktors dažādiem garīgās veselības sarežģījumiem^{71,72,73}.

Psihoaktīvo vielu, tai skaitā alkohola, lietošana ir bīstama ne tikai pašam indivīdam, – tā rada neveselīgu sociālo vidi – pieaug kriminālo noziegumu skaits^{74,75}, vardarbība⁷⁶, ģimenes problēmas, bezdarba draudi⁷⁷ un autovadīšana alkohola reibumā⁷⁸. Psihoaktīvo vielu lietošanas sekas gados jauniem cilvēkiem kavē nepieciešamās izglītības iegūšanu, kas izraisa ķēdes reakciju turpmākajā dzīvē^{77,79}.

Eiropā ir visaugstākais alkohola patēriņš uz 1 cilvēku pasaulē⁸⁰. Aprēķināts, ka 23 miljoni pieaugušo Eiropas Savienībā katru gadu kļūst atkarīgi no alkohola^{81,82,83} un 1,7 miljoni ir atkarīgi no narkotikām⁸⁴.

Psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ radīto psihisko un uzvedības traucējumu izplatībai Latvijā ir līdzīgas tendences ar kopējo saslimstību ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Gan saslimstība (incidence) ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem alkohola lietošanas dēļ, gan citu psihotropo vielu lietošanas dēļ kopš 2004. gada pieaug (15.attēls).

15. attēls. Psihisko un uzvedības traucējumu incidence psihoaktīvo vielu un alkohola lietošanas dēļ, vecuma grupā 15-64 gadi, uz 100 000 iedzīvotājiem
(RPNC dati)



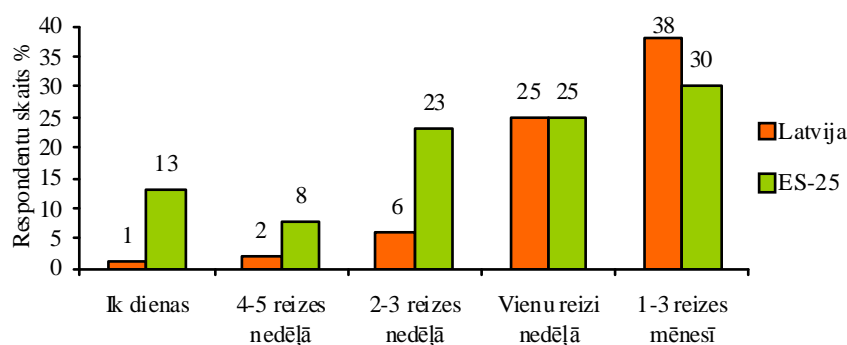
Alkohola atkarība

Pēc PVO⁸⁵ sniegtās informācijas alkohols veicina vairāk nekā 60 dažādu slimību attīstību, tostarp garīgās veselības un uzvedības traucējumus – alkoholismu, alkohola psihozes, alkohola intoksikāciju un citas saslimšanas^{79,86}.

Visās kultūrās vīriešiem ir lielāka nosliece uz alkohola lietošanu^{87,88}, tomēr sieviešu alkoholismam ir nelabvēlīgākas sociālās sekas^{32,89,90}. Turklāt grūtniecības laikā lietotā alkohola iedarbība var kavēt augļa smadzeņu attīstību, un tā saistīta ar garīga rakstura traucējumiem, kas izpaužas vēlāk^{83,91}.

Pēc 2006. gada *Eurobarometer*⁸⁰ pētījuma datiem Latvijā ik dienas alkoholiskos dzērienus patērē salīdzinoši mazs respondentu skaits, tomēr 1-3 reizes mēnesī alkoholiskos dzērienus lieto lielāks skaits respondentu kā vidēji ES (16.attēls). Katrs desmitais Latvijas respondents atzīmē, ka pēdējā mēneša laikā vienā dienā ir izdzēris vismaz 4 alkoholiskos dzērienus. Ik dienas alkoholiskos dzērienus vairāk patērē pirmspensijas un pensijas vecuma iedzīvotāji, bet vairāk alkoholisko dzērienu vienā reizē lieto gados jauni cilvēki. Līdzīgas tendences atklāj CSP veiktā aptauja par mājsaimniecību budžetu 2006. gadā⁸⁹.

16. attēls. Cik bieži pēdējo 30 dienu laikā jūs esat lietojuši kādu alkoholisko dzērienu?, respondentu skaits procentos, 2006. gads
(Eurobarometer pētījuma dati)



Kā sociāli bīstama jāmin jaunu cilvēku piedzeršanās⁹². Latvijas skolu aptauja par alkohola un narkotiku lietošanu jauniešu vidū parāda, ka katram piektajam skolēnam vecumā no 16 līdz 20 gadu vecumam jau ir izveidojies pieradums vismaz reizi mēnesī piedzerties tā, ka pēc tam rodas veselības traucējumi⁹³.

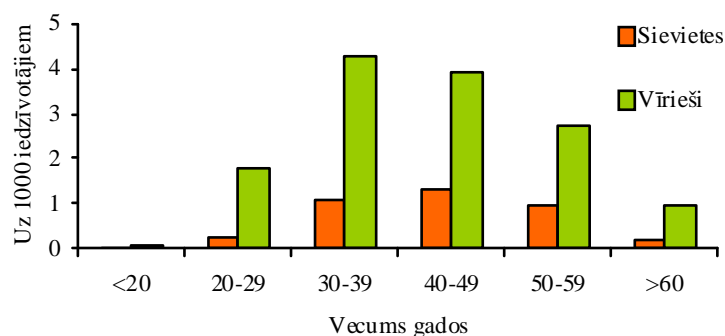
Latvijā aizvien turpina pieaugt alkohola patēriņš⁵⁹. 2007. gadā alkohola patēriņš uz vienu iedzīvotāju sasniedzis visaugstāko rādītāju pēdējo 10 gadu laikā – 10 litri absolūtā alkohola uz 1 iedzīvotāju⁹⁴. Šī

rādītāja pieaugums skaidrojams ar vieglā alkohola patēriņa pieaugumu – galvenokārt uz alus un mazalkoholisko dzērienu patēriņa rēķina.

Latvijā pirmreizēji reģistrētā saslimstība ar alkohola atkarību (alkoholismu) katru gadu palielinās (skat. 15.attēlu). Pirmreizēji reģistrētās alkohola atkarības biežuma palielināšanos var saistīt ar pēdējo gadu tendenci pieaugt alkohola patēriņam, kā arī ar pieaugošo tendenci alkohola atkarības slimniekiem ārstēties narkoloģiskajos stacionāros, izmantojot galvenokārt īslaicīgas detoksikācijas programmas⁵⁹. Ir pierādīta alkohola atkarības saistība ar noslieci uz tīšu paškaitējumu, it sevišķi vecāka gadagājuma iedzīvotāju vidū⁴¹, kā arī alkohola atkarības saistība ar depresiju, nomāktību un alkoholisma izraisītu emociju trulumu⁸⁶.

Lielāko pirmreizēji reģistrēto alkohola atkarības slimnieku grupu veido cilvēki vecumā no 30 līdz 49 gadiem (17.attēls).

17. attēls. Pirmreizēji reģistrēto alkohola atkarības slimnieku sadalījums pēc vecuma, 2007. gads, uz 1000 iedzīvotājiem (RPNC dati)

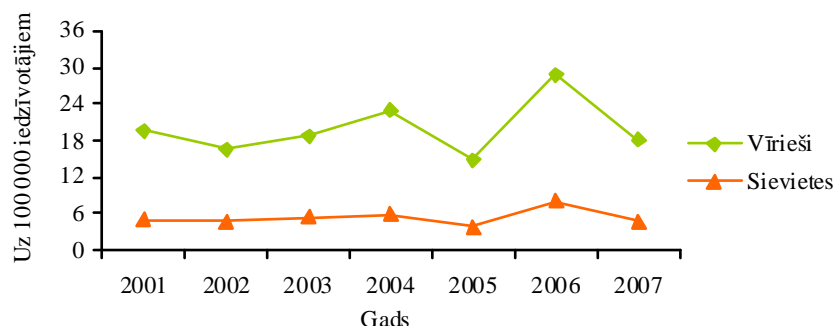


Alkohola psihožu skaits ir viens no svarīgākajiem alkohola lietošanas un tās radīto seku monitoringa indikatoriem. Alkohola psihožu skaits ir saistīts ar alkohola patēriņu valstī⁵⁹. Pirmreizēji reģistrēto alkohola psihožu slimnieku vidū 2007. gadā bija 174 sievietes jeb katrs piektais gadījums no visu pirmreizēji reģistrēto alkohola psihožu slimnieku skaita. Lielais sieviešu īpatsvars pirmreizēji reģistrēto alkohola psihožu slimnieku vidū ir negatīvs rādītājs, jo alkohola atkarība sievietēm ne tikai ietekmē veselību, bet arī grauj ģimeni, rada sociālas problēmas, atstāj negatīvu ietekmi uz bērniem. Liels alkohola psihožu slimnieku skaits ir cietumos – pēc PVO datiem⁹⁵ 2007.gadā Latvijas cietumos reģistrēti 324 alkohola psihožu slimnieki uz 100 000 cietumniekiem, kas ir stipri vairāk kā vidēji populācijā.

Pēc PVO⁸⁵ datiem alkohols ir cēlonis gandrīz 2 miljoniem nāves gadījumu gadā pasaulē. Biežākie ar alkoholu saistītie nāves gadījumi ir

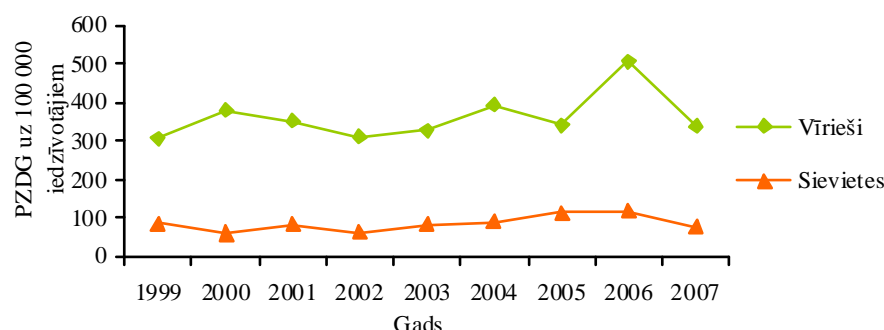
saindēšanās ar alkoholu un alkohola izraisītas slimības. 18. attēlā redzama situācija Latvijā saistībā ar mirstību no nejaušas saindēšanās ar alkoholu.

