

# PVO-AIMS

**PVO-AIMS  
ZIŅOJUMS PAR  
GARĪGĀS VESELĪBAS  
APRŪPES SISTĒMU  
LATVIJĀ**



**World Health  
Organization**



**LATVIJAS REPUBLIKAS  
VESELĪBAS MINISTRIJA**

**PVO-AIMS ZIŅOJUMS  
PAR**

**GARĪGĀS VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMU**

**LATVIJĀ**

*Ziņojums par garīgās veselības aprūpes sistēmas novērtējumu Latvijā,  
izmantojot Pasaules Veselības organizācijas (PVO) izveidotu novērtējuma  
instrumentu garīgās veselības aprūpes sistēmai (AIMS)  
(PVO-AIMS)*

*(Rīga, Latvija)*

*2006. gads*



**LATVIJAS REPUBLIKAS  
VESELĪBAS MINISTRIJA**

*Pasaules Veselības organizācijas pārstāvniecība Latvijā  
Pasaules Veselības organizācijas Eiropas Reģionālais birojs  
Pasaules Veselības organizācijas Garīgās veselības un atkarību izraisīto vielu nodaļa*

*Šo publikāciju veidojusi Pasaules Veselības organizācijas Latvijas pārstāvniecība sadarbībā ar Pasaules Veselības organizācijas Eiropas Reģionālo biroju un Pasaules Veselības organizācijas Galveno mītņi Ženēvā. No Pasaules Veselības organizācijas Galvenās mītnes šo darbu atbalstījusi Garīgās veselības un atkarību izraisīto vielu nodaļas Pierādījumu un pētniecības darba grupa, Neinfekciozo slimību un garīgās veselības darba grupa.*

*Papildu informācijai un komentāriem sazināties ar:*

- 1) Māris Taube, nacionālais sadarbības partneris sadarbībai ar Pasaules Veselības organizāciju garīgās veselības jomā,  
(e-pasts: taube@latnet.lv),*
- 2) Aiga Rūrāne, Pasaules Veselības organizācijas Latvijas pārstāvniecības vadītāja (e-pasts: who@undp.riga.lv),*
- 3) Matthijs Muijen, reģionālais konsultants, Garīgās veselības programma, Pasaules Veselības organizācijas Eiropas Reģionālais birojs  
(e-pasts: mfm@euro.who.int),*
- 4) Shekhar Saxena, Pasaules Veselības organizācijas Galvenā mītne Ženēvā  
(e-pasts: saxenas@who.int)*

ISBN 9984-9532-7-0

*Pasaules Veselības organizācija, 2006. gads*

*(Atsaucēm norādīt: WHO-AIMS Report on Mental Health System in Latvia, WHO and Ministry of Health, Riga, Latvia, 2006)*

*(Teksta autortiesības aizsargātas atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas noteikumiem)*

*Ir iedvesmojoši redzēt, ka laikā kopš 2002. gada (uz šo periodu attiecas ziņojumā izmantotie dati) notikusi pozitīva attīstība un ka vairākas ziņojumā izteiktās rekomendācijas jau ir ieviestas. Datu apkopošana, padziļināta to analīze, kā arī jau vairākus gadus sniegtais un nākotnē plānotais Pasaules Veselības organizācijas pastāvīgais atbalsts ir būtiski faktori, kas veicinājuši tālāko garīgās veselības politikas attīstību Latvijā. Mēs skaidri apzināmies, ka joprojām ir daudz darāmā, lai stiprinātu garīgās veselības pakalpojumu pieejamību un kvalitāti Latvijā. Mēs esam cieši apņēmušies turpināt šo procesu.*

*Gundars Bērziņš, Veselības ministrs*

## Priekšvēsture

Lai apkopotu informāciju par garīgās veselības aprūpes sistēmu Latvijā, tika izmantots Pasaules Veselības organizācijas izveidots novērtējuma instruments garīgās veselības aprūpes sistēmai (PVO-*AIMS*).

Šo projektu Latvijā īstenoja Māris Taube (Garīgās veselības valsts aģentūras analīzes un attīstības departaments). Pētījuma sagatavošana nebūtu iespējama bez sadarbības ar Latvijas Republikas Veselības ministriju, Izglītības un zinātnes ministriju, Tieslietu ministriju, Latvijas Cilvēktiesību un Etnisko studiju centru. Par atbalstu mēs pateicamies arī Rutai Krievkalnai, Ilzei Gerhardei, Veltai Lācei, Atim Mārtinsonam.

Šī pētījuma izstrādē palīdzēja sadarbība ar Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūru, Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūru, Latvijas Centrālo statistikas pārvaldi.

Projektu atbalstīja Aiga Rūrāne, Pasaules Veselības organizācijas Latvijas pārstāvniecības vadītāja.

Projektu atbalstīja arī *Matthijs Muijen*, reģionālais padomnieks garīgās veselības jomā, Pasaules Veselības organizācijas Eiropas Reģionālais birojs.

Pasaules Veselības organizācijas novērtējuma instruments garīgās veselības aprūpes sistēmai (PVO – *AIMS*) ir konceptuāli izstrādāts Garīgās veselības pierādījumu un pētniecības darba grupā (*MER*), kas darbojas Garīgās veselības un atkarību izraisošo slimību nodaļā, Pasaules Veselības organizācijas Galvenajā mītnē Ženēvā, sadarbībā ar kolēģiem gan Pasaules Veselības organizācijā, gar ārpus organizācijas.

Pilnīgai informācijai par PVO-*AIMS* (WHO, 2005), lūdzu, skatīt tīmekļa vietni:  
[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html)

Projektam finansiālu palīdzību un/vai personāla atbalstu nodrošināja: ASV Valsts garīgās veselības institūts (*NIMH*) (Valsts Veselības institūtu sistēmas ietvaros) un Garīgās veselības pakalpojumu centrs (Atkarību izraisošo vielu un garīgās veselības pakalpojumu administrācijas [*SAMHSA*] ietvaros). Lombardijas reģionālā veselības pārvalde Itālijā, Beļģijas Sabiedrības veselības ministrija, Neiroloģijas zinātņu, garīgās veselības un atkarību institūts, Kanādas veselības pētniecības institūti.

PVO-*AIMS* darba grupā no Pasaules Veselības organizācijas Galvenās mītnes Ženēvā darbojās: *Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena, Tom Barrett, Antonio Lora, Mark van Ommeren, Jodi Morris* un *Grazia Motturi*. Papildu palīdzību sniedz *Anna Maria Berrino*.

PVO-*AIMS* projektu koordinē *Shekhar Saxena*.

### **Priekšvārds ziņojuma latviskajai versijai**

Šajā priekšvārdā es vēlētos lasītājiem sniegt nelielu ieskatu materiāla tapšanas vēsturē, kā arī norādīt šī darba nozīmi Latvijas garīgās veselības attīstībā.

Darbs pie šī garīgās veselības novērtēšanas instrumenta sākās 2002. gadā. Latvija piedalījās tā izstrādē, kā arī kopā ar virkni valstu – Albāniju, Barbadosu, Ekvadoru, Indiju, Keniju, Moldovu u.c. – pilotprojekta veidā realizēja izstrādātā instrumenta aprobāciju, apkopojot savas valsts datus par 2002. gadu.

Tāpat kā jebkuras jaunas idejas realizācija, arī novērtēšanas instrumenta PVO-*AIMS* izstrāde nebija vienkārša, tāpēc arī rezultātu mēs ieraugām tikai šodien.

Jebkura standartizēta kādas sabiedrības jomas novērtēšanas instrumenta izveide, jo sevišķi – tāda instrumenta, kas pretendē uz vienlīdz efektīvu izmantošanu visās pasaules valstīs, ir sarežģīts uzdevums un neizbēgami saistīts ar nepilnībām. Katrs ziņojumā norādītais fakts atbilst stingri noteiktām definīcijām, izstrādes gaitā tās tika saskaņotas un pārbaudītas ar sadarbības partneriem un Pasaules Veselības organizāciju. Tādēļ vēlos jau iepriekš atvainoties tiem lasītājiem, kuri, iespējams, neatradīs ziņojumā atsevišķas savu organizāciju veiktās pozitīvās aktivitātes tikai tādēļ, ka tās precīzi neatbilda definīcijām. Kā piemēru gribu minēt Latvijas Cilvēktiesību biroja nozīmīgo un vajadzīgo darbu, bet tā funkcijas pilnībā neatbilst PVO-*AIMS* izvirzītām prasībām – veikt regulāras pārbaudes psihiatriskajās iestādēs, izvērtēt pacientu stacionēšanu pret viņu gribu, kā arī kontrolēt viņu izrakstīšanu, vajadzības gadījumā slēgt psihiatriskās iestādes. PVO-*AIMS* definējumā Latvijas Cilvēktiesību birojam vajadzētu būt tai organizācijai, kura izvērtē pacientu stacionēšanu slimnīcā pret viņu gribu un kontrolē izrakstīšanu, bet Latvijā šobrīd nav šādas sistēmas un prakses.

Latvijā tika veikta PVO-*AIMS* instrumenta aprobācija, un mēs centāmies iespējami strikti ievērot tā nosacījumus. Manuprāt, lietderīgi ir tas, ka mums ir iespēja izvērtēt realizētās aktivitātes, pilnveidot un uzlabot tās.

Nobeigumā gribētu uzsvērt, ka PVO-*AIMS* projekts būtiski palīdzēja Latvijai izvērtēt valsts garīgās veselības situāciju attiecīgajā laikā, kā arī bija pamats starptautiski atzītiem garīgās veselības aprūpes standartiem maksimāli atbilstošas garīgās veselības politikas izstrādei.

Ar cieņu,  
Māris Taube

# PVO-AIMS ZIŅOJUMS PAR LATVIJU

## Ievads

### *Valsts*

Latvijas teritorijas lielums ir aptuveni 65 tūkstoši kvadrātkilometru un iedzīvotāju kopskaits – 2 345 768. Valsts iedzīvotāji runāja pārsvarā latviski un krieviski, lielākās etniskās grupas bija latvieši un krievi. Lielākā reliģiskā grupa bija luterāņi. Atbilstoši Pasaules Bankas kritērijiem 2004. gadā valsts bija „augstākā vidējā ienākumu līmeņa” grupā.

Aptuveni 15 % iedzīvotāju bija jaunāki par 15 gadiem, 22 % iedzīvotāju bija vecāki par 60 gadiem. Aptuveni 49 % valsts iedzīvotāju dzīvoja tās lielākajā pilsētā Rīgā. Paredzamā dzīvildze vīriešiem bija 64,6 gadi un sievietēm – 75,8 gadi. Paredzamā dzīvildze labas veselības stāvoklī bija 58 gadi vīriešiem un 68 – sievietēm (ANO, 2004., PVO 2004.).

Veselības budžeta daļa no kopējā IKP bija 6,4 %. Kopējie izdevumi veselībai uz personu bija 509 starptautiskie \$, savukārt valsts finansētie izdevumi uz personu veselības jomā bija 267 starptautiskie \$ (PVO, 2004.). Latvijā uz 100 000 iedzīvotājiem bija 13,8 slimnīcas gultasvietas un 1351 ģimenes ārsts. Latvijā visas slimnīcas gultasvietas bija valsts sektorā. Valstī bija 515 primārās veselības aprūpes iestādes (ārstu prakses, ambulances, veselības centri, primārās veselības aprūpes centri).

### *Garīgās veselības traucējumu epidemioloģija Latvijā*

Garīgās veselības atlantā (*Mental Health Atlas*, PVO, 2005) tika apkopota daļa datu par garīgās veselības situāciju Latvijā. Ziņojumā teikts (*Wasserman et al*, 1998a), ka bijušās PSRS teritorijā pašnāvību skaits laikposmā no 1984. līdz 1990. gadam būtiski atšķīries atkarībā no reģiona, pat no 3,5 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem Kaukāzā (Gruzijā, Azerbaidžānā un Armēnijā) līdz 28,0 Baltijas valstīs (Latvijā, Lietuvā un Igaunijā). Šāda tendence novērota gan vīriešiem, gan sievietēm, turklāt vīriešiem pašnāvību skaits bija no 4,9 Kaukāza reģionā līdz pat 45,9 Baltijas valstīs; pašnāvību skaits sievietēm Kaukāzā bija 2,1, savukārt Baltijas valstīs – 2,3. Laikposmā no 1984. līdz 1990. gadam bijušās PSRS teritorijā pašnāvību skaits samazinājās par 32 % vīriešu un par 19 % sieviešu grupā (*Wasserman et al*, 1998b). Laikā no 1968. līdz 1984. gadam Latvijā vidējais pašnāvību rādītājs uz 100 000 vīriešu bija 52,5, savukārt sieviešu – 14,3.

