

Psihiatriskās un narkoloģiskās aprūpes atbalsta pasākumu uzlabošanas plāns

Priekšizpētes gala ziņojums un priekšlikumi valsts plāna izstrādei

Sagatavots, apkopojot pacientu, pacientu tuvinieku, pacientu un atbalsta organizāciju, valsts pārvaldes,
ekspertu, ārstu un ārstniecības personāla perspektīvas

Ziņojuma autori:

Mārtiņš Daugulis, Dr.sc.pol.

Renāte Grudule

Analītikas un vadības grupa "PowerHouse Latvia"

2026

Dokumenta uzbūve

Šis ziņojums ir strukturēts kā priekšizpētes dokuments, kas palīdz pāriet no pieredzes un problēmu apraksta uz īstenojamu uzlabojumu plānu. Tas nav veidots kā formāls normatīvā akta projekts, bet kā kvalitatīvi pamatots rīcībpolitikas un pakalpojumu dizaina materiāls, kuru var izmantot, izstrādājot nākamo valsts līmeņa psihiatriskās un narkoloģiskās aprūpes attīstības plānu.

1. Kā lietot šo dokumentu? - ziņojuma statuss, lietošanas mērķis un interpretācijas principi.
2. Metodoloģiskais pamats un avotu loģika - kādi materiāli izmantoti un kā tie lasāmi.
3. Vadības kopsavilkums - galvenās sistēmiskās atziņas un prioritārie priekšlikumi.
4. 1. nodaļa. Pacientu balss - problēmu raksturojums.
5. 2. nodaļa. Risinājumi un priekšlikumi.
6. Īstenošanas ceļa karte 2026-2028. gadam.
7. Pielikums. Ārstu domnīcas darba lapu satura pārveide politikas valodā.
8. Izmantotie priekšizpētes materiāli un konceptuālās atsaucēs.

Izpēti organizēja Valsts kanceleja sadarbībā ar Veselības ministriju. Valsts kanceleja atbalstu sniedza no valsts budžeta līdzekļiem, īstenojot Latvijas Piekto nacionālo atvērtās pārvaldības rīcības plānu 2022.–2025. gadam. Priekšizpētes rezultāti iesaistītajām un ieinteresētajām pusēm tika prezentēti 2026.gada jūnijā (2. pielikuma pievienota prezentācija). Par secinājumiem izveidots arī raidieraksts – tas pieejams Latvijas Vēstneša veidotajā raidierakstu sērijā “Kā likums!”, plašāk - <https://lhpportals.lv/viedokli/391949-par-jaunu-pieju-veselibas-politikas-planosana-vai-taps-psihisko-saslimsanu-un-atkaribu-pacienta-cela-karte-2026>

Kā lietot šo dokumentu?

Šis dokuments ir priekšizpēte pirms jauna valsts līmeņa plāna izstrādes psihiatriskās un narkoloģiskās aprūpes atbalsta pasākumu pilnveidei. Tā uzdevums nav aizstāt esošo ārstniecisko pakalpojumu pieejamības un kvalitātes analīzi, finanšu aprēķinus vai normatīvā regulējuma ekspertīzi. Tā uzdevums ir sakārtot dažādu iesaistīto pušu pieredzi vienotā politikas loģikā: ko cilvēki un speciālisti redz kā sistēmas pārrāvumus, kur pacienta ceļš kļūst neskaidrs, kur atbildība tiek pārliekta no vienas iestādes uz citu, un kādi risinājumi būtu jāiekļauj nākamajā plānošanas ciklā.

Ziņojums respektē visu iesaistīto subjektīvās perspektīvas. Pacientu, tuvinieku, NVO, ārstu, psihologu, sociālās jomas un valsts pārvaldes pārstāvju balsis nav jālasa kā savstarpēji konkurējošas patiesības. Tās drīzāk veido daudzslāņainu karti, kurā katra perspektīva izgaismo citu sistēmas posmu. Pacients visbiežāk redz ceļu kā gaidīšanu, neziņu, kaunu un nepieciešamību meklēt cilvēku, kurš palīdz saprast nākamo soli. Tuvinieks redz aprūpes slogu, krīzes situāciju trauksmi un jautājumu, ko darīt brīdī, kad simptomi pastiprinās. Ārsts redz klīnisko atbildību, juridisko risku, nepietiekamu laiku un resursus. Sociālā joma redz ikdienas funkcionēšanu, nabadzības, ģimenes, mājokļa un atbalsta tīkla jautājumus. NVO redz cilvēkus pirms un pēc medicīniskās aprūpes, bieži tur, kur publiskā sistēma vēl nav klātesoša vai vairs nav klātesoša.

Tādēļ dokuments jāizmanto kā sistēmas dizaina materiāls. Tas palīdz noteikt, kādam jābūt pacienta ceļam no pirmā signāla līdz krīzes novēršanai, ārstēšanai, rehabilitācijai un dzīvei kopienā. Ar pacienta ceļu tiek saprasts cilvēka kā sistēmas/pakalpojuma lietotāja ceļš, ietverot viņa biopsihosociālo pieredzi – tai skaitā ārpus tiešās ārstēšanas. Tajā ietvertie priekšlikumi nav tikai jaunu pakalpojumu saraksts. Tie ir arī pārvaldības, sadarbības, finansēšanas, kompetenču un atbildības sadalījuma priekšlikumi. Ja tos izmantos tikai kā ideju katalogu, risks būs atkārtot iepriekšējo plānu problēmu - labas ieceres bez finansējuma, bez īstenošanas mehānisma un bez mērījuma, vai cilvēks reāli saņēma palīdzību.

Dokumenta kopējā filozofija balstās integrētas veselības aprūpes un cilvēkcentrētas aprūpes principos. Psihiskās veselības un atkarību jomā pacienta ceļš nesākas un nebeidzas vienā punktā. Tas nebeidzas ar diagnozi, recepti, izrakstu no stacionāra vai īslaicīgu sociālā dienesta lēmumu. Tas virzās caur klīniku, ģimeni, skolu, darba vidi, kopienas, pašvaldību, tiesiskās aizsardzības mehānismiem, NVO un dažkārt arī probācijas vai policijas sistēmu. Ja šie posmi nav savienoti, cilvēks bieži nonāk starp institūcijām: medicīna norāda uz sociālo jomu, sociālā joma prasa ārsta atzinumu, izglītības vide ignorē rekomendācijas, bet ģimene paliek viena ar krīzi.

Tikpat svarīgs ir princips, ka apmierināts un drošs patients nav iespējams bez atbalstīta personāla. Psihiatrijā un narkoloģijā personāla laiks, drošība, emocionālā noturība un profesionālais statuss ir ārstēšanas kvalitātes daļa. Ja ārsta laiks tiek pirktas zem reālajām izmaksām, ja māsām un ārstniecības atbalsta personām nav skaidra loma, ja psihologi un psihoterapeiti nav pietiekami integrēti sistēmā, bet sociālie darbinieki ir zemu novērtēti un pārslodzē, tad arī pacienta ceļš kļūst fragmentēts. Personāla labbūtība šeit nav atsevišķs HR jautājums, bet pacienta drošības un pakalpojuma kvalitātes priekšnoteikums.

Ziņojumu ieteicams lietot trīs līmeņos. Pirmajā līmenī tas ir problēmu karte - tas parāda, kā cilvēki piedzīvo sistēmu un kur tā zaudē nepārtrauktību. Otrajā līmenī tas ir plānošanas rāmis - tas pārveido problēmas rīcības virzienos un norāda, kur nepieciešama kartēšana, pilotēšana, finansēšana, normatīvā sakārtošana vai starpinstitucionāla sadarbība. Trešajā līmenī tas ir uzraudzības materiāls - tas palīdz definēt, kā būtu jāmēra plāna progress: ne tikai pēc aktivitāšu skaita, bet arī pēc tā, vai cilvēkam ir saprotams ceļš, vai ir pieejams atbalsts pirms un pēc ārstēšanas, vai ģimene zina, ko darīt krīzē, un vai profesionāļiem ir resursi sadarbīties.

Metodoloģiskais pamats un avotu loģika

Priekšizpētē apkopotu vairāki kvalitatīvi avoti: deviņas dziļās intervijas ar pacientiem, piecas dziļās intervijas ar pacientu tuviniekiem, pacientu un atbalsta organizāciju fokusgrupa, valsts pārvaldes un ekspertu darbnīca, ārstu fokusgrupa un individuāli ārstniecības personu, psihologu un psihoterapijas virzienu pārstāvju komentāri. Materiāli nav jāinterpretē kā reprezentatīva aptauja. To vērtība ir cita: tie ļauj ieraudzīt sistēmas pieredzes

punktus, kuri kvantitatīvajos rādītājos bieži paliek neredzami - neziņu, gaidīšanu, uzticēšanās zudumu, atbildības pārlīkšanu, bailes, stigmatu un profesionāļu pārslodzi.

Pacientu un tuvinieku intervijas tika mērķtiecīgi virzītas uz cilvēkiem, kuriem ir bijusi intensīva pieredze ar smagiem gadījumiem. Tas nozīmē, ka šis materiāls apzināti izgaismo sistēmas robežsituācijas, nevis vidējo pieredzi. Šāda pieceja priekšizpētē ir pamatota, jo tieši smagie gadījumi vislabāk parāda, vai sistēma spēj nodrošināt nepārtrauktību, sadarbību un elastību. Ja sistēma strādā tikai vieglos gadījumos, bet zaudē cilvēku smagākos gadījumos, tad plāna līmenī jāstiprina tieši starpposmi, krīzes mehānismi un atbalsts pēc akūtās aprūpes.

Pacientu un NVO fokusgrupa papildina individuālās intervijas ar kopienas perspektīvu. Tajā īpaši parādās doma par NVO kā tiltu pirms medicīniskās aprūpes, tās laikā un pēc tās. NVO apraksta ne tikai palīdzības sniegšanu, bet arī uzticēšanās veidošanu, motivēšanu, pacientu un “izdzīvojušo” iesaisti, sociālo piederību un atbalstu brīžos, kad cilvēks vēl nav gatavs formālai ārstēšanai vai jau ir izrakstīts, bet nav atgriezies stabilā ikdienā.