18. attēls. Mirstība no nejaušas saindēšanās ar alkoholu, vecuma grupā 15-64 gadi, uz 100 000 iedzīvotājiem (VSMTVA dati)



2006. gadā bija vērojams straujš mirstības pieaugums no saindēšanās ar alkoholu, līdz ar to arī sekojoša potenciāli zaudēto dzīves gadu rādītāja palielināšanās (19. attēls), kas saistīta ar Latgales reģiona un atsevišķiem Vidzemes rajonu iedzīvotāju saindēšanās gadījumiem ar nekvalitatīvu nelegālo alkoholu.

19. attēls. Potenciāli zaudētie dzīves gadi no saindēšanās ar alkoholu, vecuma grupā 15-64 gadi, uz 100 000 iedzīvotājiem (SVA dati)



Pēc pašu iedzīvotāju domām, situāciju alkohola patēriņa ierobežošanas jomā varētu risināt ar izglītojošām kampaņām. 75% Latvijas respondentu⁸⁰ (ES-77%) atbalsta brīdinājumu izvietošanu uz alkoholisko dzērienu pudelēm un reklāmu izplatīšanu ar mērķi brīdināt grūtnieces un autovadītājus par alkohola lietošanas bīstamību, bet noraida alkoholiskā dzēriena cenas paaugstināšanas nozīmi alkohola patēriņa ierobežošanā (7. attēls pielikumā).

Alkohola lietošanas ierobežošanai gan pierādīti un efektīvi līdzekļi ir cenu celšana, tirdzniecības vietu ierobežošana, stingrāki sodi par alkohola tirdzniecību nepilngadīgajiem u.c. pasākumi⁸³. Eiropas Komisija arī nopietni uzsākusi diskusiju par alkohola radītā kaitējuma mazināšanu,

diskutējot ar dalībvalstīm, nevalstisko sektoru forumos un sanāksmēs, izveidojot Nacionālo alkohola politikas un rīcības komiteju⁹⁶.

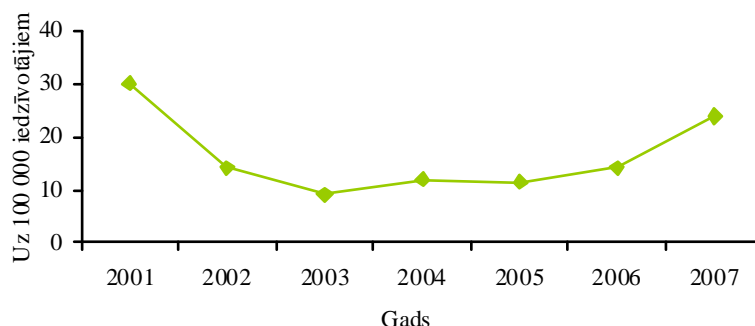
Narkotisko un psihotropo vielu lietošanas izplatība un sekas

Pēc PVO⁹⁷ datiem pasaulē vismaz 15 miljoniem cilvēku ir narkotiku un psihotropo vielu lietošanas izraisītas slimības. Sistemātiska narkotisko un psihotropo vielu lietošana atstāj ietekmi uz cilvēka garīgo veselību⁷². Kā biežākie veselības traucējumi tiek minētas personības un uzvedības izmaiņas, depresija, narkomānija, psihozes, demence^{71,98}. Lai gan informācija par garīgām blakusslimībām Eiropā, tai skaitā Latvijā, tiek vākta nesistemātiski, dažādos ES veiktos pētījumos^{73,99,100,101} konstatēts, ka psihiskas blakusslimības varētu būt 30% līdz 90% psihoaktīvo vielu lietotāju. Izplatītākie diagnosticētie traucējumi no narkotikām atkarīgo pacientu vidū ir depresija, šizofrēnija, bipolāri afektīvi traucējumi, uzvedības traucējumi, panika, garastāvokļa un ēšanas traucējumi un personības izmaiņas. Šo slimību blakusesamība pastiprina psihoaktīvo vielu ietekmi uz garīgo veselību, kā arī apgrūtina ārstnieciskās palīdzības sniegšanu^{84,102}.

Informācija par iespējamo narkotisko un psihotropo vielu lietotāju skaitu Latvijā ir atšķirīga^{59,92,103,104}. Kopš 2004.gada pieaug pirmreizēji reģistrēto atkarības sindroma pacientu īpatsvars uz 100 000 iedzīvotājiem (20.attēls).

20. attēls. Saslimstība (incidence) ar narkotisko un psihotropo vielu (izņemot alkoholu) atkarības sindromu, vecuma grupā 15-64 gadi, uz 100 000 iedzīvotājiem

(Narkoloģijas slimnieku un atkarību izraisošo vielu lietotāju reģistra dati)



2006. gada Latvijas iedzīvotāju aptaujā par veselību ietekmējošajiem paradumiem²⁸ uz jautājumu „Vai jūs pazīstat kādu, kurš ir mēģinājis lietot narkotikas pēdējā gada laikā?“, 80% respondentu atbildējuši noliedzoši, tomēr jauniešu vidū (15-24 gadi) noliedzoša atbilde ir tikai pusei respondentu. Satraucošs ir fakts, ka narkotiku lietotāji pārsvarā ir jauni,

sociāli aktīvi cilvēki, kas narkotiku un psihotropo vielu lietošanu saista ar izklaides iespējām un atpūtu^{84,92,93,99,103,105}.

Šobrīd visvairāk Latvijā izplatītas ir amfetamīnu grupas un kaņepju izcelsmes narkotikas^{23,104,105}, tomēr kopš 2005.gada pieaug slimnieku skaits, kuriem primāri ir heroīna radītas problēmas, un no šīs narkotiskās vielas atkarīgo cilvēku grupa veido vairāk kā pusi no visiem pirmreizēji reģistrētajiem no psihoaktīvajām vielām atkarīgajiem iedzīvotājiem (8.attēls pielikumā). Latvijas skolu aptauja par alkohola un narkotiku lietošanu⁹³ jauniešu vidū apstiprina, ka izplatītākā narkotiskā viela jauniešu vidū ir marihuāna.

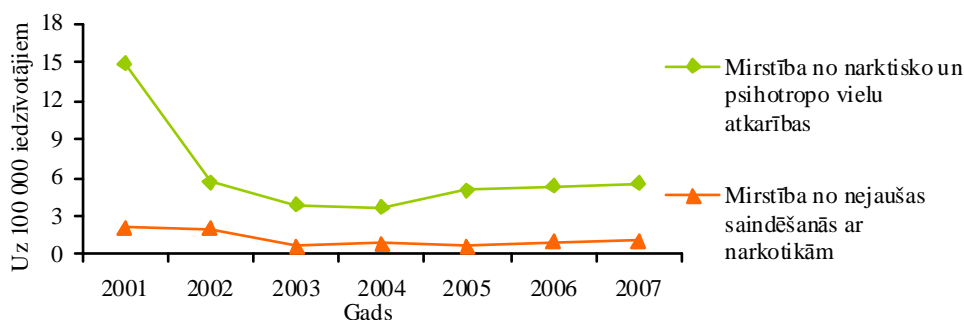
Īpaša uzmanība narkotiku lietošanas ziņā jāpievērš ieslodzījuma vietām. Psihiskās slimības un narkomānija, kā arī abu šo parādību kombinācija ir daudz biežāk izplatīta cietumos nekā iedzīvotāju vidū kopumā. Visbiežāk cietumos atgriežas narkomāni, kas jau izcietuši ilgu cietumsodu, un arvien vairāk tiek atzīts, ka ieslodzījums var veicināt garīgās veselības problēmas un ka narkotikas bieži vien turpina lietot arī cietumā^{73,84}.

Pēc Valsts policijas 2007. gada datiem redzams, ka aptuveni 10% ieslodzīto tika sodīti par narkotisko un psihotropo vielu neatļautu izgatavošanu, iegādāšanos, glabāšanu, pārvadāšanu un pārsūtīšanu¹⁰⁶. 2007.gada ziņojumā par Infekciju uzraudzību un profilaksi Latvijas ieslodzījuma vietās ir pausta informācija, ka 11-20% ieslodzīto lieto narkotikas, bet pēc cietuma darbinieku sniegtās informācijas gandrīz visiem ieslodzītajiem ir kāda no psihotropo vielu atkarībām⁵⁰. Pēc PVO 2007.gada datiem¹⁰⁷ 16% ieslodzīto Latvijas cietumos lieto narkotikas. Tomēr šobrīd Latvijas ieslodzījuma vietās nav ieviesta neviena narkomānijas profilakses vai ārstēšanas programma.

Lai gan PVO vadlīnijas nosaka¹⁰⁸, ka tiem ieslodzītajam, kuri saņēmuši aizstājterapiju pirms ieslodzījuma, būtu jāsniedz iespēja saņemt to arī ieslodzījuma vietā, tomēr pastāv būtiski ierobežojumi gan finansējuma, gan likumdošanas ziņā^{109,110}. Šobrīd norit diskusijas starp Veselības ministriju un ANO Narkotiku un noziedzības biroju (UNODC) par metadona aizstājterapijas ieviešanu Latvijas cietumos.

Pasaulē pēc PVO⁹⁷ datiem nelegālo psihoaktīvo vielu lietošana ir cēlonis 200 tūkstošiem nāves gadījumu gadā. Mirstības rādītāji starp narkotisko vielu lietotājiem ir pat 13 reizes augstāki kā vidēji populācijā¹¹¹. Biežākie ar narkotisko un psihotropo vielu lietošanu saistītie nāves gadījumi ir narkotisko vielu pārdozēšana, narkotiku lietošanas izraisītas komplikācijas un infekcijas. 21. attēlā redzama mirstība Latvijā no narkotisko un psihotropo vielu atkarības un saindēšanās ar šīm vielām.

**21. attēls. Mirstība no narkotiskajām un psihoaktīvajām vielām,
vecuma grupā 15-64 gadi, uz 100 000 iedzīvotājiem
(VSMTVA dati)**



Kopš 2003.gada ir pieaugusi mirstība no narkotiskajām un psihoaktīvajām vielām, kas ir izskaidrojama ar narkotisko vielu izplatības pieaugumu populācijā. Tomēr šie rādītāji neatspoguļo daudzus ar sirds un asinsvadu slimībām saistītus nāves gadījumus un mirstību no infekcijas slimībām, tai skaitā HIV un AIDS, kurus ir veicinājusi narkotisko un psihotropo vielu lietošana⁸⁴.