Pašnāvību skaits perestroikas laikā visās bijušajās PSRS republikās samazinājās. Latvijā vīriešu pašnāvību skaits laikā no 1986. līdz 1990. gadam samazinājās par 26,6 % salīdzinājumā ar laikposmu no 1968. līdz 1984. gadam. Sieviešu pašnāvību skaits būtiski nemainījās. Vīriešu-sieviešu attiecība pašnāvību skaita ziņā samazinājās no 3,7 (1968.–

1984. gads) līdz 3,1 (1986.–1990. gads) (*Varnik et al, 1994.*). Ir konstatēts (*Rancāns et al, 2001a*), ka pašnāvību radītāji ievērojami svārstījušies laikā no 1980. līdz 1998. gadam. Tas lielā mērā bijis atkarīgs no vīriešu pašnāvību radītājiem, kas maksimālo skaitu, tas ir, 72 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem, sasniedza 1993. gadā. Pēkšņais iekšzemes kopprodukta kritums, straujais pirmreizējo alkohola psihožu skaita pieaugums un augstais bezdarbnieku procents precīzi neatbilst pašnāvības radītāju dinamikai. Pētījumā konstatēts (*Rancāns et al, 2001b*) arī fakts, ka vispārējais pašnāvību mēģinājumu skaits pilsētās bijis 149 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem. Piecpadsmit gadu vecu un vecāku personu grupā vīriešu-sieviešu pašnāvību attiecība bijusi 1:0,9. Augstākie radītāji sievietēm bija vecumā no 15 līdz 24 un vīriešiem vecumā no 25 līdz 34 gadiem. Sievietes 75 % gadījumu mēģinājušas izdarīt pašnāvību noindējoties. Savukārt vīrieši 60 % gadījumu izmantojuši vardarbīgākas metodes, piemēram, vēnu griešanu. Šādas metodes izvēle bija saistīta galvenokārt ar alkohola lietošanu. Novērojot 1412 Latvijas iedzīvotājus, kas strādāja Černobiļas avārijas seku likvidācijas darbos un ir iekļauti Latvijas Černobiļas avārijas seku likvidēšanas darbinieku valsts reģistrā (*Viel et al, 1997*), konstatēts lielāks psihosomatiskais stress, jo īpaši tiem, kas ilgāku laikposmu strādājuši bīstamos darba apstākļos.

#### *PVO-AIMS instruments*

Pasaules Veselības organizācijas novērtējuma instruments garīgās veselības aprūpes sistēmai (*PVO-AIMS*) ir jauns līdzeklis būtiskas informācijas vākšanai par garīgās veselības aprūpes sistēmu kādā valstī vai reģionā (*PVO, 2005.; Saxena et al, 2005*). Šādas informācijas savākšanas mērķis ir uzlabot veselības aprūpes sistēmu un iegūt sākotnējos datus izmaiņu fiksēšanai. *PVO-AIMS* ir iecerēts, galvenokārt lai novērtētu garīgās veselības aprūpes sistēmu valstīs ar zemu un vidēju ienākuma līmeni, tomēr tas ir vērtīgs instruments arī valstīs, kurās ienākumu līmenis ir augsts. Tādēļ *PVO-AIMS* ar terminu „garīgās veselības aprūpes sistēma” saprot darbības, kuru galvenais mērķis ir veicināt, atjaunot un saglabāt garīgo veselību. Garīgās veselības aprūpes sistēmā iekļaujamās visas organizācijas un resursi, kas paredzēti tieši garīgās veselības uzlabošanai. *PVO-AIMS 2.1.* ietver 6 jomas, 28 nozares un 156 vienības, kurās ietverti visi būtiskākie garīgās veselības aprūpes sistēmas aspekti. Turklāt tajā ir arī citi resursi, piemēram, datu ievades programma un veidne ziņojuma par kādu valsti rakstīšanai, un tas dod iespēju valstīs efektīvi veikt datu apkopošanas darbu un pēc tam to atbilstoši izmantot plānošanai.

*PVO-AIMS* īstenošana varētu sniegt informāciju par pozitīviem aspektiem un trūkumiem, lai veicinātu garīgās veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanu. *PVO-AIMS* valstīm dos iespēju izstrādāt garīgās veselības plānus, balstoties uz sākotnēji iegūto informāciju un izvirzītajiem mērķiem. Tāpat tas būs lietderīgs, lai novērtētu attīstību, īstenojot reformas, sniedzot sabiedrībā balstītu aprūpi un iesaistot garīgās veselības norisēs pakalpojumu lietotājus, ģimenes locekļus un citas ieinteresētās personas garīgās veselības veicināšanā, profilaksē, aprūpē un rehabilitācijā.

Dati ir vākti 2003. gadā un attiecas uz 2002. gadu.

## Kopsavilkums un komentāri

Pasaules Veselības organizācijas novērtējuma instrumenta garīgās veselības aprūpes sistēmai (PVO-AIMS) izmantošanas mērķis Latvijā bija savākt būtisku informāciju par šīs valsts garīgās veselības aprūpes sistēmu un uzlabot to, kā arī iegūt sākotnējos datus, ko varētu izmantot izmaiņu fiksēšanai.

Ziņojumā par valsti dati apkopoti sešās jomās: politika un tiesiskā struktūra, garīgās veselības pakalpojumi, garīgā veselība primārās veselības aprūpes līmenī, cilvēkresursi, valsts izglītība un saikne ar citiem sektoriem, monitorings un pētniecība.

**Pirmā joma – politika un tiesiskā struktūra** – sniedz pārskatu par politiku, plāniem, tiesību aktiem, garīgās veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanu, kā arī cilvēktiesību politiku Latvijā. Kopš 2003. gada Latvijā nav garīgās veselības aprūpes plāna. Garīgās veselības likumdošanas akti ir vispārējās veselības aprūpes likumdošanas daļa. Plāna un likuma apstiprināšana ir jāizvirza par prioritāti, lai nodrošinātu atbilstību Eiropas Padomes pieņemtajai Eiropas Cilvēktiesību konvencijai un Pasaules Veselības organizācijas rekomendācijām. Būtiskāko medikamentu sarakstā bija iekļautas visas psihotropo zāļu terapeitiskās klases, bet 2002. gadā valsts medikamentus apmaksāja tikai bērniem un ar šizofrēniju sirgstošiem pieaugušajiem. Veselības ministrija garīgās veselības vajadzībām novirzīja 6,3 % veselības aprūpes izdevumu, no tiem aptuveni 80 % tika novirzīti psihiatriskajām slimnīcām.

**Otrā joma – garīgās veselības aprūpes pakalpojumi** – risina šādus jautājumus: garīgās veselības aprūpes pakalpojumu organizēšana, garīgās veselības ambulatorās iestādes, dienas aprūpes iestādes, sabiedrībā balstītas psihiatriskā profila stacionārās nodaļas, sabiedrībā balstītas ar pacientu dzīvesvietu saistītas iestādes, psihiatriskās slimnīcas, tiesu un citas veida ar pacientu dzīvesvietu saistītas aprūpes iestādes, kā arī iestāžu vienlīdzīga pieejamība. Garīgās veselības pakalpojumi bija organizēti noteiktai aprūpes teritorijai. 2002. gadā valstī bija 43 garīgās veselības ambulatorās iestādes, pieci dienas stacionāri, divas psihiatriskā profila nodaļas pie vispārējām slimnīcām (viena pieaugušajiem, otra bērniem un pusaudžiem) un deviņas psihiatriskās slimnīcas. 2002. gadā sabiedrībā balstītu ar pacientu dzīvesvietu saistītu iestāžu nebija vispār. Latvijā bija 316 gultasvietas uz katriem 100 000 iedzīvotājiem – lielāko daļu gultu valstī nodrošināja tieši psihiatriskās slimnīcas un „citas ar pacientu dzīvesvietu saistītas iestādes” ārpus garīgās veselības sistēmas.

Vairums pakalpojumu lietotāju tika ārstēti ambulatoros kabinetos (2681 pacienti uz 100 000 iedzīvotājiem) un psihiatriskajās slimnīcās (729 pacienti uz 100 000), savukārt to aprūpēto skaits, kas tika ārstēti vispārēja profila slimnīcu psihiatriskajās nodaļās un dienas stacionāros, bija mazāks. Pakalpojumus ārpus stacionāra iestādēs un psihiatriskajās slimnīcās saņēma galvenokārt pacienti ar tādām diagnozēm kā šizofrēnija, šizotipiski traucējumi un murgi, kā arī traucējumi, kurus ierindo kategorijā „cita veida traucējumi”, piemēram epilepsija, organiski psihiski traucējumi, garīgā atpalicība u.tml. Kopumā garīgās veselības aprūpes sistēmā Latvijā psihiatriskās slimnīcas tika uzskatītas par galveno palīdzības sniegšanas veidu cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem.

**Trešā joma – garīgā veselība primārās veselības aprūpes līmenī** – apraksta primārās veselības aprūpes lomu garīgās veselības aprūpes sistēmā. Tajā iekļauta informācija par primārās aprūpes darbinieku apmācību garīgās veselības jautājumos, sadarbība starp primārās aprūpes un garīgās veselības aprūpes pakalpojumu dienestiem, kā arī psihotropo medikamentu pieejamība primārās veselības aprūpes līmenī. Tikai neliela daļa apmācības programmas (1 % ārstiem un 2 % medicīnas māsām) bija veltīta garīgās veselības jautājumiem. Latvijā primārās aprūpes klīnikās ārstniecisko darbu veica galvenokārt ārsti, medmāsas un citi vidējā un jaunākā medicīniskā personāla darbinieki nedrīkstēja izrakstīt psihotropos medikamentus. Saikne starp garīgās veselības dienestu un primāro aprūpi būtu jāuzlabo.

**Ceturtais joma – cilvēkresursi** – pievēršas garīgās veselības aprūpes jomā strādājošajiem, profesionāļu apmācības jautājumam garīgās veselības jomā, kā arī pakalpojumu lietotāju un viņu ģimenes locekļu organizāciju lomai. Latvijā dati par privātā sektorā strādājošajiem nebija pieejami. Kopējais garīgās veselības darbinieku skaits bija 99,2 uz 100 000 iedzīvotājiem. 76 % psihiatru, 93 % medicīnas māsu un 95 % psihologu, sociālo darbinieku un darba terapeitu strādāja psihiatriskajās slimnīcās. Sabiedrībā balstītās ārpus stacionāra aprūpes iestādēs nebija pietiekama skaita darbinieku. Latvijā pakalpojumu lietotāju un viņu ģimenes locekļu asociācijas bija nelielas, tās nesaņēma finansiālu vai citādu palīdzību no valsts, to ietekme uz politikas veidošanas procesu bija niecīga.

**Piektā joma – valsts izglītība un saikne ar citiem sektoriem** – risina jautājumus, kas saistīti ar sabiedrības informēšanu par garīgo veselību, tiesiskiem un finanšu noteikumiem attiecībā uz personām ar garīgās veselības traucējumiem, kā arī saikni ar citiem sektoriem. Pēdējo piecu gadu laikā nebija bijusi neviena izglītojoša kampaņa. Tiesiskie un administratīvie noteikumi attiecībā uz personām ar nopietniem garīgiem traucējumiem ir bijuši, kaut ieviesti daļēji. Nebija oficiālas sadarbības programmas, kuras būtu īstenojusi īpaša garīgās veselības nodaļa vai citi departamenti/aģentūras Veselības ministrijā, tāpat netika aizsāktas programmas citās ministrijās. Reģionālā līmenī garīgās veselības aktivitātes tika īstenotas skolās un soda izpildes sistēmas iestādēs. Skolās strādā garīgās veselības aprūpes speciālisti (psihologi). Policisti, tiesneši un advokāti ir piedalījušies izglītojošās aktivitātēs par garīgo veselību un visās brīvības atņemšanas iestādēs vismaz viens apcietinātais mēnesī ir saņēmis garīgās veselības aprūpes speciālista palīdzību.

**Sestā joma – monitorings un pētniecība** – sniedz ieskatu garīgās veselības informācijas sistēmas darbībā Latvijā un garīgās veselības pētniecības jomā. Veselības ministrija saņēma datus no visām psihiatriskajām slimnīcām, vispārēja profila slimnīcu psihiatriskajām nodaļām un ambulatorajām garīgās veselības aprūpes iestādēm. Informācijas sistēmā būtu jābūt datiem par pacientu stacionēšanu pret viņu gribu vai piespiedu izolācijas pasākumiem. Pētniecības darba apjoms Latvijā bija nenožīmīgs.

## **Pirmā joma – politika un tiesiskā struktūra**

### **Politika, plāni un likumdošana**

Latvijas garīgās veselības politika pēdējo reizi tika pārskatīta 2000. gadā, un tā sastāvēja no šādām daļām: pakalpojumu organizēšana (sabiedrībā balstītu garīgās veselības aprūpes pakalpojumu attīstība un lielo psihiatrisko slimnīcu samazināšana), garīgās veselības aprūpes komponentes iekļaušana primārajā veselības aprūpē, pacientu tiesību pārstāvēniecība un garīgās veselības veicināšana, pakalpojumu lietotāju cilvēktiesību aizsardzība, vienādu iespēju nodrošināšana dažādām grupām garīgās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, kvalitātes uzlabošanas un monitoringa sistēma. Līdz 2003. gadam bija spēkā garīgās veselības aprūpes plāns, taču pēc 2003. gada tāda nav, kā arī nav rīcības plāna ārkārtas situācijās garīgās veselības jomā.