Ekspertu un valsts pārvaldes darbnīca izgaismo starpinstitucionālo sadarbību, bērnu un jauniešu vajadzības, piespiedu un brīvprātīguma robežjautājumus, probācijas, policijas, bāriņtiesas, pašvaldību un ārstniecības sistēmas kontaktpunktus. Šajā materiālā īpaši nozīmīgs ir secinājums, ka daudzi risinājumi uz papīra pastāv, bet to savienojums cilvēka dzīvē nedarbojas. Pakalpojums, kurš nav piesaistīts nākamajam solim, nenodrošina atveseļošanos; tas tikai uz laiku apstādina krīzi.

Ārstu fokusgrupa un darba lapas parāda aprūpes iekšējo realitāti: birokrātiju, speciālistu trūkumu, juridisko neaizsargātību, nepietiekamu finansējumu, kompensējamo zāļu un nemedikamentozu terapiju pieejamības ierobežojumus, grūtības sadarboties ar sociālajiem dienestiem un izglītības sektoru. Šajā ziņojumā ārstu darba lapas nav atstātas kā neapstrādāts pielikums; tās pārveidotas par rīcībpolitikas valodu un integrētas priekšlikumu sadaļā.

Konceptuāli ziņojums balstās Pasaules Veselības organizācijas cilvēkcentrētas un integrētas aprūpes domāšanā, kā arī kopienā balstītu, tiesībās balstītu psihiskās veselības pakalpojumu attīstības virzienā. Tas nozīmē, ka uzmanības centrā nav tikai diagnoze vai iestādes funkcija, bet cilvēka vajadzības visā dzīves un aprūpes ceļā, tostarp pieejamība, līdzdalība, nepārtrauktība, drošība, sociālā iekļaušana, tiesību aizsardzība un pakalpojumu koordinācija.

Vadības kopsavilkums

Priekšizpētes galvenā atziņa ir tāda, ka psihiatriskās un narkoloģiskās aprūpes problēmas Latvijā nav reducējamas tikai uz atsevišķu pakalpojumu nepietiekamību. Tās veidojas kā sistēmas nepārtrauktības problēma. Cilvēks, kuram nepieciešama palīdzība, bieži sastopas ar atsevišķiem profesionāļiem, atsevišķām iestādēm un atsevišķiem projektiem, bet nesaņem skaidru ceļu. Krīzē cilvēks un ģimene nezina, kas jādara; pēc stacionāra nav pietiekamas rehabilitācijas; atkarību gadījumos trūkst tilta starp motivāciju un pieejamu pakalpojumu; bērnu un jauniešu gadījumos sistēma nereti reaģē tikai tad, kad sekas jau ir smagas.

BŪTISKA PIEZĪME – ja citās ārstniecības jomās pacients pašvadīti uzņemas atbildību par sevis virzīšanu cauri pakalpojumu “džungļiem”, tad psihisko salimšanu un/vai atkarību slimību gadījumā kontekstā šāds mehānisms nestrādā.

Otrā galvenā atziņa ir par pacienta balss institucionālo vājumu. Materiāli rāda, ka pacienti un NVO bieži tiek iesaistīti epizodiski, nevis kā pastāvīgi plānošanas partneri. Tajā pašā laikā tieši pacientu, tuvinieku un “izdzīvojušo” pieredze ļauj ieraudzīt, kā sistēma tiek apieta, kā cilvēki zaudē motivāciju un kas viņiem palīdz uzticēties. Nākamajā valsts plānā pacientu un NVO iesaiste jānostiprina kā regulāra pārvaldības funkcija, nevis kā konsultācija plāna izstrādes beigās.

Trešā atziņa ir par starpsektoru plaisām. Psihiskās veselības un atkarību jomā nav iespējams nodalīt medicīnisku, sociālu, izglītības, tiesisku un kopienas jautājumu. Tieši tāpēc sistēma bieži nestrādā: katra nozare dara “savu”, bet cilvēka vajadzība atrodas starp nozarēm. Ārsti norāda, ka ar ārstniecību mēģina risināt sociālas problēmas;

sociālā joma norāda, ka bez ārstu atzinumiem nevar aktivizēt atbalstu; izglītības vide ne vienmēr ievieš rekomendācijas; policija un probācija redz cilvēkus atkārtotās krīzēs, bet nesaņem pietiekamu informāciju un atbalstu.

Ceturta atziņa ir par ambulatorās un kopienā balstītās aprūpes nepietiekamu attīstību. Psihiatriju sabiedrībā un plānošanā joprojām mēdz uztvert kā stacionāru, lai gan lielākā ārstēšanas un atbalsta daļa notiek vai tai būtu jānotiek ambulatori un kopienā. Tas nozīmē dienas stacionārus, agrīnās intervences programmas, ilgāku pārejas atbalstu pēc stacionāra, pacientu atbalsta grupas, ģimeņu psihoizglītošanu, sociālo rehabilitāciju, peer mentorēšanu un koordinētu gadījuma vadību.

Piektā atziņa ir par personāla un pakalpojumu kvalitātes savstarpējo sasaisti. Ārstu, māsu, psihologu, psihoterapeitu, sociālo darbinieku un citu speciālistu trūkums nav tikai cilvēkresursu skaitīšanas problēma. Tā ir darba organizācijas, atalgojuma, drošības, profesionālā statusa, komandas dizaina un pakalpojuma apmaksas problēma. Ja ārsta laiks nav pietiekams, ja māsām nav skaidra paplašināta loma, ja psihologi nav pietiekami integrēti medicīnas sistēmā, bet sociālie darbinieki nav atzīti kā pilnvērtīgi komandas locekļi, tad aprūpe kļūst fragmentēta un dārga.

Sestā atziņa attiecas uz atkarību un narkoloģijas jomu. Materiālos konsekvēnti parādās, ka narkoloģija ir mazāk attīstīta, mazāk finansēta un vairāk stigmatizēta nekā psihiatrija kopumā. Tiek uzsvērta duālo diagnožu problēma, nepietiekama rehabilitācija, nepietiekams valsts apmaksātu pakalpojumu klāsts, zāļu kompensācijas jautājumi un nepieciešamība modernizēt atkarību ārstēšanas modeļus. Atkarību aprūpe jāskata nevis kā atsevišķa, morāli interpretēta joma, bet kā pilnvērtīga veselības aprūpes un sabiedrības veselības prioritāte – atkarību psihiatrijas virzienā.

Ziņojuma priekšlikumi koncentrējas uz desmit rīcības virzieniem: pakalpojumu kartēšanu un vajadzību segmentēšanu; pacienta ceļa algoritmiem vieglā valodā; gadījuma vadības un koordinatoru funkcijas ieviešanu; multidisciplināru komandu attīstību; ambulatorās, dienas stacionāru un rehabilitācijas aprūpes stiprināšanu; atkarību ārstēšanas modernizāciju; NVO un līdzbiedru mentoru integrāciju; personāla drošību un darba slodzes standartu; zāļu un nemedikamentozu terapiju pieejamības uzlabošanu; plāna ieviešanas uzraudzību ar regulāru starpinstitucionālu pārvaldību.

Galvenais politikas vēstījums

Nākamajam plānam jābūt nevis aktivitāšu sarakstam, bet pacienta ceļa pārvaldības instrumentam. Katrā rīcības virzienā jābūt skaidram: kādu cilvēka vajadzību tas risina, kurš ir atbildīgs, kā tiek nodrošināta sadarbība, kāds ir finansējums, kā mērīs rezultātu un kā pacients vai tuvinieks saprot nākamo soli.

1. nodaļa. Pacientu balss - problēmu raksturojums

1.1. Pacienta ceļš kā sistēmas tests

Pacientu balss šajā priekšizpētē nav jāuztver tikai kā emocionāla ilustrācija. Tā ir sistēmas kvalitātes pārbaude. Psihiskās veselības un atkarību jomā cilvēks nereti nonāk aprūpē brīdī, kad viņa spēja orientēties, uzticēties, pieņemt lēmumus un organizēt praktiskus soļus ir samazināta. Tādēļ sistēmas kvalitāti nosaka ne tikai tas, vai valstī formāli pastāv psihiatrs, narkologs, stacionārs vai sociālais pakalpojums. To nosaka tas, vai cilvēks un viņa tuvinieki konkrētā brīdī saprot, kam zvanīt, kur iet, ko sagaidīt, kas viņus koordinē un kas notiek pēc pirmā kontakta.

Materiālos atkārtoti parādās neskaidra ceļa pieredze. Pacients var būt “vēl ne Tvaika ielas pacients”, bet jau ar pazīmēm, kas saasina stāvokli; ģimene var redzēt, ka notiek paasinājums, bet nezināt, vai saukt neatliekamo palīdzību, meklēt ģimenes ārstu, psihiatru, krīzes tālruni, sociālo dienestu vai NVO. Šajā posmā sistēmai jābūt visredzamākajai, bet praksē tā bieži ir visneskaidrākā. Tieši agrīnais, ambulatorais un pirmskrīzes posms kļūst par vietu, kur cilvēks var tikt “pazaudēts”.

Pacienta ceļš atklāj arī to, ka pakalpojumu pieejamība un pakalpojumu saprotamība ir divas dažādas lietas. Pakalpojums var pastāvēt, bet, ja cilvēks nezina, ka tas pastāv, ja speciālists nezina, kam nosūtīt, ja kritēriji nav skaidri vai ja jāizpilda birokrātiski priekšnoteikumi, tas praktiski nav pieejams. Pacientu un tuvinieku pieredzē būtiska ir nevis tikai rinda, bet arī neziņa: kurš ir nākamais solis, vai šis speciālists palīdzēs, vai būs nosodījums, vai ģimenes ārsts saprātis, vai mazpilsētā anonimitāte tiks saglabāta.

Svarīga priekšizpētes atziņa ir, ka ceļš pats par sevi ir rezultāts. Ja cilvēks tiek izvests cauri sistēmai, ja viņam ir cilvēks vai komanda, kas palīdz koordinēt soļus, ja ģimene saprot, ko darīt paasinājuma gadījumā, tad ārstēšanas iespējamība pieaug. Ja ceļš ir neskaidrs, tad pat labs klīniskais pakalpojums var palikt nepietiekams. Pacients var netikt līdz pakalpojumam, var atteikties no terapijas, var pārtraukt medikamentus, var atgriezties vidē, kur slimība vai atkarība pastiprinās, vai var tikt stigmatizēts tā, ka turpmāk vairs nemeklē palīdzību.