2008. gada *Eurobarometer* pētījumā⁹² Latvijas respondenti kā efektīvāko ceļu cīņai pret nelegālajām psihoaktīvajām vielām minējuši pasākumus, kas vērsti uz narkotiku izplatības un tirdzniecības ierobežošanu un cīņu ar narkotiku tirgotājiem (41% respondenti), bet kā otro efektīvāko pasākumu minējuši cīņu ar narkotiku lietotājiem (25% respondenti). Pieejamību apreibināšanās vielām kā vienu no galvenajiem riska faktoriem min arī respondenti Latvijas skolu aptaujā par alkohola un narkotiku lietošanu⁹³ un narkotiku lietošanas izklaides vietās pētījuma respondenti¹⁰⁵. Diemžēl respondentu atbildes liecina, ka iegādāties šīs vielas viņiem nesagādā lielas problēmas, it sevišķi tā saucamās „vieglās narkotikas” – kaņepes un ecstasy.

POLITIKAS INICIATĪVAS

Garīgās veselības aizsardzība un veicināšana Eiropas reģionā ir atzīta kā viena no veselības prioritātēm. PVO ir izstrādājusi politikas pamatnostādnes Eiropas reģionam „**Veselība-21. Veselība visiem 21.gadsimtā**”¹¹², kuras 6. mērķis nosaka, ka līdz 2020. gadam jāuzlabo iedzīvotāju psiholoģiskā labklājība, un cilvēkiem ar garīgās veselības problēmām jābūt iespējamiem un pieejamiem kvalitatīvākiem kompleksiem dienestiem. Šīs pamatnostādnes tika izmantotas par pamatu 2001.gadā Latvijā akceptētajai „**Sabiedrības veselības stratēģijai**”¹¹³, kuras 6. mērķis paredz garīgās veselības uzlabošanu – *Līdz 2010.gadam jāuzlabo Latvijas iedzīvotāju garīgo veselību, kā arī visiem iedzīvotājiem jānodrošina pieeja kvalitatīviem garīgās veselības aprūpes pakalpojumiem.* Abos minētajos politikas plānošanas dokumentos tiek uzsvērta nepieciešamība samazināt pašnāvību līmeni valstī.

Garīgās veselības aizsardzības un veicināšanas jomu reglamentējošā normatīvā bāze Latvijā ir nesistemātiska un aizvien atrodas izstrādes procesā. Joprojām pastāv liels skaits Labklājības ministrijas izdoto normatīvo aktu, kuri reglamentē atsevišķus veselības aprūpes jautājumus, bet lielākoties tie nav vispāršaistoši citām institūcijām.

Kā galvenais un šobrīd vienīgais jomu regulējošais normatīvais akts ir „**Ārstniecības likums**”¹¹⁴, kur ir atrunāti alkoholisma, narkomānijas un toksikomānijas slimnieku ārstēšanas galvenie principi un personu ar psihiskiem traucējumiem un psihiskām slimībām tiesības un ārstēšanas pamatprincipi. Likums nosaka, ka „*personām ar psihiskiem traucējumiem un psihiskām slimībām ir jānodrošina visas pilsoņa, politiskās, ekonomiskās un sociālās tiesības, kuras paredz likums. Psihiskie traucējumi vai psihiskā slimība nedrīkst būt par iemeslu cilvēka diskriminācijai*”. Atsevišķs pants nosaka pacienta stacionēšanu un ārstēšanu bez viņa piekrišanas, un tajā ietvertie pamatprincipi atbilst starptautiskiem cilvēktiesību standartiem un Eiropas Savienības valstu praksei.

Garīgās veselības pamatnostādnes „**Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.-2014. gadā**”¹¹⁵ definē garīgās veselības jomas prioritātes, sasniedzamos mērķus un nosaka tālāku garīgās veselības aprūpes nozares racionālu, efektīvu un kvalitatīvu attīstību, uzsverot turpmākās rīcības virzienus.

Narkotisko un psihotropo vielu apriti regulē likums „**Par narkotisko un psihotropo vielu likumīgās aprites kārtību**”¹¹⁶, alkoholisko dzērienu apriti regulē „**Alkoholisko dzērienu aprites likums**”¹¹⁷, azartspēļu un izložu darbību regulē divi likumi – „**Azartspēļu un izložu likums**”⁶³ un likums „**Par izložu un azartspēļu nodevu un nodokli**”¹¹⁸.

„**Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma**”¹¹⁹ 2006. gada 25. maija grozījumos²⁶ tiek definēti grupu mājas (dzīvokļa), pusceļa mājas un konsultatīvā atbalsta sociālā darba speciālista (supervīzijas) termini.

Aizvien projekta stadijā ir „**Psihiatriskās palīdzības likums**”¹²⁰, „**Veselības aprūpes finansēšanas likums**”¹²¹, „**Veselības aizsardzības likums**”¹²² un „**Invaliditātes likums**”¹²³. Aizvien trūkst pacientu tiesības regulējošs normatīvais akts un strīdus situācijas starp ārstiem un pacientiem tiek regulētas ar „**Patērētāju tiesību aizsardzības likumu**”¹²⁴.

MK 15.09.2008. noteikumi Nr. 746 „**Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība**” nosaka šādu reģistru darbību – „Narkoloģijas slimnieku un atkarību izraisošo vielu lietotāju reģistrs” un „Psihisko un uzvedības traucējumu reģistrs”, kurā tiek ietverta informācija par pacientiem, kuri ārstējušies ambulatorajos psihoneiroloģiskajos kabinetos, slimnīcu ambulatorajās un stacionārajās nodaļās un kuriem ir konstatēti psihiski un uzvedības traucējumiem saskaņā ar SSK-10 vai kuriem pirmo reizi noteikta invaliditāte psihisko vai uzvedības traucējumu dēļ. „Psihisko un uzvedības traucējumu reģistrs” satur arī informāciju par pacientiem, kuri hospitalizēti pašnāvības mēģinājumu dēļ, datus par pacientiem, kuriem noteikti medicīniska rakstura piespiedu līdzekļi, informāciju par narkoloģiskajiem pacientiem un personām, kuras lieto atkarību izraisošas vielas.

Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu iegādes izdevumu kompensācijas kārtību pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem nosaka MK 31.10.2006. noteikumi Nr. 899 „**Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība**”. Šo noteikumu 1. pielikumā noteiktas diagnozes, kuru ārstēšanai tiek kompensēti medikamenti 75-100% apmērā.

MK 24.09.2002. noteikumi Nr. 429 „**Alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība**” nosaka kārtību, kādā narkoloģiskajās ārstniecības iestādēs notiek alkoholisma, narkomānijas un toksikomānijas slimnieku ārstēšana labprātīgi pēc viņu vēlēšanās. MK 06.11.2006. noteikumi Nr. 914 „**Kārtība, kādā no psihoaktīvām vielām atkarīgas personas saņem sociālās rehabilitācijas pakalpojumus**” nosaka kārtību, kādā no psihoaktīvām vielām – alkohola, narkotiskajām, toksiskajām vai citām apreibinošām vielām – atkarīgie bērni un pilngadīgas personas par valsts budžeta līdzekļiem tiek rehabilitētas, lai panāktu šo personu atteikšanos no psihoaktīvo vielu lietošanas, uzlabojot viņu fizisko un garīgo veselību un veicinot atgriešanos sabiedrībā.

2005. gadā tika apstiprināta „**Narkotisko un psihotropo vielu atkarības un izplatības ierobežošanas un kontroles valsts programma 2005.-2008. gadam**”¹²⁵, kura ir pieskaņota Eiropas Savienības rekomendācijām¹²⁶ un tā paredz visaptverošu pieeju, saskaņā ar kuru narkotisko un psihotropo vielu piedāvājuma un pieprasījuma samazināšana

tiek uzskatīta par savstarpēji saistītiem un viens otru pastiprinošiem stratēģijas elementiem. Nākamajam periodam programma vēl nav apstiprināta.

Latvija ir pievienojusies vairākām starptautiskām konvencijām un atzinusi citus starptautiskos tiesību aktus garīgās veselības aizsardzības jomā, tomēr trūkst normatīvo aktu, kas ieviestu šīs normas Latvijā. 1991.gadā ANO Ģenerālajā asamblejā tika pieņemti „**Principi garīgi slimu personu aizsardzībai un garīgās veselības aprūpes uzlabošanai**”¹²⁷, kuriem pievienojusies arī Latvija. 2005. gada janvārī Latvija kopā ar citām PVO Eiropas reģiona valstīm parakstīja „**Garīgās veselības deklarāciju**”¹²⁸ un „**Garīgās veselības rīcības plānu Eiropai laikposmam no 2005. līdz 2010. gadam**”¹²⁹, kas prasa katrā dalībvalstī ieviest ar starptautiskajiem standartiem saskaņotu garīgās veselības aprūpes politiku un likumdošanu un attīstīt sabiedrībā balstīto aprūpi personām ar smagiem psihiskās veselības traucējumiem, lai aizstātu aprūpi lielajās institūcijās. Tomēr līdz šim deinstitutionalizācija un sabiedrībā balstītu aprūpes pakalpojumu veidošana noris lēni.

2005. gadā tika apstiprināta „**Zaļā grāmata**” – „**Uzlabot iedzīvotāju garīgo veselību. Ceļā uz garīgās veselības stratēģiju Eiropas Savienībā**”¹, kas kopā ar „Garīgās veselības deklarāciju”¹²⁸ kalpo kā ievaddokumenti Garīgās veselības stratēģijas izstrādei Eiropas Savienībā.

Psihoaktīvo vielu radītā kaitējuma mazināšanai Eiropas Padome 2004.gadā pieņēma stratēģiju narkotisko vielu ierobežošanai¹²⁶ un 2006.gadā – Stratēģiju alkohola radītā kaitējuma mazināšanai⁸².

Ik gadu Eiropas Savienībā notiek dažādas ar garīgās labklājības uzlabošanu saistītas aktivitātes – 2001. gadā projekts „Strengthening mental health promotion”¹³⁰, 2003. gadā „Recommendations from the World report on violence and health”¹³¹, 2004. gadā PVO ziņojums „Prevention of mental Disorders”⁶, 2005. gadā „Promoting Mental Health. Concepts, emerging evidence, practice”¹³², 2006. gadā projekts „Improving Mental Health Information in Europe”¹³³, 2007. gadā publikācija „Mental Health Policy and Practice across Europe. The Future direction of mental health care”¹³⁴ un citi.