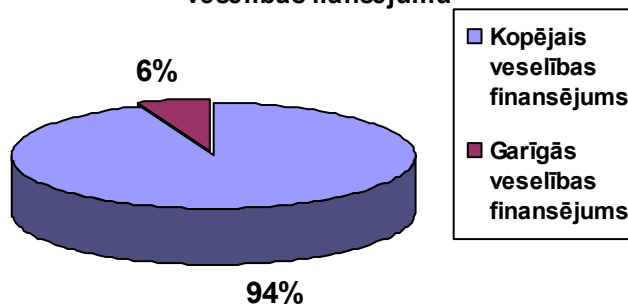
Pēdējais garīgās veselības tiesību akts stājās spēkā 1997. gadā, tajā uzmanība ir pievērsta garīgās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībai, tajā skaitā iespējami mazāk kaitējošas ārstēšanas un aprūpes pieejamībai, garīgās veselības pakalpojumu lietotāju un viņu ģimenes locekļu tiesībām, brīvprātīgu ārstēšanu un ārstēšanu pret pacientu gribu, kā arī medicīnas profesionāļu un iestāžu kvalitātes uzlabošanai un monitorēšanai. Garīgās veselības likumdošanas jautājumi ir iekļauti kopējos veselības aprūpi reglamentējošos likumdošanas aktos, savukārt specifiska garīgās veselības likumdošana vēl tiek izstrādāta.

2002. gadā tika papildināts kompensējamo bāzes medikamentu saraksts. Tajā iekļautas visas psihotropo zāļu terapeitiskās klases (antipsihotiskie līdzekļi, anksiolītiķi, antidepresanti, garastāvvokļa stabilizatori un pretepilepsijas līdzekļi).

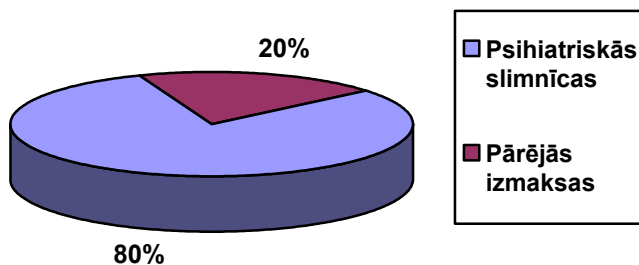
### **Garīgās veselības aprūpes pakalpojumu finansēšana**

6 % no kopējiem valsts apmaksātiem veselības izdevumiem tika novirzīti garīgajai veselībai (attēls 1.1.). No visiem garīgās veselības izdevumiem aptuveni 80 % tika novirzīti psihiatriskajām slimnīcām (attēls 1.2.). 2002. gadā tikai 0,8 % Latvijas iedzīvotāju varēja saņemt psihotropos medikamentus bez maksas vai vismaz par 80 % lētāk. Visas psihiskās slimības un garīgās veselības problēmas bija iekļautas valsts apmaksas sistēmā. Pacienti, kas maksāja par medikamentiem paši, antipsihotisku medikamentu vai antidepresantu terapijas izmaksas bija 2 % no minimālajiem dienas ienākumiem.

Attēls 1.1. Garīgās veselības finansējums, salīdzinot ar kopējo veselības finansējumu



Attēls 1.2. Psihiatrisko slimnīcu finansējums, salīdzinot ar kopīgiem garīgās veselības izdevumiem



### Cilvēktiesību politika

Latvijā nebija Valsts cilvēktiesību uzraudzības iestādes. Aptuveni divās trešdaļās psihiatrisko slimnīcu vismaz reizi gadā bija veikta pārbaude par pacientu cilvēktiesību ievērošanu, savukārt nevienā no vispārēja profila slimnīcu psihiatriskām nodaļām vai sabiedrībā balstītām ar pacientu dzīvesvietu saistītām iestādēm šādas pārbaudes netika veiktas. Turklāt nevienā no šīm iestādēm nenotika vismaz vienas dienas apmācības kursi vai semināri par pacientu cilvēktiesību aizsardzības jautājumiem.

## **Otrā joma – garīgās veselības aprūpes pakalpojumi**

### **Garīgās veselības aprūpes pakalpojumu organizēšana**

Valstī nebija atbildīgās iestādes par garīgo veselību. Garīgās veselības pakalpojumi bija organizēti noteiktai aprūpes teritorijai. Tomēr tikai pusē psihiatrisko slimnīcu darbojās ārpus stacionārās aprūpes iestādes (ambulatorās nodaļas).

### **Ambulatorās garīgās veselības aprūpes iestādes**

Valstī bija 43 ambulatorās garīgās veselības iestādes, no tām 2 % bija paredzētas tikai bērniem un pusaudžiem. Šajās iestādēs apkalpoja 2681 pakalpojumu saņēmējus uz 100 000 iedzīvotājiem. No visiem pakalpojumu saņēmējiem, kas ārstēti ambulatorajās garīgās veselības aprūpes iestādēs, 20 % bija bērni vai pusaudži.

Ambulatorajās garīgās veselības aprūpes iestādēs ārstētiem pacientiem bija galvenokārt šizofrēnija, šizotipiski traucējumi un murgi (28 %), kā arī traucējumi, kurus ierindo kategorijā „cita veida traucējumi”, piemēram, epilepsija, organiski psihiski traucējumi, garīgā atpalicība, uzvedības un emocionālas dabas traucējumi, kas pārsvarā sāk izpausties bērnībā un pusaudža gados, psiholoģiskās attīstības traucējumi (54 %). Vidēji gada laikā viens pacients trīs reizes bija apmeklējis ambulatorās garīgās veselības aprūpes iestādes.

Izvērtējot pacientiem pieejamās ārstniecības iespējas, izrādījās, ka tikai daži (1–20 % pacientu) ambulatorajās garīgās veselības aprūpes iestādēs bija saņēmuši psihosociālu ārstēšanu. Visās ambulatorajās garīgās veselības aprūpes iestādēs vai to tuvumā esošās aptiekās visu gadu bija pieejams vismaz viens psihotropais medikaments no katras terapeitiskās klases (antipsihotiskais līdzeklis, antidepresants, garastāvokļa stabilizators, anksiolītiķis un pretepilepsijas līdzeklis). Visas ambulatorās garīgās veselības aprūpes iestādes vajadzības gadījumā nodrošināja pacientu aprūpi viņu dzīvesvietā. Tikai 2 % iestāžu bija mobilās garīgās veselības aprūpes komandas.

### **Dienas aprūpes iestādes**

Valstī bija piecas garīgās veselības dienas aprūpes iestādes, no tām neviena nebija paredzēta tikai bērniem un pusaudžiem. Šajās iestādēs 2002. gadā aprūpēja 30,8 pacientus uz 100 000 iedzīvotājiem. Dienas aprūpes iestādēs bērni un pusaudži netika ārstēti. Vidēji dienas aprūpes iestādēs pacients pavadīja 39,5 dienas gadā.

### **Sabiedrībā balstītas psihiatriskā profila stacionārās nodaļas**

2002. gadā valstī bija divas psihiatriskā profila nodaļas vispārējās slimnīcās – kopā 60 gultas (2,5 gultas uz 100 000 iedzīvotājiem). Galvenokārt vispārējo slimnīcu psihiatriskajās nodaļās tika ārstēti bērni un pusaudži – 83 % gultu bija paredzētas tikai bērniem un pusaudžiem, kā arī 50 % uzņemto šajās nodaļās bija bērni vai pusaudži. Šajās nodaļās uzņemto sieviešu skaits bija mazāks par pusi (46 %). Pacienti vispārējo slimnīcu psihiatriskajās nodaļās pavadīja vidēji 15,2 dienas.

Nebija pieejami dati par pacientu stacionēšanu pret viņu gribu vai piespiedu izolācijas pasākumiem psihiatriskā profila nodaļās vispārējās slimnīcās.

Sabiedrībā balstītās psihiatriskā profila stacionārajās nodaļās galvenokārt tika uzņemti pacienti ar tādām divu grupu diagnozēm kā šizofrēnija, šizotipiski traucējumi un murgi (21 %), kā arī traucējumi, kurus ierindo kategorijā „cita veida traucējumi”, piemēram, epilepsija, organiski psihiski traucējumi, garīgā atpalcība, uzvedības un emociju traucējumi, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudžu vecumā, psiholoģiskās attīstības traucējumi.

No 1 % līdz 20 % sabiedrībā balstītu psihiatriskā profila stacionāro nodaļu pacientu vismaz reizi pēdējā gada laikā bija saņēmuši psihosociālu palīdzību. Visās sabiedrībā balstītās psihiatriskā profila stacionārajās nodaļās bija pieejams vismaz viens psihotropais medikaments no katras terapeitiskās grupas (antipsihotiskais līdzeklis, antidepresants, garastāvokļa stabilizators, anksiolītiķis un pretepilepsijas līdzeklis).

### **Sabiedrībā balstītas ar pacientu dzīvesvietu saistītas iestādes**

Valstī nebija sabiedrībā balstītas ar pacientu dzīvesvietu saistītas iestādes.

### **Psihiatriskās slimnīcas**

Latvijā bija deviņas psihiatriskās slimnīcas ar 3135 gultām (134 gultas uz 100 000 iedzīvotājiem). No 1997. līdz 2002. gadam gultasvietu skaits psihiatriskajās slimnīcās samazinājās par 20 %. Aptuveni pusē (56 %) psihiatrisko slimnīcu darbojās ambulatorās aprūpes struktūrvienības. Uzņemto pacientu skaits psihiatriskajās slimnīcās bija 729 uz 100 000 iedzīvotājiem.

Pretstatā psihiatriskā profila nodaļām vispārējās slimnīcās, psihiatriskajās slimnīcās ārstēja galvenokārt pieaugušos – tikai 9 % psihiatrisko slimnīcu gultas bija paredzētas bērniem un pusaudžiem. Visbiežāk diagnosticētās saslimšanas psihiatriskajās slimnīcās bija šizofrēnija, šizotipiski traucējumi un murgi (42 %) un traucējumi, kurus ierindo kategorijā „cita veida traucējumi”, piemēram, epilepsija, organiski psihiski traucējumi, garīgā atpalcība, uzvedības un emocionālas dabas traucējumi, kas pārsvarā sāk izpausties bērnībā un pusaudža gados, psiholoģiskās attīstības traucējumi (36 %).

Pacienti psihiatriskā slimnīcā pavadīja vidēji 67 dienas. 66 % pacientu psihiatriskajās slimnīcās uzturējās mazāk nekā gadu, 14 % pacientu uzturējās 1 līdz 4 gadus, 11 % pacientu – 5 līdz 10 gadus un 9 % pacientu – vairāk nekā 10 gadus.

Psihiatriskajās slimnīcās 2002. gadā vismaz vienu reizi psihosociālu palīdzību saņēma 1 līdz 20 % pacientu. Visās psihiatriskajās slimnīcās bija pieejams vismaz viens psihotropais medikaments no katras terapeitiskās klases (antipsihotiskais līdzeklis, antidepresants, garastāvokļa stabilizators, anksiolītiķis un pretepilepsijas līdzeklis).

Nebija pieejami dati par pacientu stacionēšanu pret viņu gribu vai piespiedu izolācijas pasākumiem psihiatriskās slimnīcās.

### **Tiesu psihiatrijas un citas ar pacientu dzīvesvietu saistītās iestādes**

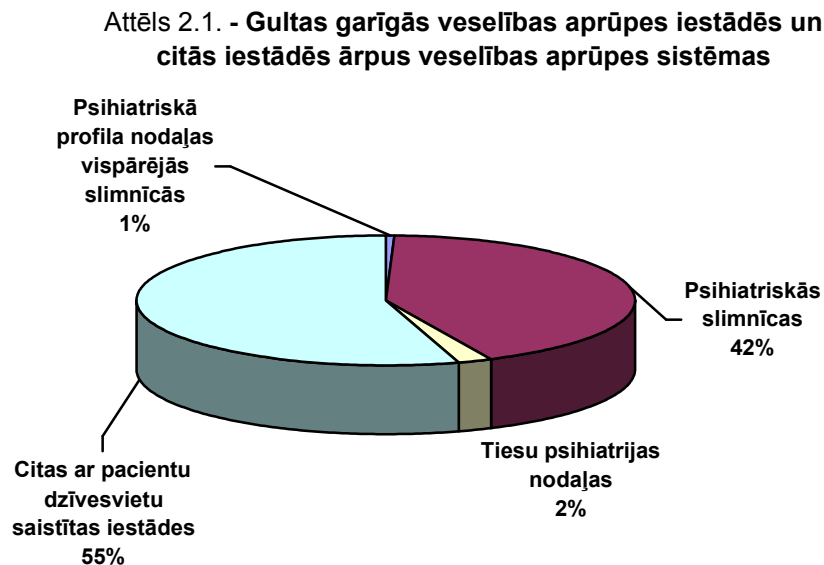
Papildus gultām garīgās veselības aprūpes iestādēs Latvijā bija arī 160 gultas (6,8 uz 100 000 iedzīvotājiem) tiesu psihiatrijas pacientiem. 4071 gultas (173 uz 100 000 iedzīvotājiem) bija ārpus garīgās veselības aprūpes iestāžu tīkla. Šie „citas ar pacientu dzīvesvietu saistītās iestādes” oficiāli nav klasificētas kā garīgās veselības aprūpes iestādes, tomēr tajās vairumam mītošo cilvēku bija garīgās veselības traucējumu diagnozes (piemēram, garīga atpalcība, dažādas atkarības, demence, epilepsija).