1.2. Krīzes brīdis, gaidīšana un apmaldīšanās sistēmā

Krīzes brīdis ir viens no visbiežāk aprakstītajiem pārrāvuma punktiem. Pacients un tuvinieki jautā, kā reaģēt slimības paasinājuma gadījumā. Šis jautājums nav tikai medicīnisks; tas ir arī praktisks, sociāls un emocionāls. Paasinājums ģimenē rada bailes, vainas sajūtu, konfliktus un nereti arī drošības riskus. Ja nav skaidra algoritma, ģimene improvizē. Daļa gaida, līdz situācija kļūst akūta; daļa mēģina pierunāt cilvēku; daļa baidās saukt palīdzību stigmatas dēļ; daļa nezina, vai medikamentu lietošana ir pietiekama, ja “dzīve nerisinās”.

Materiālos parādās arī mīti par ārstēšanu. Daļai pacientu medikamenti tiek uztverti kā kaut kas līdzīgs narkotikām, kā atkarību veidojošs vai personību mainošs instruments. Tas nav tikai informācijas trūkums. Tas ir uzticēšanās un skaidrojošā darba trūkums. Ja psihiatrs īsā vizītē tikai izraksta medikamentu, bet nav laika izskaidrot, kāpēc tas vajadzīgs, ko sagaidīt, kas notiks, ja pacients pārtrauks lietošanu, un kā medikamenti savienojas ar psihoterapiju, rehabilitāciju vai sociālo atbalstu, tad ārstēšanas nepārtrauktība kļūst trausla.

Gaidīšana ir vēl viens krīzes pastiprinātājs. Pieredzes materiālos tiek minēts, ka brīdī, kad cilvēks ir gatavs saņemt palīdzību, logs var būt īss. Īpaši atkarību un jauniešu gadījumos motivācija var parādīties un pazust. Ja šajā brīdī sistēma atbild ar rindu, izziņu, maksājumu, nosūtījumu, dzīvesvietas neatbilstību vai formālu kritēriju, cilvēks var atkrist no palīdzības ceļa. Tas nozīmē, ka plānā jābūt mehānismiem ātram pirmajam kontaktam, zema sliekšņa konsultācijai un drošam pārejas atbalstam līdz specializētam pakalpojumam.

Krīzes vadības problēma īpaši spilgti parādās bērnu un jauniešu gadījumos. Ja jauniešs ir smagā reibumā, paškaitējuma riskā, agresīvs vai atrodas ģimenē ar smagu atkarību, institūcijām bieži ir ierobežoti instrumenti. Policija, bāriņtiesa, sociālais dienests, ārstniecības iestāde un skola redz katrs savu posmu, bet jauniešs dzīvo vienā nepārtrauktā situācijā. Ja nav kopīgas komandas, katra iestāde dara to, ko ļauj tās mandāts, bet kopējais rezultāts var būt cikliskums: vieni un tie paši bērni atgriežas krīzē, vieni un tie paši pieaugušie atkārtoti nonāk sistēmas redzeslokā.

1.3. Tuvinieki kā neredzamā aprūpes infrastruktūra

Tuvinieku pieredze rāda, ka ģimene bieži kļūst par neredzamo aprūpes infrastruktūru. Tā uzņemas novērošanu, krīzes vadību, pierunāšanu, finansiālu atbalstu, transportu, informācijas meklēšanu un nereti arī emocionālās drošības nodrošināšanu. Tajā pašā laikā ģimenei pašai trūkst zināšanu. Materiālos vairākkārt parādās atziņa, ka ģimenei ir jāzina daudz, bet ne visi sasniedz informāciju internetā, ne visiem ir veselībratība un ne visiem ir uzticams speciālists, kas izskaidro, ko darīt.

Ģimenes zināšanas nav dekoratīvs papildinājums ārstēšanai. Smagu psihisku saslimšanu, atkarību vai paasinājumu gadījumā tās var noteikt, vai pacients saņem palīdzību savlaicīgi. Ģimenei jāsaprot pazīmes, kas liecina par pasliktināšanos, zāļu pārtraukšanas riskus, pašnāvības riska signālus, kā arī to, kā atbalstīt cilvēku, nevis nejauši pastiprināt konfliktu. Tuviniekiem jāzina arī savas robežas: kad saruna vairs nav pietiekama, kad jāiesaista speciālists, kad nepieciešama neatliekama palīdzība un kur pašiem saņemt psiholoģisku atbalstu.

Tuvinieku pieredze izgaismo arī to, ka pacienta tiesības un ģimenes vajadzības jālīdzsvaro uzmanīgi. Psihiskās veselības jomā informācijas aizsardzība ir būtiska, tomēr praksē tuvinieki nereti paliek situācijā, kur viņiem jāuzņemas atbildība bez informācijas. Ja ģimene ir vienīgais reālais atbalsta resurss, bet tai nav saprotamu norāžu, sistēma faktiski izmanto ģimeni, to neatbalstot. Nākamajā plānā jāparedz strukturēta tuvinieku psihoizglītšana, krīzes konsultācijas un informācijas materiāli dažādos pieejamības līmeņos.

Īpaši svarīgi tas ir jauniešu gadījumos, kur bērna vai pusaudža zāļu lietošana, terapijas apmeklējums, skolas rekomendāciju īstenošana un ikdienas ritms var būt atkarīgs no vecāka, kuram pašam ir depresija, atkarība vai cita psihiskās veselības problēma. Šādās situācijās palīdzība tikai bērnam vai tikai vecākam nav pietiekama. Nepieciešama ģimenes līmeņa gadījuma vadība, kas spēj vienlaikus redzēt bērnu, vecāku, skolu un sociālo vidi.

1.4. Stigma, bailes un anonimitāte

Stigma priekšizpētes materiālos parādās vairākos līmeņos. Pirmkārt, tā ir sabiedriska stigma pret psihiskām saslimšanām un atkarībām. Cilvēki baidās no diagnozes, no apzīmējuma, no tā, ka viņus uztvers kā bīstamus, vājākus vai “nenormālus”. Īpaši spilgti tas parādās šizofrēnijas gadījumā, kur sabiedriskajā priekšstatā slimība nereti nepamatoti tiek saistīta ar noziedzību. Šī stigma ne tikai ievaino pašcienību, bet arī kavē palīdzības meklēšanu.

Otrkārt, stigma parādās medicīniskajā un institucionālajā perspektīvā. Materiālos minētas bailes no “smagajiem pacientiem”, no apvainošanās, no konflikta, no agresijas vai atbēdības. Šīs bailes var būt saprotamas, ja personāls nav drošībā, nav apmācīts un nav atbalstīts. Tomēr rezultātā smagie pacienti var tikt marginalizēti arī sistēmas iekšienē. Tieši tie cilvēki, kuriem nepieciešama intensīvāka koordinācija un drošāks atbalsts, kļūst par tiem, kurus sistēma mēdz uztvert kā pārāk sarežģītus.

Treškārt, stigma atšķiras Rīgā un reģionos. Mazpilsētā vai mazā pašvaldībā anonimitāte ir vāja. Cilvēks var baidīties iet pie ģimenes ārsta, jo visi zina, kas viņš ir; var baidīties no sociālā dienesta, jo informācija izplatīsies; var nevēlēties piedalīties publiskā diskusijā, jo “smago gadījumu” cilvēki nav gatavi sevi atklāt. Tāpēc reģionu pieejamības jautājums nav tikai speciālistu skaits. Tas ir arī anonimitātes, uzticēšanās un alternatīvu piekļuves kanālu jautājums, tostarp attālinātas konsultācijas un NVO starpniecība.

Atkarību jomā stigma ir savienota ar sabiedrības dubulto morāli. No vienas puses, alkohola lietošana kultūrā tiek normalizēta, reklāmas un tirdzniecības vide to padara ikdienišķu. No otras puses, cilvēks, kurš atzīst atkarību vai izvēlas skaidrību, var pēkšņi kļūt “nenormāls”. Šī dubultā morāle apgrūtina prevenci: kamēr lietošana tiek uztverta kā sociāla norma, ārstēšana tiek uztverta kā kauns. Tāpēc atkarību jomas uzlabojumi nevar aprobežoties ar ārstniecību; tie prasa sabiedrības veselības komunikāciju, vielu pieejamības (alkohols, smēķēšanas produkti, narkotiskās vielas) ierobežošanu un skaidrības, vielu nelietošanas kā pozitīvas normas veidošanu.

1.5. Bērni, jaunieši un ģimenes - kad sistēma reaģē par vēlu

Bērnu un jauniešu jautājums priekšizpētē iezīmējas kā atsevišķa un steidzama prioritāte. Ārsti norāda, ka bērnu psihiskā veselība tiek aizmirsta kā atsevišķa joma un specialitāte, savukārt eksperti uzsver, ka bērnu psihiatru un

narkologu pieejamība ārpus lielajiem centriem ir nepietiekama. Bērnu gadījumos laika nobīde ir īpaši bīstama: mēnešu gaidīšana var nozīmēt, ka problēma no agrīnas kļūst par hronisku, no skolas grūtībām par paškaitējuma risku, no vielu eksperimentēšanas par atkarību un kriminogēnu ceļu.

Atkārtotās sajūta, ka sistēma strādā ar sekām. Skola pamana, bet ne vienmēr zina, ko darīt. Sociālais dienests var gaidīt lūzumpunktu. Bāriņtiesa pieņem smagus lēmumus, bet pēc tiem ģimenei ne vienmēr tiek nodrošināta ārstēšanas un rehabilitācijas iespēja. Policija redz jauniešus atkārtoti, bet nevar nodrošināt ilgstošu atbalstu. Ārstniecība stabilizē akūtu stāvokli, bet jaunieši atgriežas tajā pašā vidē, kur problēma veidojas. Šis cikliskums ir viens no spēcīgākajiem argumentiem par labu integrētai bērnu un jauniešu gadījuma vadībai.