Saskaņā ar PVO stratēģiju¹³⁵ ir vajadzīga visaptveroša stratēģija, kurā tiktu skarta indivīdu ārstēšanas un aprūpes sniegšana līdztekus rīcībai, kas vērsta uz visiem iedzīvotājiem, lai veicinātu garīgo veselību, izvairītos no garīgās veselības problēmām un risinātu stigmatu un cilvēktiesību jautājumus, pilnveidotu izglītības, sociālā nodrošinājuma un nodarbinātības politiku. Šāda pieeja prasa daudzu institūciju iesaistīšanos un sadarbību, tai skaitā arī ar veselības aprūpi nesaistītu organizāciju līdzdalību.

SECINĀJUMI UN PRIEKŠLIKUMI

Secinājumi

- ✓ Psihiatrisko dienestu uzskaitē ir 5-6% iedzīvotāju, bet reālā psihisko un uzvedības traucējumu izplatība populācijā ir līdz 10%.
- ✓ Aizvien nozīmīgāki kļūst psihiskie un uzvedības traucējumi stresa, psihoaktīvo vielu, tai skaitā alkohola lietošanas dēļ.
- ✓ Sabiedrībā aizvien valda aizspriedumi pret cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem.
- ✓ Iedzīvotāji ar neirotiskiem, ar stresu saistītiem veselības traucējumiem, depresiju un psihoaktīvo vielu lietošanas izraisītiem garīgās veselības traucējumiem bieži vien izvēlas izmantot nevis psihiatriskā dienesta pakalpojumus, bet citu palīdzības dienestu – psihologu, krīzes centru un atbalsta grupu, uzticības tālruni, privāti praktizējošu speciālistu pakalpojumus.
- ✓ Stigmas samazina iespēju iegūt darbu un nodrošināt sev nepieciešamo sociālo stabilitāti, kā rezultātā pieaug tendence izmantot stacionāru, lai saņemtu nepieciešamo ārstniecisko un sociālo atbalstu.
- ✓ Trūkst atbilstošas nodarbinātības programmas un citu sabiedrībā balstītu garīgās veselības aprūpes pakalpojumu (grupu dzīvokļi, dienas centri).
- ✓ Sieviešu populācijā sūdzības par depresiju, trauksmi, somatiskiem traucējumiem dominē biežāk kā vīriešu.
- ✓ Pēc psihiatrijas dienesta datiem garastāvokļa traucējumi un depresija starp diagnosticētajiem psihiskiem un uzvedības traucējumiem 2007.gadā bija 7%. Diagnosticēto depresijas gadījumu skaits pakāpeniski pieaug, kas būtu skaidrojams ar medikamentu pieejamības uzlabošanu, iekļaujot tos valsts kompensācijas sistēmā.
- ✓ Joprojām sabiedrībā garastāvokļa un uzvedības traucējumi (t.sk. depresija) netiek pienācīgi novērtēti, laikus atklāti un ārstēti, kas rada augstu pašnāvību risku.
- ✓ Mirstība no pašnāvībām ieņem piekto vietu mirstības cēloņu struktūrā un ir galvenais mirstības cēlonis starp visām ārējo cēloņu izraisītām nāvēm.
- ✓ Mirstība no pašnāvībām pēdējo desmit gadu laikā samazinās.
- ✓ 2007.-2008. gados vērojamā straujā ekonomiskās izaugsmes apstāšanās, bezdarba pieaugums, kredītu slogs var sekmēt garastāvokļa un uzvedības traucējumu attīstību, kas, savukārt, var izraisīt pašnāvību izraisītas mirstības samazināšanās tendenci apstāšanos vai pat pieaugumu.

- ✓ Mirstības rādītāji vīriešiem no pašnāvībām ir līdz trīs reizēm augstāki kā sievietēm.
- ✓ Riska grupa pašnāvību mēģinājumiem ir gados jauni cilvēki un ieslodzītie, bet mirstība no pašnāvībām ir augstāka starp iedzīvotājiem pēc 45 gadu vecuma.
- ✓ Procesa atkarības, tai skaitā azartspēļu un datoratkarība, ir nopietna problēma gados jaunu cilvēku vidū, un tās 3-5 reizes biežāk skar vīriešus.
- ✓ Iedzīvotāji ar procesa atkarībām reti meklē palīdzību pie psihiatriskās palīdzības dienestiem, līdz ar to trūkst objektīvas informācijas par patieso šo veselības traucējumu skarto personu skaitu.
- ✓ Datoratkarība nav iekļauta Starptautiskajā slimību klasifikatorā.
- ✓ Pēc dažādu pētījumu datiem 30% līdz 90% psihoaktīvo vielu lietotāju ir vēl kādi citi garīgās veselības traucējumi. Šo blakus slimību esamība pastiprina psihoaktīvo vielu ietekmi uz garīgo veselību, kā arī apgrūtina ārstnieciskās palīdzības sniegšanu.
- ✓ Psihoaktīvo vielu, tai skaitā alkohola, lietošanas izplatība pieaug, galvenokārt uz tā saucamo „vieglo” narkotiku un mazalkoholisko dzērienu patēriņa rēķina.
- ✓ Vīriešiem ir lielāka nosliece uz psihoaktīvo vielu lietošanu, tomēr sieviešu psihoaktīvo vielu atkarībai ir vissmagākās sociālās sekas.
- ✓ Ar katru gadu palielinās pirmreizēji reģistrēto alkohola atkarības un psihožu slimnieku skaits, kas skaidrojams gan ar pieaugošu alkoholisko dzērienu patēriņu, gan pieaugošo tendenci ārstēties narkoloģiskajos stacionāros, izmantojot īslaicīgas detoksikācijas programmas.
- ✓ Narkotiku lietotāju riska grupā ir gados jauni un sociāli aktīvi cilvēki, kā arī ieslodzītie.
- ✓ Mirstības rādītāji starp narkotisko vielu lietotājiem ir pat 13 reizes augstāki kā vidēji populācijā. Kopš 2004. gada palielinās mirstība no narkotiskajām un psihoaktīvajām vielām, kas ir izskaidrojama ar narkotisko vielu izplatības pieaugumu populācijā.

Priekšlikumi

- ✓ Izstrādāt šādus normatīvos aktus:
 - Psihiatriskās palīdzības likums;
 - Pacientu tiesības regulējošs normatīvais akts, kurš paredzētu ārsta un pacienta attiecības un strīdus izšķiršanas kārtību.

- ✓ Veikt izmaiņas šādos normatīvajos aktos:
 - Veikt grozījumus „Azartspēļu un izložu likumā”⁶³, ierobežojot azartspēļu pieejamību;
 - Veikt grozījumus MK 24.09.2002. noteikumos Nr. 429 „Alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība”, iekļaujot PVO vadlīnijās¹⁰⁸ noteiktās rekomendācijas, ka tiem ieslodzītajiem, kuri saņēmuši metadona aizstājterapiju pirms ieslodzījuma, būtu jāsniedz iespēja saņemt to arī ieslodzījuma vietā. Veikt atbilstošus grozījumus arī MK 19.12.2006. noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas noteikumi”.
- ✓ Realizēt garīgās veselības pamatnostādņēs¹¹⁵ minētās aktivitātes noteiktu mērķu sasniegšanai (rīcības plāna izstrāde, apstiprināšana un realizācija, piešķirot papildus finansējumu).
- ✓ Garīgās veselības politikas īstenošanas jautājumu risināšanā vairāk iesaistīt pakalpojuma lietotāju un viņu radnieku izveidotas nevalstiskās organizācijas.
- ✓ Attīstīt psiholoģiskās un psihiatriskās palīdzības dienesta tīklu izveidi (pusceļa mājas, grupu dzīvokļi, dienas centri, atbalsta grupas), it īpaši reģionos. Veicināt bezmaksas un anonīmas palīdzības (krīzes centri, uzticības telefoni) pieejamību.
- ✓ Veicināt pašnāvību profilakses un palīdzības programmu izstrādi un ieviešanu.
- ✓ Izstrādāt metodiskos norādījumus un ieviest apmācību programmu veselības, izglītības un sociālā sektorā strādājošiem profesionāļiem – ģimenes ārstiem, pašvaldību darbiniekiem, pedagogiem, izglītības iestāžu psihologiem un sociālajiem pedagogiem un citām personām, kuras savā darbā sastopas ar cilvēkiem, kuriem ir psihiski un uzvedības traucējumi.
- ✓ Izglītot un informēt sabiedrību par dažādiem garīgās veselības veicināšanas un profilakses jautājumiem:
 - Par veidiem, kā palīdzēt sev tikt galā ar problēmām;
 - Par veidiem, kā atpazīt garīgās neveselības simptomus, nebaidīties atzīt saslimšanu un savlaicīgi griezties pēc palīdzības;
 - Par pieejamo palīdzību garīgās veselības jomā gan sev, gan tuviniekiem;
 - Informēt, kā atpazīt tuviniekus garīgās krīzes brīžos, piemēram, pirms pašnāvībām, ar depresiju u.c.;
 - Mazināt sabiedrības aizspriedumus pret cilvēkiem ar garīgās veselības problēmām.
- ✓ Veicināt darba tirgus atvēršanos, ieviešot nodarbinātības programmas cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem, it sevišķi personām ar saskarsmes problēmām. Ieviest motivējošus mehānismus darba

devējiem, kuri savā uzņēmumā nodarbina cilvēkus ar garīgās veselības traucējumiem un invaliditāti.

- ✓ Veicināt nodarbinātību un ražošanas kombinātu izveidi slēgta tipa iestādēs – sociālās aprūpes centros cilvēkiem ar garīgās veselības problēmām un ieslodzījuma vietās, tādā veidā uzlabojot gan šo cilvēku pašnoteikšanās iespējas, gan veidojot labvēlīgu psihosociālo vidi.
- ✓ Ieviest rindas pēc dzīvesvietas uz ilgstošās aprūpes iestādēm, lai veicinātu pacienta atrašanos tuvāk radniekiem un bijušajai dzīves vietai, tādā veidā saglabājot sociālās saites.
- ✓ Pilnveidot valsts līmeņa minimāli nepieciešamo datu vākšanas sistēmu par garīgās veselības problēmām – reģistrēt visus psihiatrijas pacientus, t.sk. tos, kuri ārstējas ārpus psihoneiroloģiskajiem dispanseriem (pie ģimenes ārstiem un citiem speciālistiem); uzlabot rutīnas statistikas datu kvalitāti.
- ✓ Veikt pētījumus par garīgās veselības problēmu (t.sk. datoratkarību) izplatību valstī. Atbilstoši pētījumu rezultātiem veikt nepieciešamos grozījumus normatīvajos aktos un plānot atbilstošus profilakses pasākumus.