### **Iestāžu vienlīdzīga pieejamība**

Aptuveni divas trešdaļas (64,5 %) psihiatrisko gultu valstī atradās lielākajās pilsētās vai to tuvumā. Šāds izvietojums liedz pakalpojumus izmantot personām no lauku rajoniem. Valstī nepastāv problēmas, kas būtu saistītas ar garīgās veselības pakalpojumu pieejamību dažādu minoritāšu grupām (piemēram, lingvistiskā, etniskā vai reliģiskā ziņā).

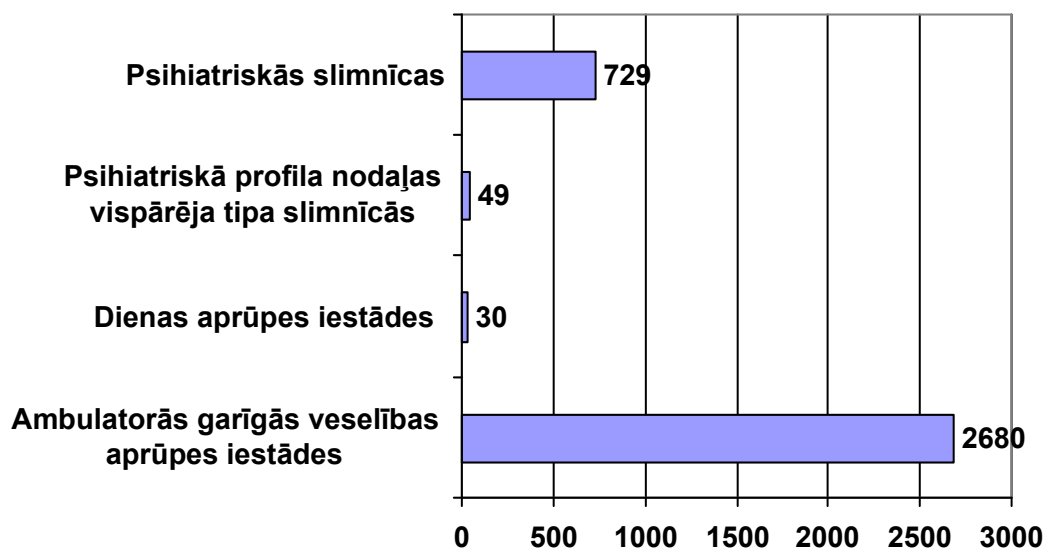
### **Garīgās veselības iestāžu un to darbības grafiskais izklāsts**

Nākamās lappusēs septiņos attēlos ir apkopota informācija par garīgās veselības aprūpes iestādēm un to darbību.



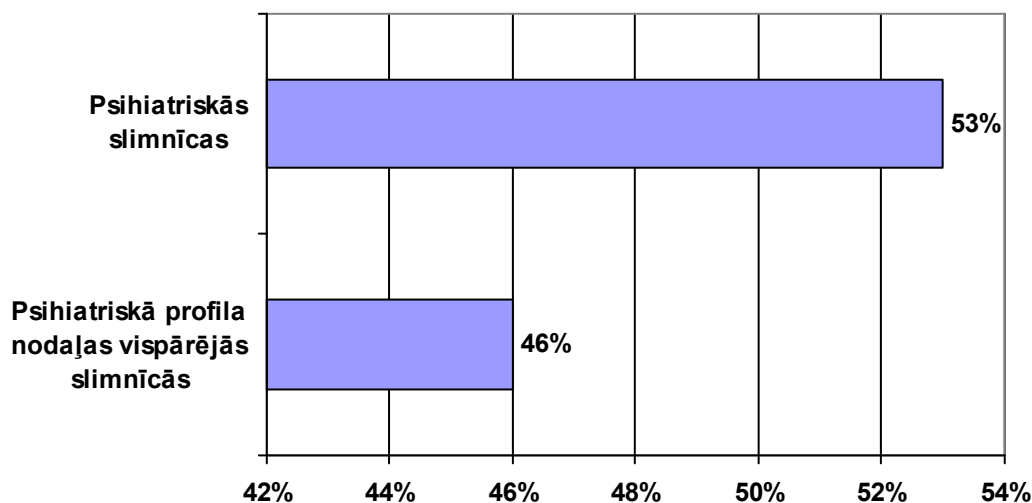
Gultu skaits garīgās veselības aprūpes iestādēs un citās ar pacientu dzīvesvietu saistītās iestādēs bija 316 uz 100 000 iedzīvotājiem, no tiem 45 % atradās garīgās veselības aprūpes sistēmā. Lielāko daļu gultu valstī nodrošina tieši psihiatriskās slimnīcas un „citas ar pacientu dzīvesvietu saistītās iestādes” ārpus garīgās veselības sistēmas (attēls 2.1.).

Attēls 2.2. - Psihiatriskajās iestādēs ārstētie pacient  
(uz 100 000 iedzīvotājiem)



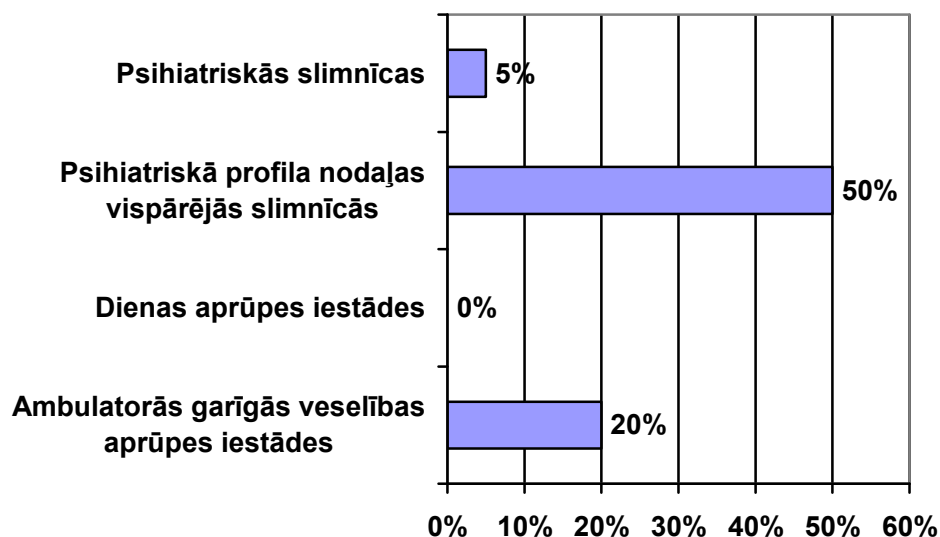
Vairums lietotāju tika ārstēti ambulatorajās garīgās veselības aprūpes iestādēs (ambulatorie psihiatru kabineti, psihiatrisko slimnīcu ambulatorās nodaļas; 2681 pacienti uz 100 000) un psihiatriskajās slimnīcās (729 pacienti uz 100 000), savukārt to aprūpēto skaits, kas ārstēti psihiatriskā profila nodaļās vispārējās slimnīcās un dienas aprūpes iestādēs bija mazāks (attēls 2.2.).

Attēls 2.3. - Garīgās veselības aprūpes pakalpojumu izmantojušo  
sieviešu procentuālais īpatsvars



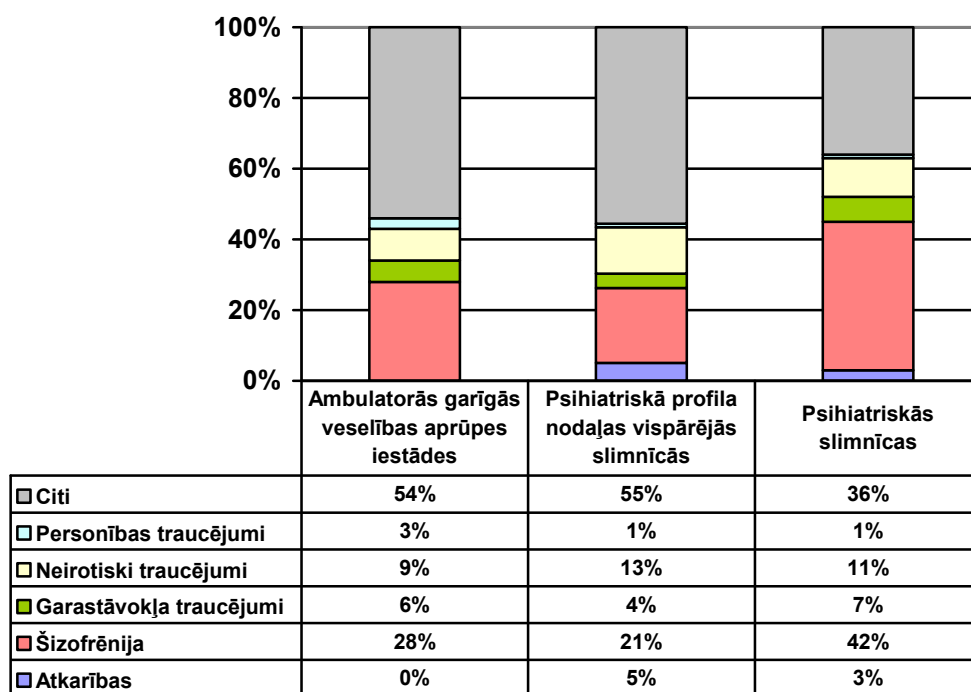
Garīgās veselības pakalpojumu saņēmēju vidū sievietes bija aptuveni 50 % (attēls 2.3.). Nebija informācijas par dienas aprūpes un ambulatorās garīgās veselības aprūpes iestādēs ārstēto sieviešu proporciju.

Attēls 2.4. - Garīgās veselības aprūpes iestādēs ārstēto bērnu un pusaudžu procentuālais īpatsvars



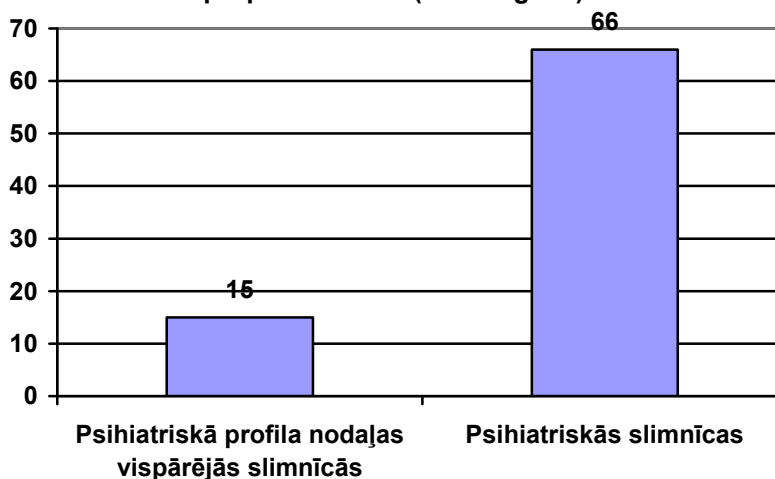
Ārstēto bērnu un/vai pusaudžu daudzums dažādās iestādēs ievērojami atšķiras. Proportcionāli vairāk bērnu un pusaudžu ārstējas psihiatriskā profila nodaļās vispārējās slimnīcās un ambulatorajās garīgās veselības aprūpes iestādēs. Bērni un pusaudži netika ārstēti dienas aprūpes iestādēs (attēls 2.4.).

Attēls 2.5. - Garīgās veselības aprūpes iestādēs ārstēto pacientu diagnozes



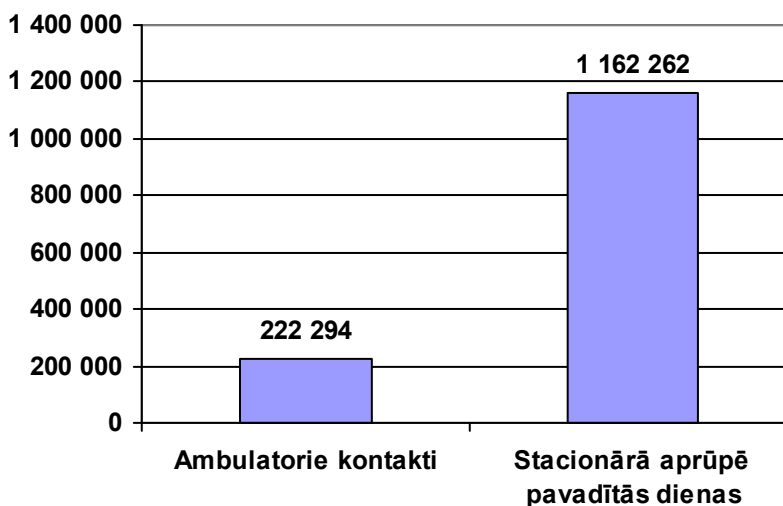
Dažādās iestādēs diagnosticēto psihisko un uzvedības traucējumu skaits bija atšķirīgs – ambulatorajās garīgās veselības aprūpes iestādēs, psihiatriskā profila nodaļās vispārējās slimnīcās un psihiatriskajās slimnīcās vairāk bija pacientu ar „cita veida traucējumiem”, piemēram, epilepsija, organiski psihiski traucējumi, garīgā atpalcība, uzvedības un emociju traucējumi, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudžu vecumā, psiholoģiskās attīstības traucējumi un šizofrēnija, šizotipiski traucējumi un murgi. Visās garīgās veselības aprūpes iestādēs maz sastopami bija garastāvokļa traucējumi (attēls 2.5.).