Īpaši sarežģīti ir gadījumi, kuros bērns dzīvo ģimenē ar atkarību, vardarbību, nabadzību vai vecāka psihiskās veselības problēmām. Ja bērns tiek izņemts no ģimenes, tas var būt nepieciešams drošības solis, bet tas pats par sevi neatrisina vecāka atkarību, bērna traumu un ģimenes sistēmu. Ja bērns paliek ģimenē, bet ģimenei nav reāla atbalsta, problēma turpinās. Tāpēc risinājums nav tikai "izņemt" vai "neizņemt"; risinājums ir agrīni atbalstīt, intensīvi strādāt ar ģimeni, nodrošināt bērnam drošu pieaugušo un savienot ārstēšanu ar rehabilitāciju un sociālo atbalstu.

Jauniešiem nepieciešami pakalpojumi, kas atbilst viņu attīstības posmam. Pieaugušo atkarību programmas ne vienmēr der jauniešiem. Brīvprātības princips jauniešu gadījumā ir jāpārdomā radošāk: starp pilnīgu brīvprātību un piespiedu izolāciju var būt atbalstīta izvēle, motivējoša klātbūtne, mentors, kurš iet līdzi, un droši noteikumi, kas palīdz noturēties pakalpojumā. Eksperti uzsver, ka jaunieša motivācijas logs var būt īss; sistēmai jābūt gatavai rīkoties tad, kad jaunieši ir pieejami, nevis pēc vairākiem mēnešiem.

Bērnu un jauniešu blokam nākamajā plānā jābūt horizontālam, nevis marginālam. Tas savieno veselību, labklājību, izglītību, iekšlietas, tieslietas un pašvaldības. Tajā jāparedz pierādījumos balstītas skolu atkarību profilakses un mentālās veselības prātība, antibulginga programmas, agrīna pazīmju atpazīšana, ģimenes ārstu un pedagogu skaidrs rīcības algoritms, krīzes konsultācijas, bērnu un jauniešu narkoloģijas pakalpojumu modelis, ilgstoša sociālā rehabilitācija un pārejas atbalsts pēc stacionāra vai krīzes pakalpojuma.

1.6. Atkarības, duālās diagnozes un motivācijas logs

Atkarību un narkoloģijas joma priekšizpētes materiālos parādās kā īpaši nepietiekami attīstīta. Tiek uzsvērts, ka atkarību pacientu valsts sektorā apmaksātu pakalpojumu pieejamība ir minimāla, ka joma ilgstoši dzīvo ar nepabeigtiem plāniem un ka daļa risinājumu tiek ieviesti ar tik lielu nobīdi, ka tie vairs neatbilst mūsdienai vajadzībām. Šī kavēšanās rada ne tikai pakalpojumu deficītu, bet arī profesionāļu un pacientu uzticēšanās zudumu pret plānošanu.

Atkarību gadījumā īpaši svarīgs ir motivācijas logs. Cilvēks var būt gatavs ārstēšanai šodien, bet pēc nedēļas vai mēneša vairs ne. Ja, piemēram, pakalpojuma saņemšanai nepieciešams būt skaidrā noteiktu dienu skaitu, saņemt izziņu, samaksāt līdzmaksājumu, aizbraukt uz citu pilsētu vai gaidīt rindu, sistēma var zaudēt iespēju. Tas nenozīmē, ka ārstēšanas kritēriji nav vajadzīgi. Tas nozīmē, ka pirms specializētās ārstēšanas jābūt zema sliktāka motivējošam atbalstam, "turēšanas" funkcijai un praktiskai palīdzībai nokļūt līdz pakalpojumam.

Duālās diagnozes - psihisku traucējumu un atkarības kombinācija - priekšizpētē parādās kā neatrisināta sistēmas robežzona. Ja psihiatrija skatās uz diagnozi, bet narkoloģija uz lietošanu, cilvēks var netikt pienācīgi redzēts kopumā. Duālās diagnozes prasa vienotu komandas darbu, kur medikamentozā ārstēšana, motivējoša intervija, psihoterapija, sociālais atbalsts, ģimenes darbs un recidīva prevencija tiek sasaistīti vienā plānā. Šī joma jānostiprina kā atsevišķs klīniskais un organizatoriskais virziens.

Narkoloģijas attīstībā jāizvairās no morālas valodas. Atkarība nav rakstura vājums vai disciplīnas trūkums. Tā ir veselības, sociālās vides, pieejamības, traumas, nabadzības, piederības un izvēles arhitektūras problēma. Tas nenozīmē, ka atbildība pazūd; tas nozīmē, ka atbildībai jābūt atbalstītai. Cilvēkam ir vieglāk uzņemties atbildību, ja viņam ir pieejams reāls pakalpojums, mentors, atbalsta grupa, medikamentozā palīdzība, ģimenes atbalsts un sabiedriskā vide, kas nepārtraukti netrigger lietošanu.

Nākamajā plānā narkoloģijai jābūt nevis “piekabinātai psihiatrijai”, bet vienlīdz nozīmīgai prioritātei. Tas ietver dienas stacionāru attīstību atkarību pacientiem, buprenorfīna un citu pierādījumos balstītu zāļu pieejamības izvērtēšanu, metadona programmu reorganizāciju, prettiēksmes preparātu kompensāciju, Minesotas programmas mūsdienīgu ambulatoru attīstību, ģimeņu atbalsta grupas un skaidrus duālo diagnožu protokolus.

1.7. Reģionālā nevienlīdzība un pakalpojumu centralizācija

Reģionālā nevienlīdzība parādās gan pacientu, gan speciālistu pieredzes priekšizpētē. Rīgā un lielajās pilsētās pakalpojumi ir koncentrētāki, lai gan arī tur rindas var būt garas. Mazākās pašvaldībās problēma ir daudzslāņaināka: var nebūt narkologa, bērnu psihiatra vai psihoterapeitisku pakalpojumu; speciālists var pieņemt ļoti īsu laiku; attālums līdz pakalpojumam var būt būtisks; anonimitāte var būt vāja; pašvaldību sociālie resursi atšķiras; pakalpojuma kvalitāte un klāsts var būt atkarīgs no konkrētu cilvēku iniciatīvas.

Reģionos īpaši svarīgi ir izmantot esošo infrastruktūru, nevis automātiski radīt jaunus, atsevišķus un dārgus pakalpojumus. Ekspertu darbnīcā izskan doma, ka daudzviet jau ir pazīstami speciālisti, skolas, sociālie dienesti, SOS bērnu centru vai citu organizāciju klātbūtne, NVO, ģimenes ārsti un pašvaldību resursi. Ja šie resursi tiktu savienoti komandā ar skaidru algoritmu un attālinātu specializētu atbalstu, daļa pakalpojumu varētu kļūt pieejamāka bez pilnīgi jaunas institūcijas veidošanas.

Tomēr decentralizācija nedrīkst nozīmēt kvalitātes pazemināšanu. Reģionālam modelim jābalstās vienotās prasībās, mācībās, supervīzijā, datu apmaiņā un piesaistē specializētajiem centriem. Tas nozīmē tīkla pieeju: vietējā komanda nodrošina pirmo kontaktu, uzturēšanu un kopienas atbalstu; reģionālais vai nacionālais centrs nodrošina specializētu konsultāciju, protokolu, sarežģītu gadījumu vadību un profesionālo atbalstu. Tādējādi cilvēks ne vienmēr ir jāpārvieto uz Rīgu, lai saņemtu kvalitatīvu atbalstu.

Reģionālā pieejamība jāvērtē ne tikai kilometros vai vizīšu skaitā. Jāmēra arī, vai cilvēks zina, kur vērsties; vai ģimenes ārsts zina algoritmu; vai sociālais dienests var aktivizēt atbalstu; vai skola ievieš rekomendācijas; vai NVO ir integrētas; vai ir pieejama anonīma vai zema sliekšņa konsultācija; vai cilvēkam pēc izrakstīšanas ir zināms nākamais solis. Šāda mērīšana tuvinātu plānu cilvēkcentrētai aprūpei.

1.8. Personāla labbūtība, drošība un aprūpes kvalitāte

Pacientu balss un personāla balss šajā ziņojumā nav pretrunā. Tās ir savstarpēji saistītas. Pacienti apraksta gaidīšanu, pavisu attieksmi, neskaidru ceļu, bailes un stigmu. Ārsti un citi speciālisti apraksta pārslodzi, nepietiekamu finansējumu, juridisko neaizsargātību, birokrātiju, speciālistu trūkumu un drošības riskus. Ja personāls ir pārslodzē, izdedzis un bez skaidrām robežām, tas tieši ietekmē pacienta pieredzi. Ja pacients jūtas nesadzirdēts vai nosodīts, viņš var nepieturēties ārstēšanai, neuzticēties sistēmai un atgriezties krīzē.

Ārsta laiks psihiatrijā un narkoloģijā ir īpaši nozīmīgs ārstniecības instruments. Tas nav tikai administratīvs resurss, ko var samazināt līdz minimālai vizītei. Psihiskās veselības aprūpē laiks ar pacientu nozīmē riska novērtējumu, motivēšanu, skaidrošanu, uzticēšanās veidošanu, ģimenes iesaisti un komandas darba koordināciju. Ja sistēma pērk pakalpojumu zem reālajām izmaksām un sagaida augstu kvalitāti, tā rada strukturālu neatbilstību starp uzdevumu un resursu.

Personāla drošība ir īpaši aktuāla smagu, agresīvu vai krīzes gadījumu aprūpē. Drošība nav jāpretnostata pacientu tiesībām; tā ir kvalitatīvas aprūpes priekšnoteikums. Ja personāls baidās, tas var izvairīties, aizsargāties ar formālismu vai kļūt pārmērīgi kontrolējošs. Ja personālam ir apmācība, skaidri krīzes protokoli, pietiekams komandas atbalsts, fiziski piemērota vide un juridiska aizsardzība, tas var strādāt drošāk un cilvēkcentrētāk.

Tāpēc plāna līmenī jāparedz ne tikai pacientu pakalpojumi, bet arī personāla atbalsta pasākumi: darba slodzes standarti, drošības protokoli, supervīzijas, krīzes debrīfings, mācības par deeskalāciju, komandas vadību un sadarbību, kā arī profesionālā statusa sakārtošana māsām, psihologiem, psihoterapeitiem un ārstniecības atbalsta personām. Apmierināts pacients var būt tikai sistēmā, kurā arī personāls nav sistemātiski atstāts viens.