KOMENTĀRI PAR DATIEM

Ziņojumā izmantoti gan rutīnas statistikas, gan pētījumu dati par situāciju Latvijā un salīdzinājums ar Eiropas Savienības valstīm. Garīgās veselības jomā vispieejamākie un biežāk analizētie rutīnas statistikas dati ir no Psihisko un uzvedības traucējumu reģistra un Narkoloģijas slimnieku un atkarību izraisošo vielu lietotāju reģistra.

Papildus situācijas analīzei tika izmantotas PVO un CSP *on-line* pieejamās datu bāzes, kā arī informācija no VSMTVA (Nāves cēloņu datu bāze), SVA (dati par potenciāli zaudētajiem gadiem), VDEĀK (dati par invaliditāti) un citām institūcijām.

Oficiālā rutīnas statistika apkopo datus tikai par to iedzīvotāju saslimstību ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kuri apmeklējuši psihoneiroloģiskās ārstniecības iestādes vai citu iestāžu psihiatriskās palīdzības struktūrdaļas, kā arī tos psihiatrus, kas nodarbojas ar privātpraksi un kuri noslēguši līgumus ar VOAVA. Šobrīd *Narkoloģijas slimnieku un atkarību izraisošo vielu lietotāju reģistrā* un *Psihisko un uzvedības traucējumu reģistrā* netiek uzskaitīti apmeklējumi pie ģimenes ārstiem un citiem speciālistiem. Tāpat netiek veikta citu garīgu blakus slimību, kā arī sociālo apstākļu uzskaitē.

Papildus rutīnas statistikas datiem par situāciju garīgās veselības jomā var spriest pēc dažādiem pētījumiem, ziņojumiem un aptauju rezultātiem.

Indikatoru analīzei pārsvarā izmantoti relatīvie rādītāji – uz 100 000 attiecīgā vecuma un dzimuma iedzīvotājiem.

Mirstības datu salīdzināšanai starp Latvijas un Eiropas Savienības (27 dalībvalstis) vidējiem rādītājiem tika izmantoti standartizētie mirstības rādītāji, ko ir aprēķinājusi Pasaules Veselības organizācija. Standartizētā mirstība labi raksturo kopējās tendences, izvairoties no kļūdas starpvalstu salīdzinājumos, ko var radīt dažādu populāciju vecuma struktūra.

Lai raksturotu gadus, kurus cilvēks būtu nodzīvojis līdz 65 gadu vecumam, ja nebūtu miris, piemēram, pašnāvības dēļ, tika izmantots potenciāli zaudēto dzīves gadu (PZDG) rādītājs uz 100 000 iedzīvotājiem, kurus aprēķina Sabiedrības veselības aģentūra, izmantojot Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūras Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāzes datus.

Analizējot situāciju garīgās veselības jomā valstī, tika konstatēts, ka trūkst informācijas par tādām garīgās veselības problēmām kā stress, nomāktība, pakļautība emocionālajai vardarbībai, izdegšanas sindroms u.c. Tāpat nav pieejama informācija par nevieliskajām atkarībām (datoratkarību), garīgām blakus slimībām, sociālekonomisko faktoru saistību ar garīgo veselību.

Informācija par pašnāvībām un depresiju ir nepietiekama un esošie dati nesniedz objektīvu ieskatu šo problēmu izplatībā.

GALVENO JĒDZIENU UN TERMINU SKAIDROJUMS

Darbspējas vecums – darbspējas vecumu katrā valstī nosaka ar likumu. Latvijā darbspējas vecums ir 15-64 gadi.

Demogrāfiskā slodze – rādītājs, kas raksturo bērnu un pensijas vecuma iedzīvotāju attiecību pret darbspējas vecuma iedzīvotājiem.

Depresija – garstāvokļa traucējumi, kurus pēc Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas⁷¹ raksturo nomākts garstāvoklis, enerģijas un aktivitātes samazināšanās. Mazinās arī spēja priecāties, intereses, koncentrēšanās spējas. Aptaujās^{28,29} par veselības pašvērtējumu respondenti ar depresiju izprot epizodiski (arī vienu reizi) nomāktu garstāvokli.

Garīgā veselība – labklājības stāvoklis, kurā indivīds spēj īstenot savas spējas, tikt galā ar ierasto dzīves stresu, produktīvi un auglīgi strādāt un ir spējīgs dot savu artavu kopienas dzīvē¹³⁰.

Garīgās veselības traucējumi – garīgās veselības sarežģījumi un spriedze, darbības traucējumi, kas saistīti ar nemieru, simptomiem, kā arī diagnosticējami garīgi traucējumi, piemēram, šizofrēnija un depresija¹¹³⁶.

Incidence (saslimtība) – rādītājs, kas raksturo jauno slimības gadījumu parādīšanos laika vienībā.

Invalīds – persona, kurai sakarā ar slimību, traumu vai iedzimtu defektu izraisītiem orgānu sistēmu funkciju traucējumiem ir nepieciešama papildu medicīniskā un sociālā palīdzība un kurai ir noteikta invaliditāte normatīvajos aktos paredzētajā kārtībā.

Invaliditāte – ilgstošs vai nepārejošs ar vecuma pārmaiņām organismā nesaistīts fizisko vai psihisko spēju ierobežojums, kas apgrūtina personas integrāciju sabiedrībā, pilnīgi atņem vai daļēji ierobežo tās spēju strādāt un sevi apkopt.

Jaunās ES dalībvalstis – valstis, kas pievienojās Eiropas Savienībai pēc 2004. gada.

Nāves cēlonis – slimība, patoloģisks stāvoklis vai trauma, kas ir izraisījusi nāvi vai veicinājusi to, kā arī nelaimes gadījums vai vardarbības akts, kura rezultātā iestājusies nāve.

Pašnāvība – nāve tīša paškaitējuma rezultātā.

Pašnāvības mēģinājums – tīšs paškaitējums ar mērķi nomirt, kura rezultātā neiestājas nāve.

Potenciāli zaudētie dzīves gadi – gadi, kurus cilvēks būtu nodzīvojis līdz kādam noteiktam vecumam, ja nebūtu miris pašnāvības vai kādas slimības dēļ. Parasti rēķina līdz noteiktam vecumam, piemēram – līdz 65 gadu vecumam.

Prevalence – esošo slimību vai stāvokļa gadījumu biežums (attiecībā uz populāciju).

Respondents – persona, kas atbild uz aptaujas lapas (anketas) vai intervētāja jautājumiem.

Sociālā atstumtība – indivīdu vai cilvēku grupu nespēja iekļauties sabiedrībā nabadzības, nepietiekamas izglītības, bezdarba, diskriminācijas vai citu apstākļu dēļ.

Sociālā iekļaušana – process, kas nodrošina cilvēku ar īpašām vajadzībām iespējas un resursus, kuri nepieciešami, lai pilnvērtīgi piedalītos sabiedrības ekonomikā, sociālajā un kultūras dzīvē, nodrošinātu sabiedrībā pieņemto dzīves līmeni un labklājību, kā arī lielākas līdzdalības iespējas lēmumu pieņemšanā un pieejamību personas pamattiesībām.

Stigma – negatīvs stereotips, kas veidots uz mītiem un neizpratni.

Stigmatizācija – process, kā rezultātā indivīds vai indivīdu grupa tiek būtiski diskreditēta, radot sociālo nevienlīdzību.

Vieglās narkotikas – narkotiskās vielas, kuru ietekme uz organismu nav tik izteikta kā citu narkotisko vielu gadījumā. Pie „vieglajām” narkotikām pieskaita kaņepju izcelsmes narkotiskās vielas un *ecstasy*.

SAĪSINĀJUMI

ANO	Apvienoto Nāciju organizācija
CSP	Centrālais statistikas pārvalde
ES	Eiropas Savienība
IAUI	Izložu un azartspēļu uzraudzības inspekcija
IeVP	Ieslodzījuma vietu pārvalde
IKP	Iekšzemes kopprodukts
LV	Latvija
MK	Ministru kabinets
PNS	Psihoneiroloģiskais stacionārs
PVO	Pasaules Veselības organizācija
PZDG	Potenciāli zaudētie dzīves gadi
RPNC	Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs
SAC	Sociālās aprūpes centrs
SSK-10	Starptautiskais slimību klasifikators, 10. redakcija
SVA	Sabiedrības veselības aģentūra
VDEĀK	Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija
VOAVA	Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra
VSMTVA	Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra

- ¹ Zaļā grāmata. Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana veidojot ES stratēģiju par garīgo veselību. Eiropas kopienu komisija, Brisele, 2005;
- ² www.who.int/
- ³ Wittchen H.U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, V15, N4, pp 357-376;
- ⁴ Joukamaa M., Heliövaara M., Knekt P., Aromaa A., Raitasalo R., Lehtinen V. Mental disorders and cause-specific mortality. *British J Psychiatry* (2001) V179, pp. 498-502;
- ⁵ Lahtinen E., Lehtinen V., Riikonen E., Ahonen J., ecc. Framework for promoting mental health in Europe. Hamina, 1999;
- ⁶ WHO: Prevention of mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options, Summary Report, Geneva, 2004;
- ⁷ WHO. 10 facts of mental health. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/
- ⁸ Psihiskās veselības aprūpe Latvijā, 2006. Statistikas gadagrāmata, SVA, 2007;
- ⁹ MK 15.09.2008. noteikumi Nr. 746 „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”;
- ¹⁰ World Health Report 2001. WHO, <http://www.who.int/whr/2001> ;
- ¹¹ „Vai Latvijā ārstē šizofrēniju?” Aptauja, Latvijas psihiatru asociācija, biedrība „Gaismas stars”, 2008, oktobris;
- ¹² Crisp A.H., Gelder M.G., Rix S., Meltzer H.I., Rowlands O.J. Stigmatisation of people with mental illnesses. *British J Psychiatry* (2000) V177, pp. 4-7;
- ¹³ Sabiedrības integrācijas aktuālākie aspekti, 2006. gada marts-maijs. SKDS, 2006;
- ¹⁴ Aptauja. Latvijas psihiatru asociācija, biedrība „Gaismas stars”, 2008. oktobris;
- ¹⁵ Appleby L. Breaking down barriers. Department of Health, London, UK, 2007;
- ¹⁶ Cilvēku ar intelektuālās attīstības traucējumiem tiesības: Izglītības un nodarbinātības pieejamība. Open Society Institute. Rīga, 2005;
- ¹⁷ Kāpiņa L., Žabko O., Koļesņikova K., Mihejeva V., Lemša S., Narodovska I. Cilvēku ar garīga rakstura traucējumiem iespējas darba tirgū. Sabiedrības integrācijas fonds, 2006;
- ¹⁸ Sullum J. Curing the Therapeutic State: Thomas Szasz interviewed by Jacob Sullum. Thomas Szasz on the Medicalization of American life. Reason 2000, <http://www.reason.com/news/show/27767.html> ;
- ¹⁹ M. Taube, I. Leimane-Veldmeijere. Konceptuālie risinājumi „Personu ar garīgiem traucējumiem un psihiskām slimībām nodarbinātības iespēju sekmēšana Latvijā”. Rīga, 2007;
- ²⁰ Leimane-Veldmeijere I., Veits U. Psihiatrijas pakalpojumu lietotāju vajadzības izvērtējums. Latvijas cilvēktiesību centrs, 2006;
- ²¹ Leimane I. Fona pētījums Cilvēku ar garīgās attīstības traucējumiem un garīgi slimu cilvēku interešu aizstāvības programmai. LCESC, 200;
- ²² Rīgas psihiatrijas un narkomānijas centra dati;
- ²³ Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata, 2006. VSMTVA, Rīga, 2007;
- ²⁴ PVO, Health for all datu bāze;
- ²⁵ Monitoringa ziņojums par slēgtajām iestādēm Latvijā, 2005. LCC, 2006;
- ²⁶ Grozījumi Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā. 14.06.2006;
- ²⁷ Psihosociālā darba vide. Rīga, 2003, 140.lpp;
- ²⁸ FINBALT. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2006. SVA, 2007;
- ²⁹ European Commission, Special Eurobarometer. Mental Well-being. Publication May 2006;
- ³⁰ Gender and women's mental health. http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/
- ³¹ MK 31.10.2006. noteikumi Nr. 899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”;
- ³² Alarti R., Kinner S., Najman J. M., Watt K., David G. Gender differences in the relationships between alcohol, tobacco and mental health in Patients attending an Emergency Department. *Alcohol & Alcoholism* V39, N5, pp. 463-469;
- ³³ Weitzman E. Poor Mental Health, Depression, and Associations With Alcohol Consumption, Harm, and Abuse in a National Sample of Young Adults in College. *JNMD* (2004) V192, N4, pp. 269-277;
- ³⁴ Ries R. Co-occurring Alcohol Use and Mental Disorders. *JCPsPh* (2006) V26, N6 pp. 1:S30-S36;
- ³⁵ <http://www.schizophrenia.com/family/>
- ³⁶ Qin P., Mortensen P.B., Agerbo E., Westergaard-Nielsen N., Eriksson T. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *British J Psychiatry* (2000) V177, pp. 546-550;
- ³⁷ National Suicide Prevention Strategy for England. Annual report 2007. National Institute for Mental Health in England, UK, 2008;
-

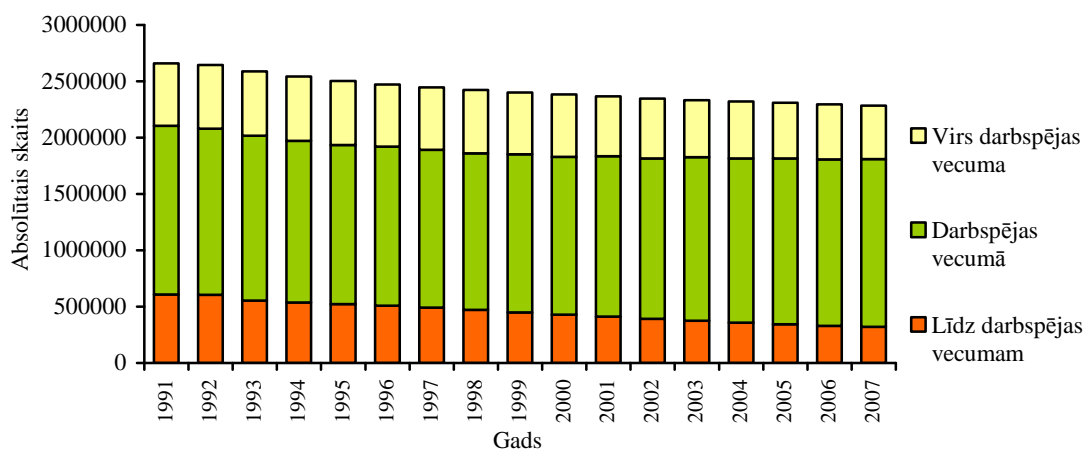
-
- ³⁸ Cheng A., Chen T., Chen Ch-Ch., Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *British J Psychiatry* (2000) V177, pp. 360-365;
- ³⁹ Blackmore E.R., Munce S., Weller I., Zagorski B., Stansfeld S.A., Stewart D.E., Caine E.D., Conwell Y. Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey. *British J Psychiatry* (2008) V192, pp. 279-284;
- ⁴⁰ Pablaka S., Pavloviča I., Taube M., Gerharde I. Diskusijas par pašnāvībām. 2005.gada 18. marts;
- ⁴¹ Waern M. Alcohol Dependence and Misuse in Elderly suicides. *Alcohol & Alcoholism* (2003) V38, N3, pp. 249-254;
- ⁴² Oyefeso A., Ghodse H., Clancy C., Corkery J.M. Suicide among drug addicts in the UK. *British J Psychiatry* (1999) V175, pp. 277-282;
- ⁴³ Carter G. Repeated self-poisoning: increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide. *British J Psychiatry* (2005) V186, pp. 253-257;
- ⁴⁴ Rossow I., Romelsjo A., Leifman H. Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle aged men: differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction* (1999) V94, 18, pp. 1199-1207;
- ⁴⁵ Garīgās veselības aprūpe Latvijā, 2005. Statistikas gadagrāmata, GVVA, 2006;
- ⁴⁶ Isometsa E.T., Lonnqvist J.K. Suicide attempts preceding completed suicide. *British J Psychiatry* (1998) V173, pp. 531-535;
- ⁴⁷ Anasseril E. D. Preventing Suicide in Prison: A Collaborative Responsibility of Administrative, Custodial, and Clinical Staff *J Am Acad Psychiatry Law* (2006) V34, N2, pp. 165-175;
- ⁴⁸ Metzner J.L. Class action litigation in correctional psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law*, V30, pp. 19-29;
- ⁴⁹ Duffy D., Lenihan S., Kennedy H.G. Screening prisoners for mental disorders. *Psychiatric Bulletin* (2003) V27, pp. 241-242;
- ⁵⁰ Štovers H., Lēmans M., Olsena S., Upmace I. u.c. Infekciju uzraudzība un profilakse Latvijas ieslodzījuma vietās. SVA, 2007;
- ⁵¹ White T.W., Schimmel D.J., Frickey R. A comprehensive analysis of suicide in federal prisons: a fifteen-year review. *J Correct Health Care* (2002) V9, pp. 321-45;
- ⁵² Hurley W. Suicides by prisoners. *Med J Aust* (1989) V151, pp.188-90;
- ⁵³ The history of gambling. <http://www.gypsyware.com> ;
- ⁵⁴ Cunningham-Williams R.M., Cottler L.B. Taking chances: Problem Gamblers and Mental Health Disorders - results from the St. Louis Epidemiologic Catchment area study. *AJPH*, V88, N7, pp. 1093-1096;
- ⁵⁵ Gambling and Problem gambling in Sweden. Report No. 2. National Institute of Public Health, 1999;
- ⁵⁶ Potenza M. N., Steinberg M. A., McLaughlin etc. Gender-Related Differences in the Characteristics of Problem Gamblers Using a Gambling Helpline. *AJPH*, V158, N9, pp. 1500-1505;
- ⁵⁷ Burge A. N., Pietrzak R. H., Molina C. A. Age of gambling initiation and severity of gambling and health problems among older adult problem gamblers. *AJPH*, V55, N12, pp 1437-1439;
- ⁵⁸ Vitaro F., Arseneault L., Tremblau E. R. Dispositional Predictors of Problem Gambling in Male Adolescents. *AJPH*, V54, N12, pp 1769-1770;
- ⁵⁹ Atkarību izraisīto vielu lietošanas izplatība un sekas Latvijā. SVA, 2007;
- ⁶⁰ Petry M. N., Armentano C. Prevalence, Assessment, and Treatment of Pathological Gambling: A Review. *Psychiatric Services*, V50, N8, pp 1021-1027;
- ⁶¹ Hall G.W., Carriero N. J., Takushi R. Y. Pathological Gambling Among Cocaine-Dependent Outpatients. *AJPH*, V157, pp 1127-1133;
- ⁶² Afifi T. O., Cox B. J., Sareen J. Gambling-Related Problems Are Chronic and Persist for the Majority of Individuals With a Lifetime Diagnosis of Pathological Gambling. *AJPH*, V163, N7, pp 1297;
- ⁶³ Azartspēļu un izložu likums. 17.11.2005;
- ⁶⁴ Izložu un azartspēļu uzraudzības inspekcija. <http://www.iaui.gov.lv> ;
- ⁶⁵ Sabiedrības attieksme pret azartspēlēm. SKDS, 2006;
- ⁶⁶ Huessmann L. R. The Impact of Electronic Media Violence: Scientific Theory and Research. *Journal of Adolescent Health*. Dec 2007, pp S6-S13;
- ⁶⁷ Koroļeva I., Rungule R., Sniķere S., Trapencieris M. Jauno tehnoloģiju atkarības izplatība jauniešu vidū Rīgā. Rīgas Narkomānijas un Profilakses centrs, 2004;
- ⁶⁸ Television watching, videogames, and excess of body fat in Spanish adolescents: The AVENA study. AVENA Study Group. Epub 2008 May 9;
- ⁶⁹ Block J. J. Issues for DSM-V: Internet Addiction. *Am J Psychiatry* (March 2008) V165, pp 306-307;
- ⁷⁰ Konference „Vardarbības izpausmes medijos: cēloņi un sekas”. Rīga, 2007. gada 30. novembris;
- ⁷¹ Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija. 10. redakcija. Rīga, 1996;
- ⁷² Byrne P., Jones S., Williams R. The association between cannabis and alcohol use and the development of mental disorder. *Curr Opin Psy* (2004) V17, N4, pp 255-261;
-