Attēls 2.6. - Uzturēšanās ilgums stacionārajās aprūpes iestādēs (dienas gadā)



Uzturēšanās ilgums psihiatriskajās slimnīcās bija četras reizes lielāks nekā uzturēšanās sabiedrībā balstītās psihiatriskā profila stacionārās nodaļās (attēls 2.6.).

Attēls 2.7. Stacionārās aprūpes dienu skaita un ambulatoro kontaktu skaita attiecība



Rādītāju attiecība starp pacientu ambulatorajiem kontaktiem un pavadīto dienu skaitu stacionārā aprūpē (psihiatriskajās slimnīcās, ar pacientu dzīvesvietu saistītās aprūpes iestādēs, psihiatriskā profila nodaļās vispārējās ārstniecības iestādēs) uz 100 000 iedzīvotājiem (*Lund & Fisher, 2003*) norādīja, ka bija skaidri redzama tendence vairāk izmantot stacionāro aprūpi – uz vienu ambulatoro pacientu kontaktu bija aptuveni piecas pavadītas dienas stacionārajā aprūpē (attēls 2.7.).

## **Trešā joma – garīgā veselība primārās veselības aprūpes līmenī**

### **Primārās aprūpes darbinieku mācības garīgās veselības jautājumos**

Ārstu izglītībā aptuveni 1 % mācību laika ir veltīts garīgās veselības jautājumiem, savukārt māsu izglītībā – 2 % apmācību laika. Tikai 1 % primārās aprūpes ārstu bija papildinājuši savas zināšanas par garīgās veselības jautājumiem vismaz divu dienu mācībās, savukārt māsām šādas mācības nebija organizētas.

### **Garīgā veselība primārās veselības aprūpes līmenī**

Latvijā primārās aprūpes klīnikās ārstniecisko darbu veica galvenokārt ārsti. Šajās iestādēs nebija pieejamas nekādas nopietnu psihisko un uzvedības traucējumu diagnostikas vai ārstniecības vadlīnijas.

Gandrīz visas primārās veselības aprūpes iestādes vismaz reizi mēnesī nosūtīja kādu pacientu pie garīgās veselības speciālista. 21–50 % primārās aprūpes ārstu pēdējā gada laikā vismaz reizi mēnesī bija sadarbojušies ar garīgās veselības speciālistiem. Primārās aprūpes ārstiem vai garīgās veselības darbiniekiem nebija sadarbības ar papildu/alternatīvajiem/tautas dziedniekiem.

### **Recepšu izrakstīšana primārās veselības aprūpes līmenī**

Primārās veselības aprūpes līmenī medmāsas un cits vidējais un jaunākais medicīniskais personāls nedrīkstēja izrakstīt psihotropos medikamentus, savukārt primārās aprūpes ārsti drīkstēja izrakstīt psihotropos medikamentu bez jebkādiem ierobežojumiem.

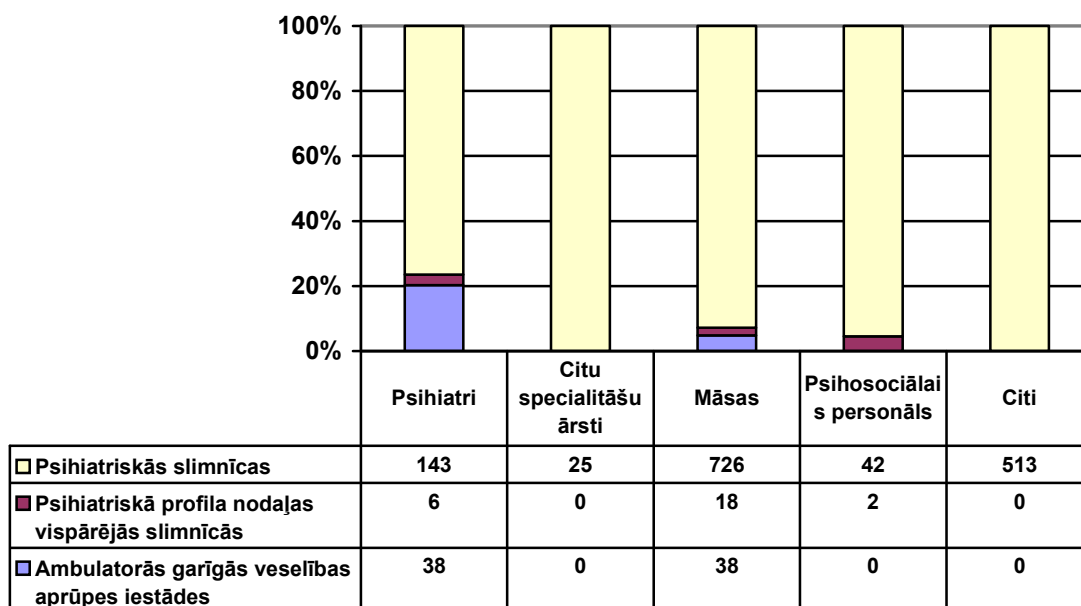
Lielākajā daļā primārās veselības aprūpes klīniku (51–80 %) bija pieejams vismaz viens psihotropais medikaments no katras terapeitiskās grupas (antipsihotiskais līdzeklis, antidepresants, garastāvokļa stabilizators, anksiolītiķis un pretepilepsijas līdzeklis).

## **Ceturrtā joma – cilvēkresursi**

### **Cilvēkresursu daudzums garīgās veselības aprūpē**

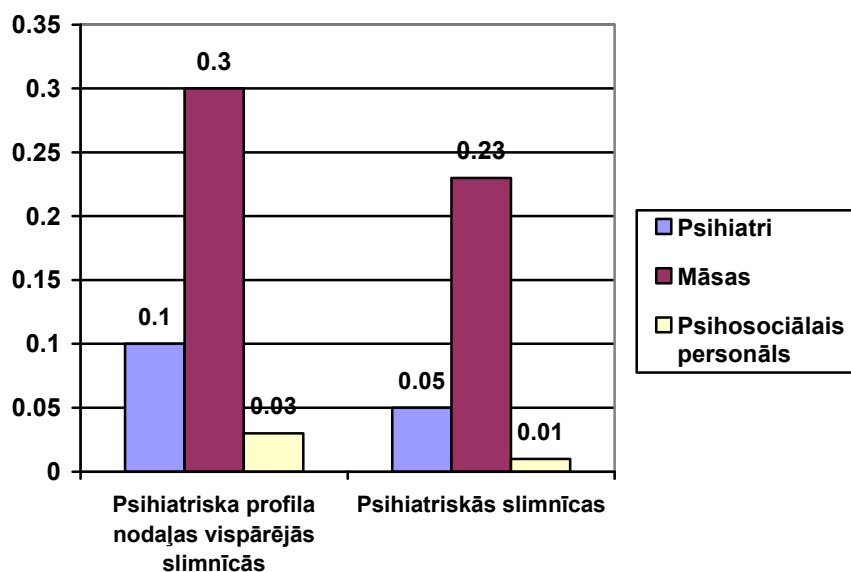
Valsts garīgās veselības aprūpes iestādēs uz 100 000 iedzīvotājiem strādāja 8,3 psihiatri, 1,1 citu specialitāšu ārsts, kas nav specializējies psihiatrijā, 35,7 māsas, 1,5 psihologi, 0,4 sociālie darbinieki, 0,1 ergoterapeits, 25,3 citi veselības vai garīgās veselības aprūpes darbinieki. Kopējais darbinieku skaits uz 100 000 iedzīvotāju bija 99,2. Nebija pieejami dati par Latvijas privātajā sektorā strādājošajiem speciālistiem.

Attēls 4.1. - Personāls garīgās veselības aprūpes iestādēs  
(% un skaitļos)



Izvērtējot speciālistu darba vietas (attēls 4.1.), redzams, ka 20 % psihiatru strādāja ambulatorajās garīgās veselības aprūpes iestādēs, 3 % – sabiedrībā balstītās psihiatriskā profila stacionārajās iestādēs un 76 % – psihiatriskajās slimnīcās. Visi citi ārsti, kas nav specializējušies garīgās veselības jomā, strādāja psihiatriskajās slimnīcās. 5 % medicīnas māsu strādāja ambulatorajās garīgās veselības aprūpes iestādēs, 2 % sabiedrībā balstītās psihiatriskā profila stacionārajās iestādēs un 93 % – psihiatriskajās slimnīcās. Ambulatorajās garīgās veselības aprūpes iestādēs nestrādāja neviens psihologs, sociālais darbinieks vai darba terapeits, 5 % šo speciālistu strādāja sabiedrībā balstītās psihiatriskā profila stacionārajās nodaļās un 95 % – psihiatriskajās slimnīcās. Citi veselības vai garīgās veselības darbinieki strādāja psihiatriskajās slimnīcās. Kopumā 93 % garīgās veselības aprūpes darbinieku strādāja psihiatriskajās slimnīcās.

Attēls 4.2. - Cilvēkresursu un gultu attiecība



Garīgās veselības aprūpes darbinieku skaits uz vienu gultu (attēls 4.2.) sabiedrībā balstītā psihiatriskā profila stacionārās iestādēs (psihiatriskā profila nodaļās vispārējās slimnīcās) bija 0,10 psihiatri, savukārt psihiatriskajās slimnīcās to bija 0,05. Medicīnas māšas sabiedrībā balstītā psihiatriskā profila stacionārās iestādēs bija 0,3 uz vienu gultu, bet psihiatriskajā slimnīcā – 0,23 uz vienu gultu. Psihosociālās aprūpes darbinieku (psihologi, sociālie darbinieki, darba terapeiti) skaits uz vienu gultu psihiatriskā profila nodaļās vispārējās slimnīcās bija 0,03, turpretī psihiatriskās slimnīcās – tikai 0,01 uz gultu.

Cilvēkresursu sadalījums starp pilsētas un lauku teritorijām bija nevienlīdzīgs – garīgas veselības aprūpes iestāžu psihiatru un medicīnas māšu blīvums bija piecas reizes augstāks pilsētās nekā teritorijās ārpus tām.

### **Garīgās veselības profesionālu apmācība**

Pēdējā gada laikā akadēmiskās un profesionālās izglītības iestādes uz 100 000 iedzīvotājiem bija absolvējuši 0,1 psihiatrs un 2,4 medicīnas māšas ar vismaz vienu gadu ilgu apmācību garīgas veselības aprūpē. Piecu gadu laikā pēc studiju beigšanas neviens psihiatrs nebija emigrējis uz ārvalstīm. Nebija pieejami dati par profesionāļu skaitu, kuri pēc diploma iegūšanas bija papildinājuši zināšanas garīgās veselības jautājumos.

### **Pakalpojumu lietotāju un viņu ģimeņu asociācijas**

Latvijā pakalpojumu lietotāju un viņu ģimenes locekļu asociācija skaitliskā ziņā bija neliela (2 pakalpojumu lietotāji un 15 ģimenes locekļi). Valdības šīm asociācijām nepiešķir nekādu finansiālu atbalstu. Pakalpojumu lietotāju un viņu ģimenes locekļu asociācija pēdējo divu gadu laikā nebija iesaistīta garīgās veselības politikas, plānu vai

likumdošanas formulēšanas un īstenošanas procesā. Dažas garīgās veselības aprūpes iestādes (21–50 %) sadarbojās ar šīm asociācijām.

Līdztekus pakalpojumu lietotāju un viņu ģimenes locekļu asociācijai valstī darbojās septiņas nevalstiskās organizācijas, kas bija saistītas ar garīgās veselības politikas un likumdošanas izstrādi, garīgās veselības pakalpojumu lietotāju aizstāvību, izmantojot individuālas palīdzības metodes, piemēram, konsultēšanu, laika pavadīšanu, atbalsta grupu organizēšanu.

## **Piektā joma – valsts izglītība un saikne ar citiem sektoriem**

### **Sabiedrības izglītošana un informācijas kampaņas par garīgo veselību**

Latvijā nebija koordinējošas iestādes, kas pārraudzītu sabiedrības izglītošanas un informēšanas kampaņas par garīgo veselību un garīgās veselības traucējumiem. Pēdējo piecu gadu laikā izglītojošās kampaņās nebija popularizēti garīgās veselības aprūpes pakalpojumi, ko sniedz garīgās veselības aprūpes iestādes.