1.9. Problēmu kopsavilkums

Problēmu bloks	Kā tas parādās pacienta ceļā	Politikas nozīme
Neskaidrs ceļš	Pacients un ģimene nezina, kur vērsties, ko darīt paasinājumā un kas notiek pēc pirmā kontakta.	Jāizstrādā vieglā valodā saprotami ceļi, krīzes algoritmi un gadījuma vadības funkcija.
Pēctecības trūkums	Stacionārs stabilizē, bet pēc izrakstīšanas cilvēks atgriežas vidē bez pietiekama atbalsta.	Jāfinansē pārejas un rehabilitācijas posms, ne tikai akūta ārstēšana.
Stigma un bailes	Cilvēki atliek palīdzības meklēšanu, baidās no diagnozes, mazpilsētas redzamības un nosodījuma. Īpaši smago pacientu stigmatizēšana pašas nozares ietvaros rezonē ar sabiedrības stigmām.	Nepieciešamas sociālās kampaņas, anonīmi piekļuves kanāli un personāla apmācība. Valsts ieguldījumi īpaši smago pacientu aprūpē ir ieguldījums stigmatas mazināšanā.
Atkarību jomas deficīts	Motivācijas logs tiek zaudēts, rehabilitācija un valsts apmaksāti pakalpojumi ir ierobežoti.	Narkoloģija jānosaka kā līdzvērtīga prioritāte ar moderniem pakalpojumiem un zāļu pieejamību.
Bērni un jaunieši	Sistēma reaģē novēloti, pakalpojumi neatbilst attīstības posmam, trūkst ilgstošas rehabilitācijas.	Jāveido atsevišķs bērnu un jauniešu bloks ar veselības, izglītības, labklājības un tieslietu sadarbību.
Personāla pārslodze	Ārstiem, māsām, psihologiem un sociālajiem darbiniekiem trūkst laika, statusa, drošības un resursu.	Personāla labbūtība jānosaka kā pakalpojuma kvalitātes un pacienta drošības indikators.

2. nodaļa. Risinājumi un priekšlikumi

2.1. No aktivitāšu saraksta uz plāna pārvaldības arhitektūru

Nākamajam plānam jāatšķiras no iepriekšējiem ar ieviešanas disciplīnu. Materiālos vairākkārt izskan kritika, ka valsts plānos tiek iekļauti uzdevumi bez reāla finansējuma, pēc tam atskaitēs norādot, ka tie nav īstenoti finanšu trūkuma dēļ. Šāda pieeja rada nogurumu, cinismu un profesionāļu neticību plānošanas procesam. Tāpēc plānam jābūt ne tikai rīcību sarakstam, bet pārvaldības mehānismam ar skaidru atbildību, finansējumu, prioritātēm un uzraudzību.

Pirmais priekšlikums ir izveidot plāna īstenošanas uzraudzības komandu ar pastāvīgu starpinstitucionālu mandātu. Tajā jābūt Veselības ministrijai, Labklājības ministrijai, Izglītības un zinātnes ministrijai, Tieslietu ministrijai, Iekšlietu ministrijai, NVD, pašvaldību pārstāvjiem, ārstniecības iestādēm, profesionālajām organizācijām, NVO, pacientu pārstāvjiem un tuvinieku pārstāvjiem. Šī komanda nedrīkst tikt tikai plāna sākumā un beigās. Tai jāstrādā regulāri, piemēram, reizi ceturksnī, pārskatot progresu, šķēršļus un nepieciešamos lēmumus.

Otrs priekšlikums ir plāna preambulā nostiprināt “bottom-up” pieeju. Tas nozīmē, ka plāns sākas nevis ar institūciju kompetenču sadalījumu, bet ar pacienta un tuvinieka ceļu. Institūciju uzdevums ir pielāgoties vajadzību loģikai, nevis prasīt, lai cilvēks pielāgojas institucionālām robežām. Šī pieeja īpaši svarīga bērnu, atkarību, duālo diagnožu, smagu psihisku traucējumu un sociāli sarežģītu gadījumu aprūpē.

Trešais priekšlikums ir skaidri definēt pilotprojektu dzīves ciklu. Pilotprojekts nedrīkst būt tikai īslaicīgs projekts bez turpinājuma. Jau plānošanas brīdī jānosaka, kāds ir pilotprojekta mērķis, kā tas pieslēdzas esošajai sistēmai, kā to izvērtēs, kāds būs lēmums pēc pilota un kā to finansēs, ja rezultāti būs pozitīvi. Pretējā gadījumā projekti rada īslaicīgu cerību un pēc tam vēl lielāku uzticēšanās zudumu, kad tie beidzas.

2.2. Pakalpojumu kartēšana un vajadzību segmentēšana

Pirms jaunu pakalpojumu veidošanas nepieciešama sistemātiska psihiatrisko un narkoloģisko pakalpojumu kartēšana Latvijā. Kartēšanai jāaptver ne tikai iestādes un speciālistu skaits, bet arī faktiskā pieejamība, mērķa grupas, gaidīšanas laiki, valodas pieejamība, reģionālais pārklājums, sadarbība ar sociālo un izglītības jomu, kā arī pakalpojuma vieta pacienta ceļā. Jānoskaidro, kas jau pastāv, kas darbojas tikai uz papīra, kas ir atkarīgs no personiskām iniciatīvām un kur ir kritiski tukšumi.

Kartēšanai jābūt vajadzību segmentētai. Psihiskās veselības un atkarību jomu nevar plānot kā viendabīgu sistēmu. Atšķiras cilvēki ar viegliem un vidēji smagiem traucējumiem, smagi pacienti ar ilgstošu funkcionēšanas traucējumu, bērni un jaunieši, pirmreizējas psihozes pacienti, cilvēki ar duālām diagnozēm, demences pacienti, personības traucējumu pacienti, atkarību pacienti ar motivācijas svārstībām, cilvēki pēc pašnāvības mēģinājuma, pacienti ar medicīniska rakstura piespiedu līdzekļiem, ieslodzījuma vietās esoši cilvēki un pacientu tuvinieki.

Katrai mērķa grupai jāizveido pacienta ceļa karte: pirmais kontakts, diagnostika, ārstēšana, krīzes rīcība, medikamenti, nemedikamentoza terapija, rehabilitācija, sociālais atbalsts, ģimenes iesaiste, atgriešanās skolā vai darbā, ilgtermiņa uzturēšana un recidīva prevencija. Šādi kartē jābūt pieejamai divās valodās: profesionālajā versijā speciālistiem un vieglā, saprotamā valodā pacientiem un tuviniekiem.

Pakalpojumu kartēšanas rezultātā jāizveido publiski uzturēta atbalsta iespēju platforma. Tā nedrīkst būt tikai statisks kontaktu saraksts. Tai jāļauj speciālistam un iedzīvotājam saprast, kur vērsties konkrētā situācijā: krīze, paasinājums, pirmreizēji simptomi, atkarību motivācija, tuvinieku atbalsts, bērna uzvedības problēmas, vardarbības risks, sociālās rehabilitācijas vajadzība. Platformai jābūt savienotai ar pašvaldību, NVO un ārstniecības iestāžu informāciju un regulāri jāatjauno.

2.3. Gadījuma vadība un koordinatori

Viens no centrālajiem priekšlikumiem ir ieviest gadījuma vadības un koordinatoru funkciju psihiskās veselības un atkarību jomā. Materiālos atkārtoti parādās doma, ka cilvēkam nepieciešams kāds, kurš viņu “izved” cauri

procesam. Tas var būt īpaši svarīgi smagos gadījumos, pēc stacionāra, bērniem un jauniešiem, atkarību gadījumos, pacientiem ar duālām diagnozēm un ģimenēm ar vairākiem savstarpēji saistītiem riskiem.

Gadījuma vadītājs nav tikai sociālais darbinieks un nav tikai medicīnas koordinators. Tā ir funkcija, kura savieno klīnisko, sociālo, ģimenes un kopienas atbalstu. Dažādos gadījumos šo funkciju var pildīt dažādi profesionāļi: specializēta psihiskās veselības māsa, sociālais darbinieks, rehabilitācijas koordinators, NVO mentors vai komandas koordinators ārstniecības iestādē. Svarīgi ir definēt funkciju, kompetences, atbildību, finansējumu un datu apmaiņas nosacījumus.

Gadījuma vadības modelis jāsāk ar prioritārajām grupām. Pirmā grupa ir bērni un jaunieši ar smagu psihiskās veselības vai atkarību risku, īpaši, ja iesaistīta skola, bāriņtiesa, sociālais dienests, policija vai probācija. Otrā grupa ir pacienti pēc pirmreizējas psihozes vai smaga paasinājuma, kuriem nepieciešama pāreja no diagnostikas un medikamentozas ārstēšanas uz rehabilitāciju, izglītību, darbu un kopienas atbalstu. Trešā grupa ir atkarību pacienti motivācijas logā, kuriem koordinators palīdz noturēt saikni līdz ārstēšanai un pēc tās.

Koordinatora funkcija jāapmaksā kā pakalpojuma sastāvdaļa, nevis jāpaļaujas uz profesionāļu entuziasmu. Ja sadarbība tiek gaidīta, tai jābūt iekļautai pakalpojuma dizainā: ar laiku, atalgojumu, atbildību un dokumentēšanu. Pretējā gadījumā sadarbība paliek personisku attiecību līmenī un sabrūk brīdī, kad kāds speciālists aiziet, mainās projekts vai pieaug slodze.

2.4. Multidisciplināras komandas un profesionālo lomu sakārtošana

Priekšizpētes materiāli konsekvēnti rāda, ka psihiskās veselības un atkarību aprūpe nevar būt ekskluzīvi farmakoterapijā balstīta. Medikamenti ir būtiski, bet daudziem pacientiem nepieciešama psihoterapija, psihodiagnostika, psihoizglītošana, rehabilitācija, sociālais darbs, atbalsta grupas, ģimenes darbs un kopienas atbalsts. Tāpēc nākamajā plānā jānostiprina multidisciplināru komandu modelis.