-
- ⁷³ Mērķis: narkotikas. Saslimstība ar blakusslimībām – narkotiku lietošana un garīgie traucējumi. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs, 3/2004;
- ⁷⁴ Iekšlietu ministrijas Valsts policija <http://www.vp.gov.lv>
- ⁷⁵ Modestin J., Ammann R. Mental disorders and criminal behaviour. *British J Psychiatry*, V166, pp 667-675;
- ⁷⁶ Hodgins S., Janson C. G. Criminality and Violence Among the Mentally Disordered: The Stockholm Project Metropolitan. New York, Cambridge University Press, 2002;
- ⁷⁷ Reģionālie pētījumi par bezdarbnieku sociālpsiholoģisko portretu. NVA, 2006;
- ⁷⁸ Ceļu satiksmes negadījumu skaits 2007.gada mēnešos, tai skaitā vismaz viens vadītājs alkohola reibumā. <http://www.csdd.lv>
- ⁷⁹ Niemelä S.M., Sourander A., Poikolainen K., Elonheimo H., Helenius H., Sillanmäki L., Multimäki P., Parkkola K. Adaptive functioning, psychopathology and service use among 18-year-old boys with drunkenness-related alcohol use. *Alcohol & Alcoholism* V41, N2, pp. 143-150;
- ⁸⁰ European Commission, Special Eurobarometer. Attitudes towards Alcohol. Publication March 2007;
- ⁸¹ <http://ec.europa.eu/health>
- ⁸² Komisijas paziņojums par ES stratēģiju dalībvalstu atbalstam alkohola radītā kaitējuma mazināšanai. ES stratēģija dalībvalstu atbalstam alkohola radītā kaitējuma mazināšanai. EK, 2006;
- ⁸³ Alkohols Eiropā. EK informatīvs ziņojums. Tulkojums – Narkoloģijas valsts aģentūra, 2006;
- ⁸⁴ Situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā. 2007. gada ziņojums. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs, 2008;
- ⁸⁵ Alcohol. Facts and figures. http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/index.html
- ⁸⁶ Mátyássy A., Kelemen O., Sárközi Z., Janka Z., Köri Sz. Recognition of complex Mental states in patients with alcoholism after long-term abstinence. *Alcohol & Alcoholism* V41, N5, pp. 512-514;
- ⁸⁷ Kuntsche S., Gmel G., Knibbe R.A., Kuendig H., Bloomfield K., Kramer S., Grittner U. Gender and cultural differences in the association between family roles, social stratification, and alcohol use: a european cross-cultural analysis. *Alcohol & Alcohol*, Oct/Nov 2006; V41, pp. i37-i46;
- ⁸⁸ Mäkelä P., Gmel G., Grittner U, Kuendig H., Kuntsches S., Bloomfield K., Room R. Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol & Alcohol* Oct/Nov 2006, V41, pp. i8-i18;
- ⁸⁹ Mājsaimniecību budžeta pētījums. CSP, 2007;
- ⁹⁰ Green C. A., Perrin N. A., Polen M. R. Gender Differences in the Relationships Between Multiple Measures of Alcohol Consumption and Physical and Mental Health. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* (2004) V28, N5, pp. 754-764;
- ⁹¹ Astley S. J., Bailey D., Talbot Ch., Clarren S. K. Fetal alcohol syndrome (FAS) primary prevention through FAS diagnosis: II. A comprehensive profile of 80 birth mothers of children with FAS. *Alcohol & Alcoholism* (2000) V35, N5, pp. 509-519;
- ⁹² European Commission, Special Eurobarometer. Young people and drugs among 15-24 year-olds. Publication May 2008;
- ⁹³ Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība skolēnu vidū. SPI, SVA, 2007;
- ⁹⁴ CSP dati. <http://data.csb.gov.lv/Dialog/Saveshow.asp>
- ⁹⁵ Health in Prisoners. Alcohol psychosis incidence per 100 000 prisoners. <http://data.euro.who.int>
- ⁹⁶ Committee on National Alcohol Policy and Action. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/alcohol_policyaction_en.htm
- ⁹⁷ Other psychoactive substances. Facts and figures. http://www.who.int/substance_abuse/facts/en/
- ⁹⁸ Johns A. Psychiatric effects of cannabis. *British J Psychiatry* (2001) V178, pp. 116-122;
- ⁹⁹ Menezes P.R., Johnson S., Thornicroft G., Marshall J., Prosser D., Bebbington P., Kuipers E. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *British J Psychiatry* V168, pp. 612-619;
- ¹⁰⁰ Weaver T., Madden P., Charles V., Stimson G., Renton A. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British J Psychiatry*, V183, pp. 304-313;
- ¹⁰¹ Bakken K., Landheim A.S., Vaglum P. Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol & Alcoholism* V38, N1, pp. 54-59;
- ¹⁰² Dual diagnosis in mental health inpatient and day hospital settings. Department of Health, London, UK, 2006;
- ¹⁰³ Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2007. VSMTVA, 2008;
- ¹⁰⁴ Valsts policijas 2008. gada I pusgada pārskats narkotiku apkaršanas jomā. IeMVP, 2008;
- ¹⁰⁵ Narkotiku lietošana izklaides vietās. SVA, 2008;
- ¹⁰⁶ Valsts policijas 2007. gada darbības pārskats. VP, 2007;
- ¹⁰⁷ Health in Prisoners. Procents using illicit drugs. <http://data.euro.who.int>
- ¹⁰⁸ Vadlīnijas par HIV infekciju un AIDS cietumos. PVO, 1993;
-

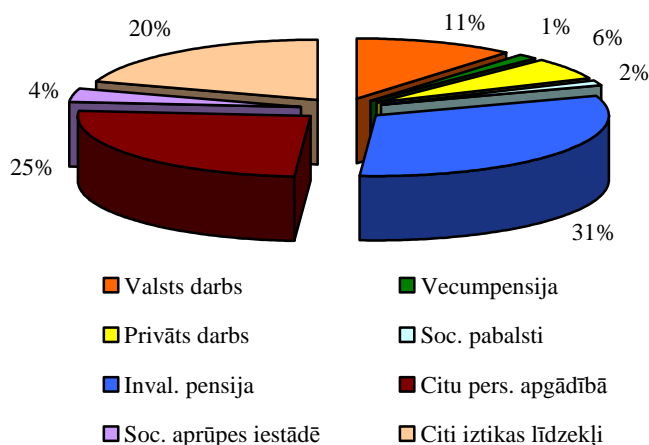
-
- ¹⁰⁹ MK 24.09.2002. noteikumi Nr. 429 „Alkoholisma, narkomānijas un toksikomānijas slimnieku ārstēšanas kārtība”;
- ¹¹⁰ MK 01.01.2007. noteikumi Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas noteikumi”;
- ¹¹¹ Hulse G.K., English D.R., Milne E., Holman C.D.J. The quantification of mortality resulting from the regular use of illicit opiates. *Addiction* (1999) V94, I2, pp: 221-229;
- ¹¹² Eiropas sērija Veselība visiem Nr.6. PVO Eiropas reģionālais birojs, Kopenhāgena, 1999;
- ¹¹³ Sabiedrības veselības stratēģija. MK 06.03.2001. sēdes protokols Nr.43;
- ¹¹⁴ Ārstniecības likums. LR Saeima, 01.07.1997;
- ¹¹⁵ MK 06.08.2008. noteikumi Nr. 468 „Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009-2014. gadā”;
- ¹¹⁶ Likums „Par narkotisko un psihotropo vielu likumīgās aprites kārtību”. LR Saeima, 06.06.1996;
- ¹¹⁷ Likums „Alkoholisko dzērienu aprites likums”. LR Saeima, 22.04.2004;
- ¹¹⁸ Likums „Par izložu un azartspēļu nodevu un nodokli”. LR Saeima, 16.06.1994;
- ¹¹⁹ Likums. „Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums”. LR Saeima, 31.10.2002;
- ¹²⁰ Saeimas dok. Nr.5007; likumprojekts Nr.1408, 01.10.2002;
- ¹²¹ Saeimas dok. Nr.5006; likumprojekts Nr.1408, 01.10.2002;
- ¹²² Saeimas dok. Nr.5010; likumprojekts Nr.1411, 01.10.2002;
- ¹²³ Invaliditātes likums, likumprojekts, 09.09.2008;
- ¹²⁴ Likums „Patērētāju tiesību aizsardzības likums”. LR Saeima, 01.04.1999;
- ¹²⁵ MK 17.08.2005. rīkojums Nr. 559 „Narkotisko un psihotropo vielu atkarības un izplatības ierobežošanas un kontroles valsts programma 2005.-2008. gadam”;
- ¹²⁶ EU drugs strategy (2005-2012). General Secretariat of European Council, EU, 15074/04, Brussels, 22 November 2004;
- ¹²⁷ Principi garīgi slimu personu aizsardzībai un garīgās veselības aprūpes uzlabošanai. ANO ģenerālā asambleja, 1991. gada 17. decembra rezolūcija 46/119;
- ¹²⁸ Mental Health declaration for Europe. WHO European Ministerial Conference on Mental Health Facing the Challenges, Building Solutions Helsinki, Finland, 12-15 January, 2005;
- ¹²⁹ Mental Health action plan for Europe. 2005-2010. WHO European Ministerial Conference on Mental Health Facing the Challenges, Building Solutions Helsinki, Finland, 12-15 January, 2005;
- ¹³⁰ Strengthening mental health promotion. WHO, Geneve, 2001;
- ¹³¹ Recommendations from the World report on violence and health. WHO, Helsinki, 2003;
- ¹³² Promoting Mental Health. Concepts, emerging evidence, practice. WHO, 2005;
- ¹³³ Improving Mental Health Information in Europe. Proposal of the MINDFUL Project. EU, Helsinki, 2006;
- ¹³⁴ Knapp M., McDavid D., Mossialos E., Thornicroft G. Mental Health Policy and Practice across Europe. The Future direction of mental health care. <http://www.euro.who.int/document/E89814.pdf> ;
- ¹³⁵ The conference established a Mental Health Declaration for Europe and a Mental Health Action Plan for Europe, both for the WHO European Region. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005> ;
- ¹³⁶ Zaļā grāmata. Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana veidojot ES stratēģiju par garīgo veselību. Eiropas kopienu komisija, Brisele, 2005;
- ¹³⁷ Birmingham L. The mental health of prisoners. *Advances in Psychiatric Treatment* (2003) V9, pp. 191-199;
- ¹³⁸ Rancans E. Suicidal Behaviours in Latvia 1980-2000. Umea, 2001.