### **Tiesiskie un finanšu noteikumi attiecībā uz personām ar garīgās veselības traucējumiem**

Latvijā pastāv likumdošana, kas nodrošina aizsardzību pret diskriminēšanu (atbrīvošana no darba, zemākas algas noteikšana) cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem, tomēr šie likumdošanas akti netiek pilnībā īstenoti dzīvē. Taču programmas, kas paredzētas cilvēku ar nopietniem garīgās veselības traucējumiem nodarbinātībai sabiedrībā, daži garīgās veselības aprūpes dienesti realizē (21–50% no visiem pakalpojumiem). Darba devējiem nebija ar likumu noteikts pienākums pieņemt darbā noteiktu skaitu darbinieku ar invaliditāti.

Pastāv likumdošana un administratīvie noteikumi, kas personām ar nopietniem garīgiem traucējumiem paredz priekšrocības dzīvesvietas iegūšanā. Tie daļēji tiek īstenoti.

### **Saikne ar citiem sektoriem**

Nebija oficiālas sadarbības programmas, kuras būtu īstenojusi īpaša garīgās veselības nodaļa vai citi departamenti/aģentūras Veselības ministrijā (piemēram, primārās veselības aprūpe, sabiedrības veselība, HIV/AIDS, bērnu un pusaudžu veselība, atkarību izraisošu vielu lietošana). Netika aizsāktas programmas arī citās ministrijās (piemēram, Izglītības un zinātnes, Labklājības u.c.). Visās primārās un sekundārās izglītības iestādēs strādāja veselības aprūpes speciālists uz pilnu slodzi, tomēr skolu aktivitātes garīgās veselības veicināšanai izglītības iestādēs tika īstenotas reti (1–20 %).

Visās brīvības atņemšanas iestādēs vismaz viens apcietinātais mēnesī bija saņēmis garīgās veselības aprūpes speciālista palīdzību vai nu soda izciešanas vietā, vai no sabiedrības. Daļa (21–50 %) policistu, tiesnešu un advokātu pēdējo piecu gadu laikā bija piedalījušies izglītojošās aktivitātēs par garīgo veselību.

Latvijā aptuveni ceturtdaļa sociālo pabalstu ir izmaksāti personām ar garīgās veselības problēmām.

## Sestā joma – monitorings un pētniecība

Latvijā bija oficiāli noteikts to datu saraksts, kas jāvēc visās garīgās veselības aprūpes iestādēs. Veselības ministrija saņēma datus no visām psihiatriskajām slimnīcām, vispārējā profila slimnīcu psihiatriskajām nodaļām un ārpustacionārām iestādēm. Šie dati tika analizēti un publicēti.

Attēls 6.1. – Garīgās veselības aprūpes iestāžu skaits (procentuāli), kurās tika savākti un apkopoti dati, pēc sniegtā informācijas veida

|                                                                                                           | Psihiatriskās slimnīcas | Sabiedrībā balstītas psihiatriskā profila stacionārās nodaļas | Ambulatorās garīgās veselības aprūpes iestādes |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Gultu skaits</b>                                                                                       | 100 %                   | 100 %                                                         |                                                |
| <b>Uzņemto pacientu skaits stacionārā/ambulatori ārstētu pacientu skaits</b>                              | 100 %                   | 100 %                                                         | 100 %                                          |
| <b>Dienu skaits stacionārā/pacientu kontaktu skaits ar ambulatorās garīgās veselības aprūpes iestādēm</b> | 100 %                   | 100 %                                                         | 100 %                                          |
| <b>Stacionēto pacientu skaits pret viņu gribu</b>                                                         | 0 %                     | 0 %                                                           |                                                |
| <b>Pacientu skaits, pret kuriem veikti piespiedu izolācijas pasākumi</b>                                  | 0 %                     | 0 %                                                           |                                                |
| <b>Diagnozes</b>                                                                                          | 100 %                   | 100 %                                                         | 100 %                                          |

Kā redzams attēlā 6.1., datu apkopošanas mērogs visās garīgās veselības aprūpes iestādēs bijis konsekvents.

2002. gadā nebija pieejami dati par zinātniskajām publikācijām par garīgās veselības jautājumiem, pretstatā pieejamām publikācijām par vispārējām veselības problēmām. Tikai daži psihiatri (1–20 %), medicīnas māsas un psihologi, kas strādā garīgās veselības aprūpes dienestā, pēdējo piecu gadu laikā bija iesaistīti pētniecībā kā pētnieki vai līdzstrādnieki.

Latvijā veiktie pētījumi par garīgo veselību bija vērsti galvenokārt uz garīgo traucējumu klīniskajiem novērtējumiem, pakalpojumu izpēti, politiku, programmām, finansēšanu, ekonomiskiem, psihosociāliem un psihoterapeitiskiem aspektiem, farmakoloģiskām, ķirurģiskām un elektrokonvulsīvām darbībām.

## **Latvijas garīgās veselības aprūpes sistēmas stiprās un vājās puses**

Lielākais izaicinājums Latvijas garīgās veselības aprūpes sistēmai ir veikt resursu pārstrukturēšanu no psihiatriskajām slimnīcām uz sabiedrībā balstītām garīgās veselības aprūpes iestādēm. Psihiatriskās slimnīcas joprojām dominē visā garīgās veselības aprūpes sistēmā, un gandrīz visi finanšu un cilvēkresursi ir koncentrēti tieši šajās iestādēs.

Sabiedrībā balstītu garīgās veselības aprūpes iestāžu tīkla izveide joprojām nav pabeigta, tāpat trūkst psihiatriskā profila nodaļu vispārējās slimnīcās pieaugušajiem, dienas aprūpes iestāžu un sabiedrībā balstītu ar pacientu dzīvesvietu saistītu iestāžu. Sabiedrībā balstītu ar pacientu dzīvesvietu saistītu iestāžu trūkums būtiski kavē psihiatrisko slimnīcu apjoma samazināšanu, jo nav iespējams no tām izrakstīt pacientus, kuri ilgstoši ārstējas psihiatriskajās slimnīcās (aptuveni 1/3 no visiem slimnīcu pacientiem). Psihiatriska profila nodaļu trūkums vispārējās slimnīcās neļauj pārorientēt akūto psihisko traucējumu ārstēšanu no psihiatriskajām slimnīcām uz psihiatriskā profila nodaļām vispārējās slimnīcās. Sabiedrībā balstītās ambulatorās garīgās veselības aprūpes iestādes nav pieteikami nodrošinātas ar personālu, īpaši trūkst darbinieku, kas risinātu pacientu psihosociālās problēmas (piemēram, psihologi, sociālie darbinieki u.tml.). Ambulatorās garīgās veselības aprūpes iestādēs tiek nodrošināta galvenokārt psihotropo medikamentu izrakstīšana, bet tikai nedaudzi pacienti šeit var saņemt psihosociālo aprūpi.

Runājot par aprūpes koordinēšanu, tikai pusē psihiatrisko slimnīcu bija ambulatorās garīgās veselības nodaļas, un tas pasliktina aprūpes pēctecīguma iespējas. Ja nenotiek skaidra resursu pārdale no psihiatriskajām slimnīcām uz sabiedrībā balstītām pacientu aprūpes iestādēm, garīgās veselības aprūpi nav iespējams uzlabot un nevar arī pilnveidot aprūpes pēctecību.

Diagnožu sadalījums norāda, ka garīgās veselības aprūpes iestādes intensīvi izmanto pacienti ar organiskiem psihiskiem traucējumiem, tādēļ ir nepieciešams izvērtēt šīs pacientu grupas vajadzības, kā arī atrast viņiem piemērotākās ārstniecības iestādes. Tāpat ir redzams, ka pārāk maz garīgās veselības dienestu izmanto pacienti ar afektīviem traucējumiem. Iespējams, ka šāda situācija ir izveidojusies saistībā ar dienesta zemo pieejamību, kā arī sabiedrības aizspriedumiem pret ambulatorajām garīgās veselības aprūpes iestādēm.

Līdz 2003. gadam bija spēkā garīgās veselības aprūpes plāns, bet šobrīd likumdošanas akti ir jāpārstrādā, ievērojot Eiropas Padomes Cilvēktiesību konvencijas standartus, kā arī Pasaules Veselības organizācijas rekomendācijas attiecībā uz pacientu ievietošanu un ārstēšanu psihiatriskās iestādēs pret viņu gribu. Plāna un likuma izstrāde un pieņemšana ir uzskatāma par prioritāti, jo šo būtisko dokumentu trūkums neļāva pilnvērtīgi nodrošināt garīgās veselības aprūpes iestāžu darbu, cilvēktiesību ievērošanas kontroli un rīcības saskaņošanu ar citām valdības prioritātēm. Vienotas garīgās veselības jomu koordinējošas iestādes trūkums neļāva labi plānot un koordinēt garīgās veselības aprūpes sniegšanu.

Garīgās veselības aprūpes pieejamība Latvijā bija atbilstoša gadījumos, ja pakalpojumu saņēmējs var atļauties maksāt pats. Psihotropo medikamentu izmaksas bija zemas,

garīgās veselības aprūpes pakalpojumi tika segti sociālās apdrošināšanas shēmu ietvaros, sekmīgi darbojas medikamentu kompensācijas sistēma ārpusstacionārajā aprūpē. Medikamenti par velti vai ar 80 % atlaidi 2002. gadā bija pieejama tikai bērniem un pieaugušajiem, kuri slimoja ar šizofrēniju (t.i., 0,8 % iedzīvotāju), nevis visiem pacientiem ar nopietniem garīgās veselības traucējumiem.

Būtiski ir uzlabot garīgās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un primārās aprūpes speciālistu sadarbību. Lai gan primārās aprūpes speciālisti bieži nosūtīja pacientus pie garīgās veselības aprūpes speciālistiem, tikai trešā daļa primārās aprūpes ārstu katru mēnesi sazinājās ar garīgās veselības aprūpes darbiniekiem un tikai nedaudzi primārās veselības ārsti bija saņēmuši apmācību garīgās veselības jomā. Tā kā nav labas sadarbības starp primārās aprūpes un ambulatorās garīgās veselības aprūpes speciālistiem, virkni garīgās veselības traucējumu, piemēram, afektīvos traucējumus, ir grūti ārstēt. Pakalpojumu lietotāju un viņu ģimenes locekļu organizācijas bija nelielas, un viņu viedoklis par garīgās veselības dienestu, politiku un plāniem netika ņemts vērā.

Garīgās veselības informācijas sistēma ir labi izveidota, un tajā ietilpst visas garīgās veselības aprūpes sistēmas iestādes. Informācijas sistēmas loma ir ļoti būtiska, sabiedrībā balstīta garīgās veselības aprūpes dienesta izveidošanā. Tā būtu jāizmanto plašāk, piemēram, izplatot ziņojumus par garīgo veselību. Sistēmā būtu jābūt informācijai par pacientu stacionēšanu garīgās veselības iestādēs pret viņu gribu vai piespiedu izolācijas pasākumiem, jo šie jautājumi ir būtiski cilvēktiesību ievērošanas indikatori garīgās veselības aprūpes iestādēs.

Aplūkojot problēmas plašāk, garīgās veselības aprūpes jautājumi ir jārisina ne tikai profesionāļu lokā, bet ciešā sadarbībā ar visu sabiedrību. Psihiatrisko slimnīcu samazināšana, izglītojošas kampaņas, kas vērstas uz aizspriedumu mazināšanu, aizvien pieaugošā pakalpojumu lietotāju un viņu ģimenes locekļu līdzdalība nozīmē ne tikai tehnisku problēmu risināšanu, bet arī ievērojamas ieinteresēto personu un nozīmīgas sabiedrības daļas iespējas izvēlēties.

## ATSAUCES

Lund C. & Fisher A.J. (2003). Community hospital indicators in South African public sector mental health services. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 6, 181-187.

Rancans, E., Salander, Renberg E., et al (2001a) Major demographic, social and economic factors associated to suicide rates in Latvia 1980-98. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 275-281.

Rancans, E., Alka, I., Renberg, E. S., et al (2001b) Suicide attempts and serious suicide threats in the city of Riga and resulting contacts with medical services. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 279-286.

Saxena S., Lora A., van Ommeren M., Barrett T., Morris J. & Saraceno B. (submitted for publication). WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems: rationale and development process.