Komandā jābūt skaidrām lomām. Psihiatrs nodrošina diagnostiku, ārstēšanas plānu, medikamentozu ārstēšanu un klīnisko risku vadību. Narkologs nodrošina atkarību ārstēšanu un recidīva prevenciju. Psihologs nodrošina psihodiagnostiku, psiholoģisku intervenci un komandas atbalstu. Ārsts-psihoterapeits un psihoterapijas virzienu speciālisti var nodrošināt strukturētas, pierādījumos balstītas intervences atbilstošām mērķa grupām. Māsa var veikt monitoringu, psihoizglītšanu, medikamentu lietošanas atbalstu, krīzes pazīmju atpazīšanu un koordināciju. Sociālais darbinieks savieno veselību ar dzīves apstākļiem, ienākumiem, mājokli, ģimeni un pašvaldības atbalstu.

Īpaša uzmanība jāpievērš psihologu un terapeitu profesionālajam statusam medicīnas sistēmā. Materiālos izteikti redzama plaisa starp psihiatrijas jomu un psihologiem vai psihoterapijas virzienu speciālistiem. Ja šī plaisa netiks risināta, integrēta aprūpe paliks deklaratīva. Nepieciešams regulārs dialoga galds starp ārstiem, psihologiem un psihoterapeitiem, kurā vienojas par kompetencēm, indikācijām, apmaksas principiem, kvalitātes prasībām, dokumentēšanu un komandas vadību.

Komandas modelim jābūt pielāgotam Latvijas resursiem. Nav nepieciešams visur izveidot vienādu, lielu komandu. Jāveido līmeņots modelis: pamata komanda primārajā un pašvaldības līmenī, specializēta komanda reģionālajos centros un augsti specializēta konsultatīva komanda sarežģītiem gadījumiem. Šāds modelis ļautu izmantot esošos resursus, vienlaikus nodrošinot, ka vietējie speciālisti nav vieni.

2.5. Ambulatorās aprūpes, dienas stacionāru un rehabilitācijas attīstība

Ārstu fokusgrupā uzsvērts, ka psihiatriju bieži skatās pārāk šauri - kā to, kas notiek slimnīcā, lai gan lielākā ārstniecības daļa ir ambulatorā. Šī atziņa ir būtiska plāna arhitektūrai. Stacionārs ir nepieciešams akūtai stabilizācijai, bet tas nedrīkst kļūt par sistēmas centrālo risinājumu visām problēmām. Cilvēka atveseļošanās notiek ikdienas vidē, kur viņš dzīvo, mācās, strādā un veido attiecības.

Ambulatorās aprūpes stiprināšana nozīmē garākas un elastīgākas konsultācijas noteiktām pacientu grupām, psihiatra un māsas sadarbības modeli, agrīnās intervences programmu pagarināšanu, psiholoģiskā un psihoterapeitiskā atbalsta integrāciju, kā arī saikni ar sociālo rehabilitāciju un NVO. Piemēram, pirmreizējas

psihozes pacientam seši mēneši intensīvas programmas var nebūt pietiekami. Var būt nepieciešams vēl sešu mēnešu pārejas atbalsts ar zemāku intensitāti, mentoru, sociālo darbinieku un izglītības vai darba atgriešanās plānu.

Dienas stacionāri jāattīsta kā elastīgs starpposms starp stacionāru un ambulatoru aprūpi. Tie var būt īpaši nozīmīgi pacientiem ar viegliem un vidēji smagiem traucējumiem, atkarību pacientiem, personības traucējumu pacientiem, psihosomatisku traucējumu pacientiem un cilvēkiem, kuriem nepieciešama strukturēta programma, bet nav nepieciešama pilna hospitalizācija. Dienas stacionārā jābūt multiprofesionālai programmai, nevis tikai ārsta konsultācijai citā formātā.

Rehabilitācija jāskata kā ārstēšanas turpinājums, nevis kā labklājības sistēmas ārēja piedeva. Pēc akūta posma cilvēkam var būt nepieciešams atgriezties skolā, darbā, ģimenē, sociālās attiecībās un pašaprūpē. Bez šī posma ārstniecība var būt klīniski korekta, bet sociāli nepietiekama. Tieši rehabilitācijas trūkums materiālos parādās kā viens no iemesliem, kāpēc cilvēki atgriežas krīzē.

2.6. Atkarību aprūpes modernizācija

Atkarību aprūpes modernizācijai jābūt atsevišķam plāna virzienam ar skaidru finansējumu. Pirmkārt, jāizveido multidisciplināra dienas stacionāra ārstēšanas un atbalsta programma atkarību pacientiem ar viegliem un vidēji smagiem traucējumiem. Šādā programmā jāapvieno narkologa konsultācijas, motivējoša intervija, grupu darbs, psiholoģisks atbalsts, recidīva prevencija, sociālā darba elements un ģimenes iesaiste.

Otrkārt, jāizvērtē opiātu atkarības ilgtermiņa farmakoterapijas programmu modernizācija. Materiālos izteikts priekšlikums par buprenorfīna valsts apmaksātu pieejamību, kā arī metadona programmas reorganizāciju, pārdalot daļu ārsta funkciju ārstu palīgiem un māsām. Šī pieeja varētu atslogot ārstus, padarīt pakalpojumu pieejamāku un ļaut ārstam vairāk koncentrēties uz sarežģītākiem klīniskiem lēmumiem.

Treškārt, jāizvērtē prettioksma preparātu un citu pierādījumos balstītu medikamentu daļēja kompensācija atkarību pacientiem. Zāļu pieejamība nav tikai farmācijas jautājums. Tā ietekmē recidīvu risku, ārstēšanas noturību, ģimenes slodzi un sociālās izmaksas. Jāveido skaidri kritēriji, kādos gadījumos medikamenti tiek kompensēti, un jāsaista to lietošana ar psihosociālo atbalstu.

Ceturtkārt, jāveido atbalsta modelis pirms ārstēšanas un pēc ārstēšanas. NVO, līdzbiedru metorings un atbalsta grupas šeit ir īpaši nozīmīgas. Cilvēks var nebūt gatavs uzreiz iet pie narkologa, bet var būt gatavs runāt ar cilvēku, kurš pats ir atveseļošanās ceļā. Cilvēks var pabeigt programmu, bet bez piederības un ikdienas atbalsta atgriezties lietošanā. Tāpēc atbalsta organizācijas jāintegrē nevis kā ārējs papildinājums, bet kā ceļa daļa.

2.7. Bērnu un jauniešu integrētais atbalsta modelis

Bērnu un jauniešu integrētais modelis jāveido ap trim principiem: agrīna atpazīšana, ātra piekļuve un ilgstoša pēctecība. Agrīna atpazīšana nozīmē, ka skolas, ģimenes ārsti, sociālie dienesti un jaunatnes speciālisti zina, kādas pazīmes prasa rīcību un kāda rīcība ir piemērota. Ātra piekļuve nozīmē, ka krīzes vai augsta riska gadījumā nav mēnešiem ilgas gaidīšanas. Ilgstoša pēctecība nozīmē, ka pēc akūta posma bērnam vai jauniešiem ir atbalsts vidē, kur viņš dzīvo.

Šajā modeli jāiekļauj jauniešu narkoloģijas pakalpojums, kas nav vienkārši pieaugušo pakalpojuma kopija. Jauniešiem nepieciešama attīstības posmam atbilstoša motivācija, ģimenes darbs, skolas sadarbība, vienaudžu un kopienas dimensija, kā arī radoši risinājumi brīvprātības un robežu jautājumos. Pakalpojumam jāspēj strādāt arī ar jauniešiem, kuri nav pilnībā motivēti, bet kuriem ir augsts risks.

Bērnu un jauniešu gadījumā jāstiprina arī skolu loma. Skolā bērns ne tikai mācās; tur veidojas attiecības, piederība un agrīnie riska signāli. Pierādījumos balstītas atkarību profilakses, psihiskās veselības un antibulunga programmas, veselības pratība, emociju regulācijas un kritiskās domāšanas attīstīšanas pamati un skaidri rīcības algoritmi pedagogiem ir psihiskās veselības un atkarību profilakses politikas daļa. Veselības un izglītības nozarēm jāstrādā kopā, nevis paralēli.

Atsevišķs elements ir mentors vai līdzgaitnieks bērnam un ģimenei. Ekspertu materiāli rāda, ka bērns un ģimene bieži ir apjukusi, un vienam bērnam var būt pārāk daudz dažādu personu, bet neviens nav skaidri atbildīgs par kopējo ceļu. Līdzgaitnieka funkcija var savienot ārstniecību, sociālo dienestu, skolu, ģimeni un NVO, palīdzot noturēt bērnu atbalsta procesā.

2.8. NVO, pacientu pārstāvniecība un līdzbiedru mentori

NVO un pacientu organizācijas materiālos parādās gan kā sistēmas resurss, gan kā neaizsargāta infrastruktūra. Tās bieži dara darbu, kas būtu jāveic valstij: skaidro, kur meklēt palīdzību, veido atbalsta grupas, uztur kopienas, motivē, palīdz pirms un pēc medicīniskās aprūpes. Tajā pašā laikā tās dzīvo projektu režīmā, ziedojumos, izdegšanā un nereti izjūt, ka viņu idejas tiek izmantotas bez līdzvērtīgas partnerības. NVO ir rekomendējoši kļūst par valsts pakalpojuma sastāvdaļu, vienlaikus, kur tas sakrīt ar lietderības un kvalitātes nodrošināšanas aspektiem. Īpaši aplūkotajā jomā ir būtiski stiprināt NVO kapacitāti pilnvērtīgam demokrātiskam procesam veselības aprūpes sektorā.

Nākamajā plānā NVO iesaiste jānostiprina trīs līmeņos. Pirmais ir pārvaldība: pacientu un NVO pārstāvjiem jābūt plāna uzraudzības struktūrā ar skaidru mandātu un apmaksātu līdzdalību. Otrais ir pakalpojuma ceļš: NVO var būt tilts pirms ārstēšanas, līdzgaitnieks ārstēšanas laikā un atbalsts pēc ārstēšanas. Trešais ir kompetence: pacienti un “izdzīvojušie” jāiesaista profesionāļu apmācībās, lai speciālisti labāk saprastu motivācijas, izvairīšanās un uzticēšanās mehānismus.

Līdzbiedru mentorēšana jāattīsta piesardzīgi un profesionāli. Pieredzes cilvēks var sniegt unikālu uzticēšanās resursu, bet viņam pašam nepieciešama apmācība, supervīzija, robežas, drošības protokoli un atalgojums. Pretējā gadījumā mentors var izdegt vai nonākt lomā, kas pārsniedz viņa kompetenci. Mentoru atbalsts nav lēts aizvietotājs profesionālai palīdzībai; tas ir papildinošs tilts, kas jāintegrē komandā.