PIELIKUMI

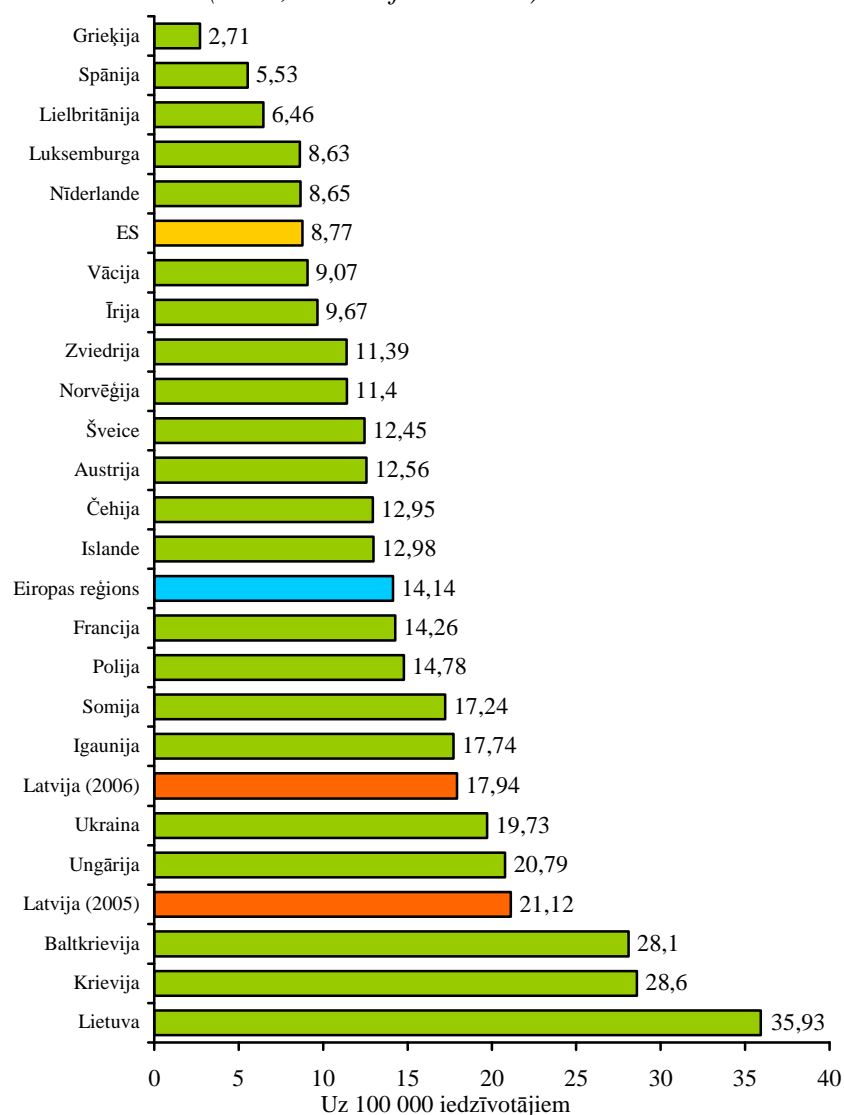
1. attēls. Pastāvīgo iedzīvotāju vecuma grupas gada sākumā, absolūtos skaitļos
(CSP dati)



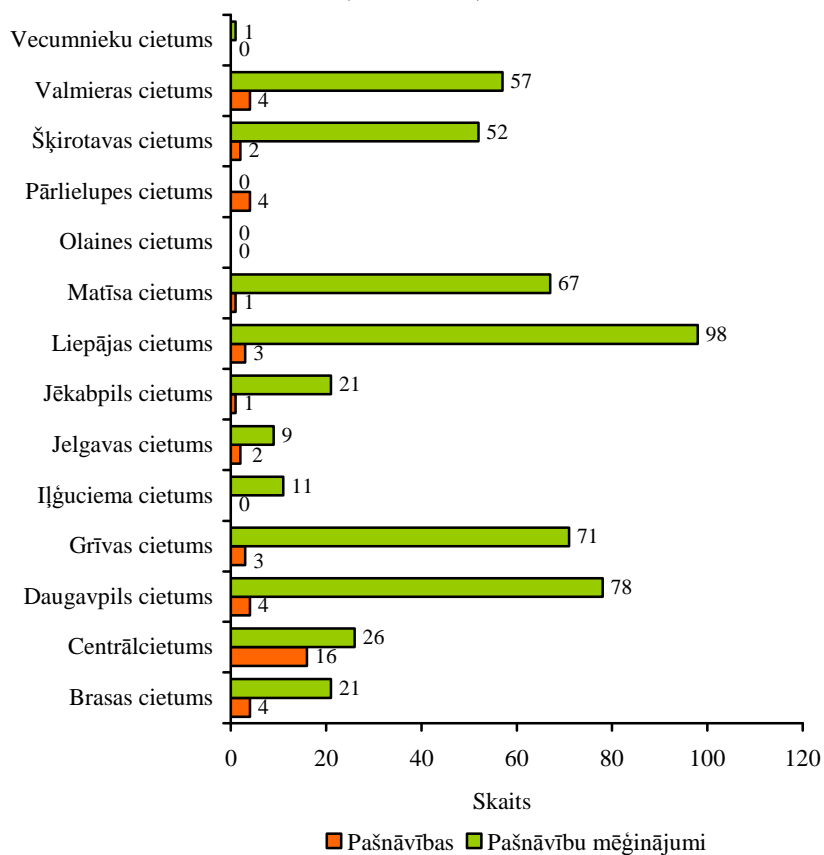
2. attēls. Pacientu ar garīgās veselības traucējumiem pamatiztikas avoti vecuma grupā 15-64 gadi, 2007. gads, procentos
(RPNC dati)



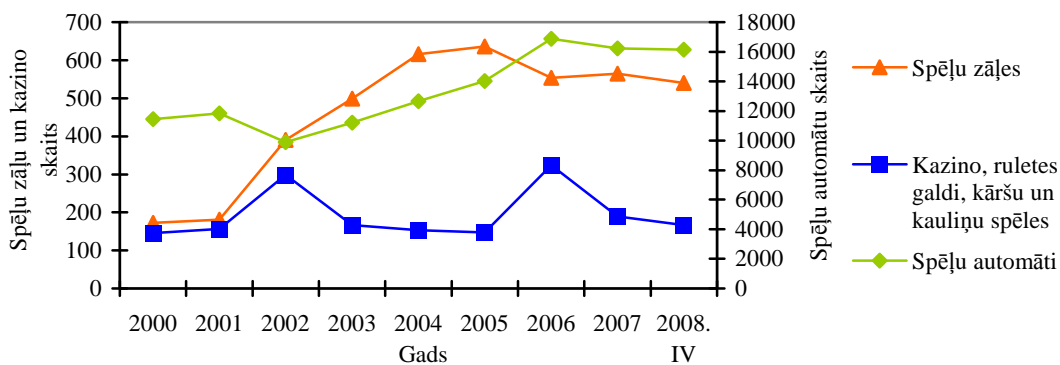
3. attēls. Standartizētā mirstība no pašnāvībām Eiropā un Latvijā, 2005. gads, vecuma grupā 0-64 gadi, uz 100 000 iedzīvotājiem
(PVO, Health for all dati)



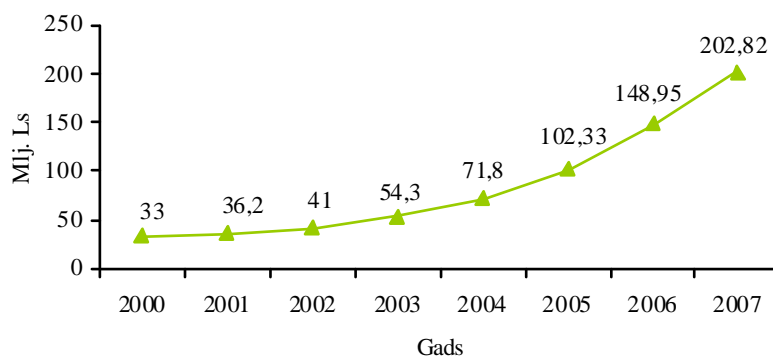
4. attēls. Pašnāvības un pašnāvību mēģinājumi ieslodzījuma vietās no 1999.-2003. gadam, absolūtais skaits
(IeVP dati)



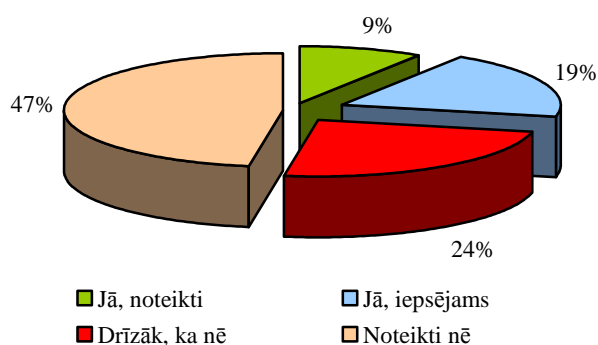
5. attēls. Spēļu zāļu un spēļu automāti, absolūtais skaits
(IAUI dati)



6. attēls. Kopējais azartspēļu nozares apgrozījums, miljonos latu
(IAUI dati)



7. attēls. Respondentu atbildes uz jautājumu *Kā jūs domājat, vai augstākas alkoholisko dzērienu cenas atturēs gadus jaunus, kā arī regulāros alkohola lietotājus no alkohola lietošanas?*, īpatsvars procentos, 2006. gads
(Eurobarometer dati)



8. attēls. Pirmreizēji reģistrētās atkarības izraisīto psihoaktīvo vielu struktūra iedzīvotājiem vecuma grupā 15-64 gadi, 2007. gadā, procentos
(SVA dati)