- Varnik, A., Wasserman, D., Eklund, G. (1994) Suicides in the Baltic countries, 1968-90. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 22, 166-169.
- Viel, J. F., Curbakova, E., Dzerve, B., et al (1997) Risk factors for long-term mental and psychosomatic distress in Latvian Chernobyl liquidators. *Environmental Health Perspectives*, 105, 1539-1544.
- Wasserman, D., Varnik, A., Dankowicz, M. (1998a) Regional differences in the distribution of suicide in the former Soviet Union during perestroika, 1984-1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement 394, 5-12.
- Wasserman, D., Varnik, A., Eklund, G. (1998b) Female suicides and alcohol consumption during perestroika in the former USSR. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement 394, 26-33.
- World Health Organization (2004). *The World Health Report 2004.Changing history*. WHO - Geneva
- World Health Organization (2005). *Mental Health Atlas 2005*. WHO - Geneva
- World Health Organization (2005). *WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)*. WHO Geneva.
- United Nations (2004). United Nations Statistics from <http://unstats.un.org> United Nations Statistics Division. New York

# PVO-AIMS

**WHO-AIMS  
REPORT ON**

## **MENTAL HEALTH SYSTEM IN LATVIA**



**World Health  
Organization**



**MINISTRY OF HEALTH  
OF THE REPUBLIC OF LATVIA**

**WHO-AIMS REPORT ON**  
**MENTAL HEALTH SYSTEM**  
**IN LATVIA**

*A report of the assessment of the mental health system in Latvia using the  
World Health Organization - Assessment Instrument for  
Mental Health Systems (WHO-AIMS).*

*(Riga, Latvia)*

*2006*



**World Health  
Organization**



**MINISTRY OF HEALTH  
OF LATVIA**

*WHO, Country Office in Latvia  
WHO, Regional Office for Europe  
WHO Department of Mental Health and Substance Abuse (MSD)*

*This publication has been produced by the WHO, Country Office in Latvia in collaboration with WHO, Regional Office for Europe and WHO, Headquarters. At WHO Headquarters this work has been supported by the Evidence and Research Team of the Department of Mental Health and Substance Abuse, Cluster of Noncommunicable Diseases and Mental Health.*

*For further information and feedback, please contact:*

- 1) Maris Taube, National WHO counterpart in Latvia on Mental Health;*
- 2) Aiga Rurane, WHO, Head of Country office in Latvia;*
- 3) Matthijs Muijen, Regional Adviser, Mental Health Programme, WHO Regional Office for Europe*
- 4) Shekhar Saxena, WHO Headquarters, e-mail: [saxenas@who.int](mailto:saxenas@who.int)*

ISBN 9984-9532-7-0

*World Health Organization 2006*

*(Suggested citation: WHO-AIMS Report on Mental Health System in Latvia, WHO and Ministry of Health, Riga, Latvia, 2006)*

*(Copyright text as per rules of the Country Office)*

*It is encouraging to see that a lot of positive developments have taken place and some of the recommendations, indicated in the Report have already been implemented since a year 2002, to which the Report refers. The process of data gathering, followed by in-depth analysis, continued by strong support of WHO in the following years have been very important for further development in mental health in Latvia. We clearly acknowledge that still a lot remains to be done in strengthening a quality and access to mental health services in Latvia. We are strongly committed to continue this process.*

*Minister of Health Gundars Berzins*

## **Acknowledgement**

The World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) was used to collect information on the mental health system of Latvia.

The project in Latvia was implemented by Maris Taube, of the Department of Development of Mental Health of Mental Health State Agency. The preparation of this study would not have been possible without the collaboration of the Ministry of Health, Ministry of Education and Science, Ministry of Welfare, Ministry of Justice Republic of Latvia, Latvian Centre for Human Rights and Ethnic Studies. We are grateful for the support to Ruta Krievkalna, Ilze Gerharde, Velta Lace, Atis Martinsons.

The development of this study also benefited from the collaboration with: Health Compulsory Insurance State Agency, Health Statistics and Medical Technologies State Agency, Central Statistical Bureau of Latvia.

The project was supported by Aiga Rurane, WHO, Head of Country Office in Latvia.

The project was also supported by Matthijs Muijen, WHO Regional Office for Europe.

The World Health Organization Assessment Instrument for Mental health Systems (WHO-AIMS) has been conceptualized and developed by the Mental Health Evidence and Research team (MER) of the Department of Mental Health and Substance Abuse (MSD), World Health Organization (WHO), Geneva, in collaboration with colleagues inside and outside of WHO.

Please refer to WHO-AIMS (WHO, 2005) for full information on the development of WHO-AIMS at the following website.

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html)

The project received financial assistance and/or seconded personnel from: The National Institute of Mental Health (NIMH) (under the National Institutes of Health) and the Center for Mental Health Services (under the Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]) of the United States; The Health Authority of Regione Lombardia, Italy; The Ministry of Public Health of Belgium and The Institute of Neurosciences Mental Health and Addiction, Canadian Institutes of Health Research.

The WHO-AIMS team at WHO Headquarters includes: Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena, Tom Barrett, Antonio Lora, Mark van Ommeren, Jodi Morris and Grazia Motturi. Additional assistance has been provided by Anna Maria Berrino.

The WHO-AIMS project is coordinated by Shekhar Saxena.

# WHO-AIMS COUNTRY REPORT FOR LATVIA

## Introduction

### *The Country*

Latvia is a country with an approximate geographical area of 65 thousand square kilometres and a population of 2345768. The main languages used in the country are Latvian and Russian and the main ethnic groups are Latvian and Russian. The largest religious group is Evangelical Lutheran. The country is a higher middle income group country based on World Bank 2004 criteria.

About 15% of the population is under the age of 15 and 22% of the population are over the age of 60. About 49% of population live in largest city. The life expectancy at birth for males is 64.6 for males and 75.8 for females. The healthy life expectancy at birth is 58 for males and 68 for females (UNO, 2004, WHO 2004).

The proportion of the health budget to GDP is 6.4%. The per capita total expenditure on health is 509 international \$, and the per capita government expenditure on health is 267 international \$ (WHO, 2004). There are 13.8 hospital beds per 100.000 population and 1351 general practitioners. In Latvia all hospital beds are in the public sector. In terms of primary care, there are 515 primary health care facilities (praxis, ambulatory, health centre, primary health care centre) in the country.

### *Epidemiology of mental disorders in Latvia*

Some epidemiological data on mental health in Latvia were summarized in the Mental Health Atlas (WHO, 2005). Wasserman et al (1998 a) reported that suicide rates in the former USSR during 1984-1990 varied greatly between different regions, from 3.5 cases per 100.000 inhabitants in the Caucasus (Georgia, Azerbaijan and Armenia) to 28.0 in the Baltic region (Latvia, Lithuania and Estonia). This pattern was observed for both men and women, with suicide rates for men ranging from 4.9 in the Caucasian region to 45.9 in the Baltics, and suicide rates for women ranging from 2.1 in the Caucasus to 2.3 in the Baltics. During 1984-90, a decline in suicide rates of 32% for males and 19% for females took place in the former Soviet Union (Wasserman et al, 1998b). During 1968-84, the mean value of male suicide rates per 100.000 males and females in Latvia was 52.5 and 14.3, respectively.

Suicide rates fell across all the Republics of the USSR during Perestroika. In Latvia, the male suicide rate reduced by 26.6% in the period 1986-90 compared to 1968-84. Female suicide rates were relatively stable and the male-female ratio reduced from 3.7 in 1968-84 to 3.1 in 1986-90 (Varnik et al, 1994). Rancans et al (2001a) found that there were rapid swings of suicide rates during 1980-98, driven by changes in male suicide rates which

reached a maximum of 72 per 100.000 population in 1993. The sudden drop in gross domestic product, the rapid increase in first-time alcohol psychosis and the percentage of people unemployed did not correspond strictly with the dynamics of the suicide rates. Rancans et al (2001b) found that the overall rate of suicide attempts in a city was 149 per 100.000. The male to female ratio for persons aged 15 years or more was 1:0.9. The highest figures were for females aged 15-24 and men aged 25-34. Females used poisonings in 75% of cases. Males used more violent methods (60%) like cutting, and suicide was associated with alcohol use in men. In a sample of 1412 Latvian liquidators drawn from the State Latvian Chernobyl Clean-up Workers Registry, Viel et al (1997) found greater psychosomatic distress in those exposed to work for longer periods of time in hazardous work areas.

### *The WHO-AIMS instrument*

The *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems* (WHO-AIMS) is a new WHO tool for collecting essential information on the mental health system of a country or region (WHO, 2005; Saxena *et al.* 2005). The goal of collecting this information is to improve mental health systems and to provide a baseline for monitoring the change. WHO-AIMS is primarily intended for assessing mental health systems in low and middle income countries, but is also a valuable assessment tool for high resource countries. For the purpose of WHO-AIMS, a mental health system is defined as all the activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain mental health. The mental health system includes all organizations and resources focused on improving mental health. WHO-AIMS 2.1 consists of 6 domains, 28 facets and 156 items to cover the key aspects of mental health systems. In addition, it includes other resources, such as a data entry programme and a template for writing a country report, which allows countries to efficiently collect data and then quickly translate that information into knowledge that can assist planning.

The implementation of WHO-AIMS can generate information on strengths and weaknesses to facilitate improvement in mental health services. WHO-AIMS will enable countries to develop information-based mental health plans with clear base-line information and targets. It will also be useful to monitor progress in implementing reform policies, providing community services, and involving users, families and other stakeholders in mental health promotion, prevention, care and rehabilitation.

Data was collected in 2003 and was referred to the year 2002.

## Executive Summary

The fundamental objective of the *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health System* (WHO-AIMS) Country Report for Latvia has been collecting essential information on the mental health system in Latvia and, thus, to improve mental health system and to provide a baseline for monitoring the changes.

The key components of the Country Report are six Domains: Policy and Legislative Framework, Mental Health Services, Mental Health in Primary Health Care, Human Resources, Public Education and links with other Sectors, Monitoring and Research.

**Domain 1 - Policy and Legislative Framework** gives an overview of policy, plans, legislation, financing of mental health services as well as human rights policies in Latvia. As of 2003, no mental health plan in Latvia was present. Mental health Legislation was a part of general health legislation. The establishment of a plan and legislation should be a priority in meeting the standards of the European Convention on Human Rights adopted by the European Council and the WHO Recommendations. The list of essential medicines included all the therapeutic classes of psychotropic medicines, but the reimbursement in 2002 was available only for children and for adults with schizophrenic disorders. On the whole 6% of health care expenditures by the government health department were directed towards mental health; of all mental health expenditures, about 80% were directed towards mental hospitals

**Domain 2 - Mental Health Services** addresses the following issues: organization of mental health services, mental health outpatient facilities, day treatment facilities, community-based psychiatric inpatient units, community residential facilities, mental hospitals, forensic and other residential facilities as well as equity. Mental health services were organized in terms of catchment's/service areas. 43 outpatient mental health facilities, 5 day treatment facilities, 2 psychiatric wards (only for children and adolescents) and 9 mental hospitals were available in the country. In 2002 community residential facilities, as well as psychiatric wards in general hospitals for adults, were lacking. The number of beds in Latvia was 316 per 100.000 general population: the majority of beds in the country are provided by mental hospitals and "other residential facilities" outside the mental health system.

The majority of the users were treated in outpatient facilities (2.681 users per 100.000) and in mental hospitals (729 per 100.000), while the rates of users treated in inpatient units and in day treatment facilities were lower. The users treated in outpatient facilities and in mental hospitals were primarily diagnosed with schizophrenia, schizotypal and delusional disorders and "other" disorders (epilepsy, organic mental disorders, mental retardation etc.). On the whole mental hospitals still were predominant in the mental health system of Latvia.

**Domain 3 - Mental Health in Primary Health Care** describes the role of primary care in the mental health systems. It includes information about training of primary care staff in mental health, the interactions between primary care and mental health services, as well as the availability of psychotropic medicines at primary health care level. Small

percent (1% of medical doctors and 2 % of nurses) of the training curricula were devoted to mental health. In Latvia primary health care clinics were physician based and nurses, non-doctor/ non-nurses were not allowed to prescribe psychotropic medications. The link between mental services and primary care should be improved.

**Domain 4 - Human Resources** focus on mental health staff, training of professionals in mental health, as well as the role of consumer and family associations. In Latvia data on staff working in the private sector were not available; the total number of human resources per 100.000 was 99.2. 76 % of psychiatrists, 93% of nurses and 95 % of psychologists, social workers and occupational therapists worked in mental hospitals. Community outpatient facilities were not well staffed. In Latvia, the consumer associations and the family associations were small in size, they did not receive financial or any other support from government, their impact in policy making process was insignificant.

**Domain 5 - Public Education and links with other Sectors** address the issues on public awareness on mental health, legislative and financial provisions for persons with mental disorders as well as links with other Sectors. No educational campaigns was promoted in the last five years Legislative and administrative provisions for people with severe mental disorders existed and were partly enforced. No formal collaborative programs were implemented between the Department of Mental Health and other Departments/Agencies inside the Department of Health, no programs were initiated with other Departments in the Government. At community level mental health activities were implemented in schools and in the penal system. Full-time mental health professionals (psychologists) were working in schools. Police officers, judges and lawyers participated in educational activities on mental health and all the prisons had at least one prisoner per month in treatment contact with mental health professionals.