Valstij jāveido arī NVO koplietošanas resursi: juridiskais atbalsts, grāmatvedība, kvalitātes vadība, datu aizsardzības konsultācijas, telpas, apmācības un projektu administrēšanas atbalsts – tajos gadījumos, kad organizācijas atbalsta mērķa grupas, kas neietilpst valsts pakalpojumā lietderīgākos ietvaros. Tas ļautu mazākām organizācijām vairāk laika veltīt cilvēkiem, nevis izdzīvošanas administrācijai. NVO kapacitāte jāuzskata par sabiedrības veselības infrastruktūru.

2.9. Zāļu, psihoterapijas un nemedikamentozu intervenču pieejamība

Ārstu un citu speciālistu materiāli skaidri norāda uz medikamentu kompensācijas problēmām. Tiek minēti demences medikamenti, litijs, ilgas darbības injekcijas, atsevišķu kompensācijas kritēriju pārskatīšana, benzodiazepīnu lietošanas mazināšanas rekomendācijas un terapeitiski rezistentas depresijas ārstēšanas metožu apmaksas principi. Šie jautājumi jāskata nevis kā atsevišķas farmācijas pozīcijas, bet kā ārstēšanas kvalitātes un nepārtrauktības elementi. Vienlaikus trūkst medikamentu atkarību slimību gadījumiem, tieksmes mazināšanai, kas bija sadalīta pie atkarībām.

Ilgas darbības injekciju iekļaušana kompensācijas sistēmā var būt nozīmīga pacientiem, kuriem ir grūtības regulāri lietot zāles, kuriem ir augsts recidīva risks vai kuri atkārtoti nonāk stacionārā. Demences medikamentu pieejamība un ģimenes ārstu, psihiatru un neirologu sadarbība ir svarīga novecošanas un aprūpes sloga kontekstā. Atkarību medikamenti savukārt jāskata kā recidīva mazināšanas un sociālās stabilizācijas instruments.

Tikpat svarīga ir psihoterapijas un nemedikamentozu intervenču pieejamība. Materiāli norāda uz kvalitatīvas medicīniskās psihoterapijas trūkumu valsts apmaksātā sektorā, personības traucējumu pacientu programmu neesamību, psihosomatiskās medicīnas vājumu un pierādījumos balstītu terapiju nepietiekamu integrāciju. Risinājums nav vienkārši “apmaksāt visu”. Nepieciešams strukturēt indikācijas, terapijas veidus, kvalitātes prasības, apmaksas modeli un rezultātu izvērtēšanu.

Telemedicinā balstīta KBT un citas strukturētas digitālas intervences var būt nozīmīgs papildinājums vieglu un vidēji smagu traucējumu ārstēšanā, īpaši, ja tās tiek ieviestas ar profesionālu uzraudzību, protokoliem un rezultātu

mērījumiem. Tomēr digitālie risinājumi nedrīkst aizstāt cilvēka atbalstu smagos gadījumos vai situācijās, kur nepieciešama drošības izvērtēšana. Tie jāskata kā daļa no līmeņota aprūpes modeļa.

2.10. Personāla resursi, māsu un darba drošība

Personāla resursu jautājums jārisina gan skaitliski, gan funkcionāli. Nepietiek tikai konstatēt psihiatru, bērnu psihiatru, narkologu, māsu, psihologu un sociālo darbinieku trūkumu. Jāanalizē, kurš dara kādu darbu, vai darbs atbilst kompetencei, kādas funkcijas var pārdalīt komandā un kur ārsta resurss tiek izmantots nelietderīgi birokrātiskiem vai sociālas kontroles uzdevumiem.

Māsu loma jāattīsta mērķtiecīgi. Ārstu domnīcas darba lapās uzsvēta specializētu māsu un koordinatoru sagatavošanas nepieciešamība. Psihiskās veselības māsa var kļūt par nozīmīgu aprūpes nepārtrauktības figūru: sekot līdzi medikamentu lietošanai, veikt psihoizglītību, pamanīt paasinājumu pazīmes, koordinēt kontaktu ar ārstu un sociālo atbalstu, vadīt grupas vai atbalstīt ģimeni. Lai tas notiktu, nepieciešama mūžizglītība, amatu sarakstu pārskatīšana un skaidrs finansējums.

Jāveido darba slodzes un kvalitātes standarti. Psihiatru, rehabilitācijas speciālistu, klīnisko psihologu un māsu noslodzes izvērtējums jāveic gan stacionārā, gan ambulatorajā aprūpē. Standartiem jāņem vērā ne tikai vizīšu skaits, bet arī gadījumu sarežģītība, dokumentēšana, komandas sapulces, sadarbība ar sociālo un izglītības jomu, krīzes vadība un tuvinieku konsultēšana.

Darba drošība jāiekļauj plānā kā atsevišķs virziens. Tas ietver fiziskās vides uzlabošanu, deeskalācijas apmācības, agresīvu gadījumu vadības protokolus, juridisko aizsardzību, supervīziju un psiholoģisko atbalstu personālam pēc smagiem incidentiem. Ja sistēma prasa, lai profesionāļi strādā ar augsta riska situācijām, tai jānodrošina arī atbilstošs atbalsts.

2.11. Dati, kvalitāte un pilotprojektu izvērtēšana

Plānā nepieciešama datu un kvalitātes dimensija. Materiāli norāda, ka daudzviet trūkst kopīgas informācijas par pakalpojumiem, diagnozēm, risku, pieejamību un pēctecību. Speciālisti dzīvo informācijas vakuumā: probācija nezina par diagnozēm, psihiatrs nezina sociālo kontekstu, ģimenes ārsts var nezināt par BKUS vai stacionāra epizodi, sociālais dienests nevar rīkoties bez ārsta zīmes. Šī situācija rada gan drošības riskus, gan neefektīvu resursu izmantošanu.

Nepieciešams izveidot datu apmaiņas principus, kas saskaņo personas datu aizsardzību ar nepieciešamību nodrošināt koordinētu aprūpi. Tas nenozīmē visiem pieeju visam. Tas nozīmē skaidru minimālās nepieciešamās informācijas kopumu, piekļuves tiesības, pacienta piekrišanas mehānismus, krīzes izņēmumus un drošu informācijas nodošanu starp ārstniecību, sociālo jomu un citām iesaistītajām pusēm.

Kvalitāte jāvērtē pēc cilvēka ceļa, nevis tikai pēc pakalpojuma apjoma. Indikatori var ietvert laiku līdz pirmajam kontaktam, pārejas plāna esamību pēc stacionāra, ģimenes psihoizglītības nodrošinājumu, atkārtotu hospitalizāciju, recidīvu, pacienta sapratni par nākamo soli, personāla slodzi, pacienta un tuvinieka pieredzi, NVO iesaistes līmeni un starpinstitucionālo sapulču regularitāti.

Pilotprojekti jāizvērtē pirms paplašināšanas vai slēgšanas. Jānosaka, kāda problēma tika risināta, kādi pacienti sasniegti, kādi bija rezultāti, kādas bija izmaksas, kā tas ietekmēja citus pakalpojumus un kādi šķēršļi radās. Bez šādas izvērtēšanas valsts riskē atkārtot ciklu, kur inovatīvas idejas tiek sāktas, bet nepārvēršas sistēmiskā praksē.

2.12. Prevence, sabiedrības veselība un stigma

Prevencija materiālos parādās kā nepietiekami īstenota. Ārsti jautā: “Kāda prevencija? Tādas nav.” NVO norāda, ka sabiedriskā komunikācija bieži sākas pēc traģēdijas, nevis pirms tās. Atkarību jomā alkohola pieejamība, izvietojums veikalos, reklāmas un sociālās normas rada vidi, kas nepārtraukti atbalsta lietošanu, bet cilvēks ar atkarību pēc tam tiek stigmatizēts. vienlaikus kopumā sabiedrībā tiek normalizēta vielu lietošana ne tikai alkoholisko dzērienu lietošana, bet arī narkotisko vielu un smēķēšana, ņemot vērā vieglo produktu pieejamību, tiešsaistes un digitālo vidi, kas vēl papildus veicina produktu pieejamību.

Prevencijai jābūt daudzslāņainai. Skolās tai jāietver veselības pratība, emociju regulācija, kritiskās domāšanas attīstīšana, attiecību prasmes, antibulginga un nīgršanās mazināšanas programmas, atkarību riska izpratne un palīdzības meklēšanas prasmes. Galvenais preventijas mērķis ir attālināt vielu lietošanas uzsākšanas vecumu, īpaši bērnu un pusaudžu vecumā, jo šajā vecuma posmā attīstās smadzenes un vielu lietošana var īpaši negatīvi ietekmēt attīstību, radot paaugstinātu risku atkarības attīstībai un psihiskās veselības traucējumu attīstībai vēlākos gados. Primārajā aprūpē tai jāietver ģimenes ārstu kompetence pamanīt agrīnus signālus, veikt agrīnu pacienta risku izvērtēšanu un nosūtīt uz piemērotu atbalstu. Sabiedrības līmenī nepieciešamas informatīvas kampaņas vai mērķēti pasākumi konkrētām grupām atbilstošos informācijas kanālos, kas mazina stigmatu, normalizē palīdzības meklēšanu un veido skaidrību kā pozitīvu izvēli.

Atkarību preventijā jārunā arī par vielu pieejamības arhitektūru. **Jānodrošina, ka smēķēšanas produkti, alkohols un narkotiskās vielas nav viegli pieejamas.** Ja alkohols atrodas pie kases, degvielas uzpildes stacijās un ikdienas iepirkšanās vidē, cilvēks ar atkarību tiek pastāvīgi pakļauts riskam. Sabiedrības veselības pieeja prasa ne tikai individuālu atbildību, bet arī vidi, kas nepadara kaitīgu izvēli par visvieglāko izvēli. Tāpēc plānam jābūt savienotam **ar pierādījumos balstītiem atkarību izraisīto vielu pieejamības mazināšanas pasākumiem - narkotisko un psihotropo vielu pieejamības mazināšanas pasākumiem, alkohola lietošanas un smēķēšanas ierobežošanas politiku, stingru reklāmas regulējumu un sociālo komunikāciju.** Vienlaikus stingrai šo politiku ieviešanas uzraudzībai ir jākļūst par valsts prioritāti.

Stigmas mazināšana jāveido ar pacientu un tuvinieku iesaisti. Cilvēku stāsti var palīdzēt lauzt priekšstatus, bet tie jāizmanto ētiski, droši un neekspluatējoši. Īpaši smagu diagnožu gadījumā svarīgi nepadarīt cilvēku par simbolu, bet par līdzvērtīgu dalībnieku. Kampaņām jāuzsver, ka psihiska saslimšana vai atkarība nav iemesls izstumšanai, un ka savlaicīga palīdzība ir atbildīga rīcība.

2.13. Prioritāro rīcības virzienu matrica

Rīcības virziens	Pirmais solis	Atbildības centrs	Rezultāts līdz 2028. gadam
Pakalpojumu kartēšana	Veikt nacionālu pakalpojumu un vajadzību kartējumu pa mērķa grupām un reģioniem.	VM, NVD, pašvaldības, ārstniecības iestādes	Publiska un profesionāla pakalpojumu karte ar regulāru aktualizāciju.
Pacienta ceļa algoritmi	Izstrādāt vieglā valodā saprotamus algoritmus krīzei, paasinājumam, atkarību motivācijas logam un pēcstacionāra posmam.	VM, profesionālās asociācijas, NVO	Pacienti, tuvinieki un speciālisti saprot nākamo soli un atbildīgo kontaktu.
Gadījuma vadība	Pilotēt koordinātoru funkciju bērnu, duālo diagnožu un pēcstacionāra grupās.	VM, LM, pašvaldības, ārstniecības iestādes	Prioritārajām grupām pieejams cilvēks, kurš koordinē ceļu starp sistēmām.
Atkarību aprūpe	Izveidot dienas stacionāra un pirms/pēc ārstēšanas atbalsta pilotu atkarību pacientiem.	VM, narkoloģijas speciālisti, NVO	Narkoloģija kļūst par līdzvērtīgu, finansētu un mūsdienīgu aprūpes virzienu.
Bērni un jaunieši	Izstrādāt integrētu bērnu un jauniešu psihiskās veselības un atkarību atbalsta modeli.	VM, IZM, LM, TM, pašvaldības	Ātrāka piekļuve, ilgstoša rehabilitācija un skaidrs starpsektoru sadarbības mehānisms.
Komandas un lomas	Definēt multidisciplināras komandas līmeņus, psihologu, māsu, sociālo darbinieku un peer mentoru lomas.	VM, profesionālās organizācijas	Komandas darbs tiek apmaksāts un iekļauts pakalpojuma dizainā.
Zāles un terapijas	Pārskatīt kompensējamo zāļu un nemedikamentozu intervencu prioritātes.	VM, NVD, ZVA, profesionāļi	Pieejamāks, klīniskajai situācijai atbilstošs ārstēšanas klāsts.
Personāla drošība	Ieviest slodzes izvērtējumu, drošības protokolus un supervīzijas augsta riska jomās.	VM, iestādes, darba devēji	Mazāka izdegšana, drošāka aprūpe un labāka pacientu pieredze.

Prevence un stigma	Ieviest pierādījumos balstītas skolu profilakses programmas un īstenot starpnozaru sabiedrības veselības kampaņas vai mērķētus pasākumus	VM, IZM, SPKC, NVO	Mazāka stigma, agrāka palīdzības meklēšana un spēcīgāka veselībpratība.
--------------------	--	--------------------	---

Īstenošanas ceļa karte 2026-2028

Ceļa kartei jābūt secīgai. Pirmajā gadā nav jācenšas ieviest visus pakalpojumus vienlaikus. Jāizdara pamata darbi, bez kuriem nākamie soļi būs fragmentēti: kartēšana, pārvaldības komanda, mērķa grupu segmentācija, pacienta ceļu algoritmi, prioritāro pilotu dizains un finansējuma sasaistīšana ar reālu ieviešanu. Otrajā gadā jāpilotē un jāpaplašina tie risinājumi, kuri tieši aizpilda identificētos pārrāvumus. Trešajā gadā jāpieņem lēmumi par mērogošanu, normatīvu sakārtošanu un pastāvīgu finansējumu.

2026. gadā galvenais uzdevums ir sakārtot plāna arhitektūru. Tas ietver uzraudzības komandas izveidi, pakalpojumu kartējumu, datu apmaiņas problēmu izvērtējumu, pacienta ceļu izstrādi un prioritāro pilotprojektu izvēli. 2026. gadā jāizvairās no daudzu mazu aktivitāšu izkaisīšanas. Jāizvēlas tie virzieni, kuri nodrošina lielāko sistēmisko efektu: bērnu un jauniešu modelis, atkarību aprūpes modernizācija, gadījuma vadība un ambulatorās/pārejas aprūpes stiprināšana.

2027. gadā jāievieš pilotprojekti ar skaidru izvērtēšanu. Tie var ietvert reģionālu bērnu un jauniešu komandas modeli, atkarību dienas stacionāra programmu, pēcstacionāra pārejas atbalstu pirmreizējas psihozes pacientiem, peer mentoru pilotu, ģimenes psihoizglītošanas programmu un specializētu māsu/koordinatoru funkciju. Katram pilotam jābūt sākotnējam novērtējumam, regulārai datu ievākšanai un lēmuma punktam par turpināšanu.

2028. gadā jānotiek pārejai no pilotiem uz sistēmu. Tas nozīmē finansējuma modeļa nostiprināšanu, normatīvā regulējuma korekcijas, mācību programmu ieviešanu, amatu aprakstu un kompetenču sakārtošanu, kompensācijas lēmumu pieņemšanu un pakalpojumu kvalitātes indikatoru iekļaušanu regulārā uzraudzībā. Plāna noslēgumā jābūt nevis atskaitei par aktivitātēm, bet pierādījumam, ka pacienta ceļš ir kļuvis saprotamāks un nepārtrauktāks.

Periods	Fokuss	Galvenās darbības	Sagaidāmais rezultāts
2026. gads	Pamata arhitektūra	Uzraudzības komanda; pakalpojumu kartējums; mērķa grupu segmentācija; pacientu ceļi; pilotu dizains; finansējuma sākotnējā piesaiste.	Vienota kopaina un gatavība īstenot prioritāros risinājumus.
2027. gads	Pilotēšana un mācīšanās	Gadījuma vadības pilotprojekti; atkarību dienas stacionārs; bērnu un jauniešu integrētais modelis; peer mentorēšana; ģimeņu psihoizglītošana; personāla drošības pasākumi.	Pārbaudīti modeļi ar datiem par sasniedzamību, kvalitāti un izmaksām.
2028. gads	Mērogošana un nostiprināšana	Finansēšanas modeļa korekcijas; normatīvā sakārtošana; kompensācijas lēmumi; komandu lomu nostiprināšana; kvalitātes indikatoru ieviešana.	Sistēmā nostiprināti risinājumi, nevis tikai pabeigti projekti.

Ieteicamie progressa indikatori

Joma	Indikatora piemērs
Pieejamība	Laiks līdz pirmajam kontaktam krīzes, paasinājuma un atkarību motivācijas gadījumā.
Pēctecība	Pacientu īpatsvars ar pārejas plānu pēc stacionāra vai intensīvas programmas.
Saprotamība	Pacientu un tuvinieku īpatsvars, kuri zina nākamo soli pēc konsultācijas vai izrakstīšanas.

Komandas darbs	Gadījumu īpatsvars, kuros notikusi starpdisciplināra komandas apspriede.
Personāla labbūtība	Slodzes, izdegšanas, drošības incidentu un supervīziju rādītāji.
NVO iesaiste	Apmaksātu pacientu/NVO līdzdalības formātu un līdzbiedru mentorēšanas gadījumu skaits.
Reģionālā vienlīdzība	Pakalpojumu pieejamības atšķirības starp Rīgu, lielajām pilsētām un mazākām pašvaldībām.
Atkarību aprūpe	Pacientu noturēšanās ārstēšanā, recidīva prevencijas atbalsta pieejamība un zema slietības kontaktu skaits.
Bērni un jaunieši	Laiks no riska identificēšanas skolā/sociālajā dienestā līdz piemērotam atbalstam.

Noslēguma piezīme

Šīs priekšizpētes vērtība ir tajā, ka tā savieno pacientu pieredzi ar profesionāļu un institūciju redzējumu. Kopējā aina ir skaidra: nākamajam plānam jābūt mazāk deklaratīvam un vairāk ieviešamam; mazāk orientētam uz atsevišķām aktivitātēm un vairāk uz pacienta ceļu; mazāk balstītam pieņēmumā, ka cilvēks pats orientēsies, un vairāk balstītam koordinētā, cilvēkcentrētā atbalstā. Psihiatrijas un narkoloģijas jomā sistēmas kvalitāti nosaka spēja nepazaudēt cilvēku starp institūcijām. Tieši šī spēja jāpadara par nākamā plāna centrālo mērķi.

Izmantotie priekšizpētes materiāli un konceptuālās atsauces

Iekšējie priekšizpētes materiāli

- ⇒ Pacientu un pacientu tuvinieku dziļo interviju kopsavilkuma materiāli: 9 intervijas ar pacientiem un 5 intervijas ar pacientu tuviniekiem.
- ⇒ Pacientu un atbalsta organizāciju fokusgrupa Veselības ministrijā, 19. marts.
- ⇒ Valsts pārvaldes un ekspertu darbnīca Veselības ministrijā, 2. aprīlis.
- ⇒ Ārstu fokusgrupa, 16. aprīlis.
- ⇒ Ārstu domnīcas darba lapas par problēmām, sadarbību un risinājumiem.
- ⇒ Individuālie komentāri par psihisko veselību, psihoterapiju, psihologu lomu un narkoloģijas attīstību.

Konceptuālās atsauces

- ⇒ World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. WHA69.24, 2016.
- ⇒ World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. Geneva: WHO, 2021.
- ⇒ World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: WHO, 2021.
- ⇒ World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO, 2022.
- ⇒ WHO Regional Office for Europe. Scaling up mental health services within the primary health care approach, 2025.