**Domain 6 - Monitoring and Research** gives a perspective on functioning of mental health information system in Latvia and on mental health research. The Department of Health received the data from all mental hospitals, general hospitals units as well as outpatient facilities. The information system should include the data on the number of involuntary admissions or secluded patients. Few data were available on the amount of mental health researches carried out in Latvia.

## **Domain 1: Policy and Legislative Framework**

### **Policy, plans, and legislation**

Latvia's mental health policy was last revised in 2000 and includes following components: organization of services (development of community mental health services and downsizing large mental hospitals), developing a mental health component in primary health care, advocacy and promotion, human rights protection of users, equity of access to mental health services across different groups, quality improvement and monitoring system. As of 2003, no mental health plan was present and no disaster/emergency preparedness plan for mental health was active.

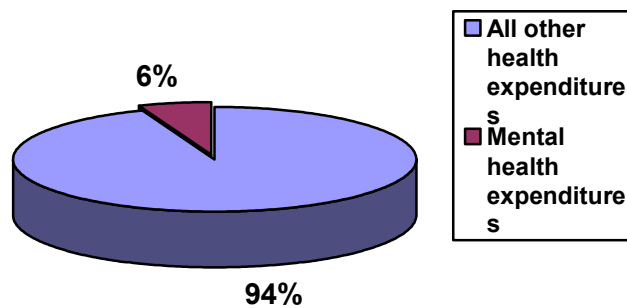
The last piece of mental health legislation was enacted in 1997, which focuses on access to mental health care, including access to the least restrictive care, rights of mental health service consumers and family members, voluntary and involuntary treatment, and accreditation of professionals and facilities. Mental health legislation issues were included in general health legislation, while a specific mental health legislation is under development.

A list of essential medicines was updated in 2002. The list includes all the therapeutic classes of psychotropic medicines (antipsychotics, anxiolytics, antidepressants, mood stabilizers and antiepileptic drugs).

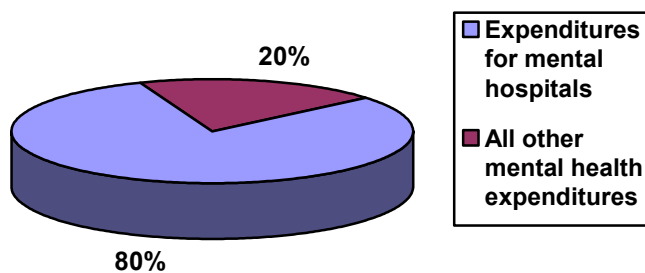
### **Financing of mental health services**

In terms of financing of mental health services, 6.3% of health care expenditures by the government health department were directed towards mental health (Graph 1.1). Of all mental health expenditures, about 80% were directed towards mental hospitals (Graph 1.2). In terms of affordability of treatments, only 0.8% of the population had free access (at least 80%) to essential psychotropic medicines. All mental disorders and all mental health problems of clinical concern are covered in social insurance schemes. For those that paid for their medicines out-of-pocket, the cost of one day of antipsychotic or antidepressant therapy was 2% of the one day minimum wage.

**GRAPH 1.1 HEALTH EXPENDITURE  
TOWARDS MENTAL HEALTH**



**GRAPH 1.2 MENTAL HEALTH  
EXPENDITURE TOWARDS MENTAL  
HOSPITALS**



### **Human rights policies**

A national human rights review body does not exist. At the mental health services level, about two thirds of the mental hospitals had at least yearly one review/inspection of human rights protection of patients, while no community-based inpatient psychiatric units and community residential facilities had such a review. Moreover, no staff working in these facilities have had at least one day training, meeting, or other type of working session on human rights protection of patients.

## **Domain 2: Mental Health Services**

### **Organization of mental health services**

There is no Mental Health Authority in the country. Mental health services are organized in terms of catchment/service areas. However, only half of the mental hospitals are organizationally integrated with mental health outpatient facilities.

### **Mental health outpatient facilities**

There are 43 outpatient mental health facilities available in the country, of which 2% are for children and adolescents only. These facilities treated 2.681 users per 100.000 general population. Of all users treated in mental health outpatient facilities, 20 % were children or adolescents.

The users treated in outpatient facilities were primarily diagnosed with schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (28%) and other diagnoses (54%) (e.g., epilepsy, organic mental disorders, mental retardation, behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence, disorders of psychological development). The average number of contacts per user was 3.

In terms of available treatments, few (1–20%) outpatients received psychosocial treatments in these facilities. All the mental health outpatient facilities had at least one psychotropic medicine of each therapeutic class (anti-psychotic, antidepressant, mood stabilizer, anxiolytic, and antiepileptic medicines) available in the facility or a near-by pharmacy all year round. All the outpatient facilities provided follow-up care in the community, while only 2% had mental health mobile teams.

### **Day treatment facilities**

There are 5 day treatment facilities available in the country, none of which are available for children and adolescents only. These facilities treated 30.8 users per 100.000 general population. Children or adolescents were not treated in these facilities. On average, users spent 39.5 days per year in day treatment facilities.

### **Community-based psychiatric inpatient units**

There are 2 psychiatric wards available in the country with a total of 60 beds (2.5 beds per 100.000 population). Almost all the general hospital inpatient facilities were focussed on treating children and adolescents: 83% of these beds were reserved for children and adolescents only and 50% of admissions were children or adolescents. In these facilities admissions of female users represented less than half (46%). On average, patients spent 15.2 days per discharge.

No data were available on the number of involuntary admissions and on the percentage of secluded or restrained patients in general hospital inpatient facilities.

The diagnoses of admissions to community-based psychiatric inpatient were primarily from the following two diagnostic groups schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (21%) and other disorders (55%) (e.g., epilepsy, organic mental disorders, mental retardation, behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence, disorders of psychological development).

In community-based psychiatric inpatient units, 1–20% patients received one or more psychosocial interventions in the last year. All the community-based psychiatric inpatient units had at least one psychotropic medicine of each therapeutic class (anti-psychotic, antidepressant, mood stabilizer, anxiolytic, and antiepileptic medicines) available in the facility.

### **Community residential facilities**

There are no community residential facilities available in the country.

### **Mental hospitals**

There are 9 mental hospitals with 3.135 beds (134 beds per 100.000 population); the number of beds decreased by 20% from 1997 to 2002. About half (56%) of these facilities were organizationally integrated with mental health outpatient facilities. The number of admissions in mental hospitals was 729 per 100.000.

In contrast with general hospital inpatient units, mental hospitals focused on treating the adult population: only 9% of mental hospitals beds were reserved for children and adolescents. The most frequent diagnoses in mental hospitals were schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (42%) and other disorders (36%). (e.g., epilepsy, organic mental disorders, mental retardation, behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence, disorders of psychological development).

The average number of days spent in mental hospitals was 67. Concerning the length of stay 66% of patients spent less than one year, 14% of patients spend 1–4 years, 11% of patients spend 5–10 years, and 9% of patients spent more than 10 years in mental hospitals.

In mental hospitals, 1–20 % patients received one or more psychosocial interventions in the last year. All the mental hospitals had at least one psychotropic medicine of each therapeutic class (anti-psychotic, antidepressant, mood stabilizer, anxiolytic, and antiepileptic medicines) available in the facility.

No data were available on the number of involuntary admissions and on the percentage of secluded or restrained patients in mental hospitals.

### **Forensic and other residential facilities**

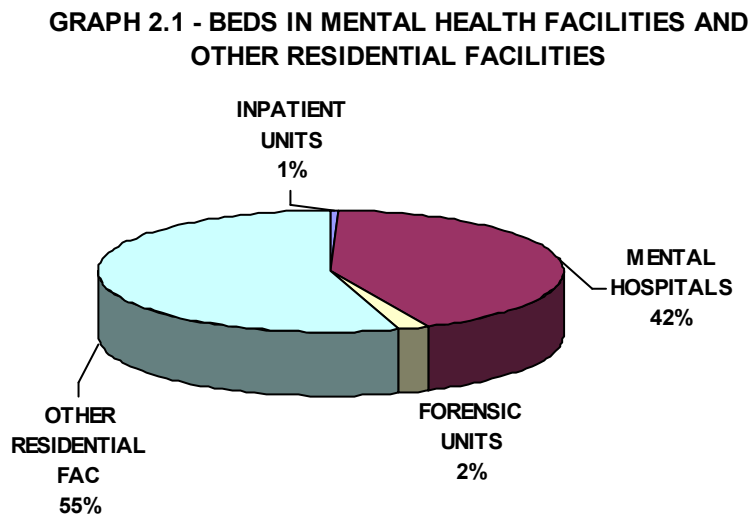
In addition to beds in mental health facilities, there were also 160 beds (6.8 per 100.000 general population) for persons with mental disorders in forensic inpatient units. Moreover, 4.071 beds (173 per 100.000 general population) residential beds exist outside of the mental health network. These "other residential facilities" are not formally mental health facilities but where, nevertheless, the majority of the people residing in the facilities had diagnosable mental disorders (e.g. mental retardation, substance abuse, dementia, epilepsy, psychosis).

### **Equity**

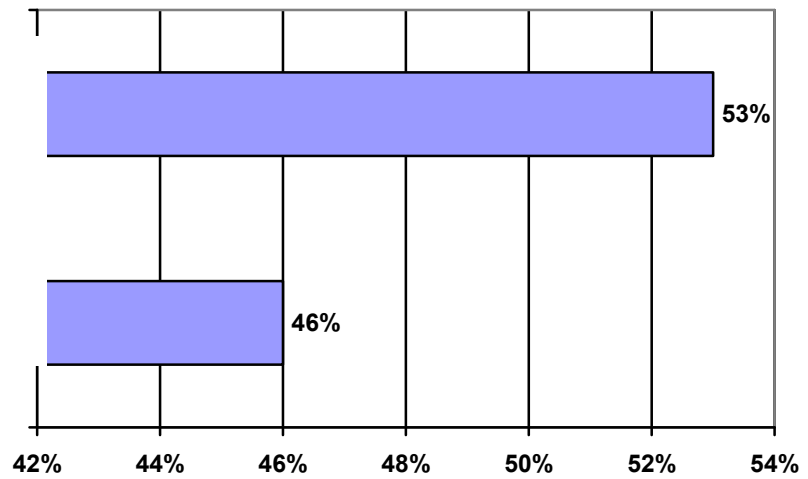
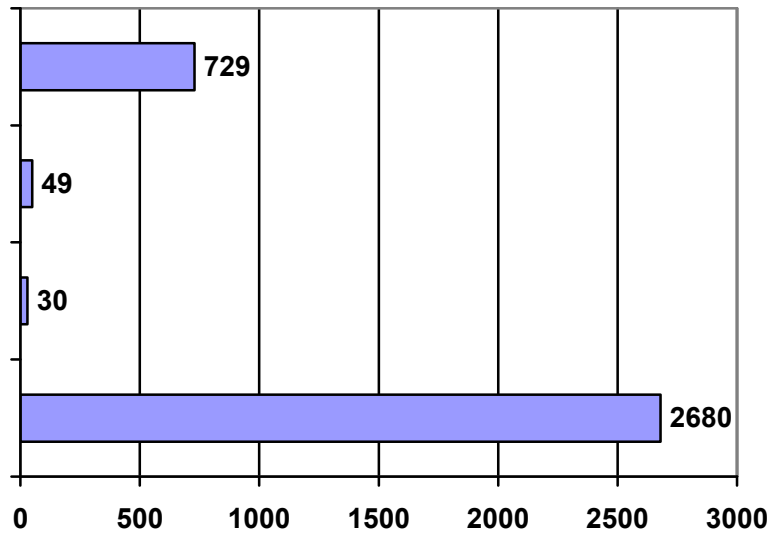
About two-thirds (64.5%) of psychiatric beds in the country were located in or near the largest city: such a distribution of beds prevented access for rural users. Inequity of access to mental health services for other minority users (e.g., linguistic, ethnic, religious minorities) was not an issue in the country.

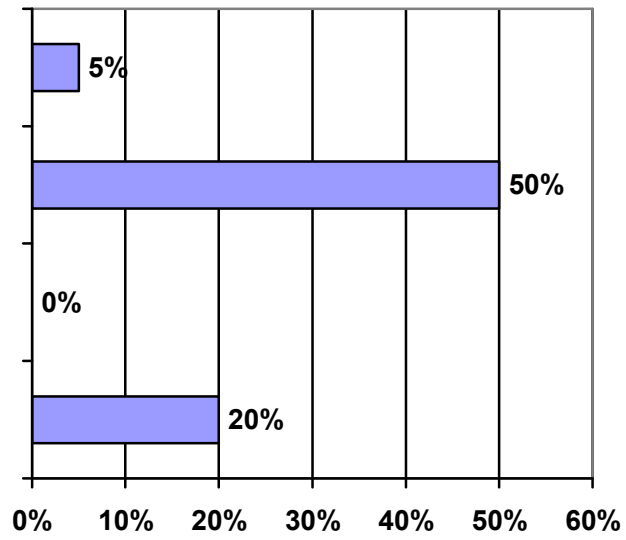
### **Graphs on mental health facilities and activities**

In the next pages seven graphs summarize information on mental health facilities and activities

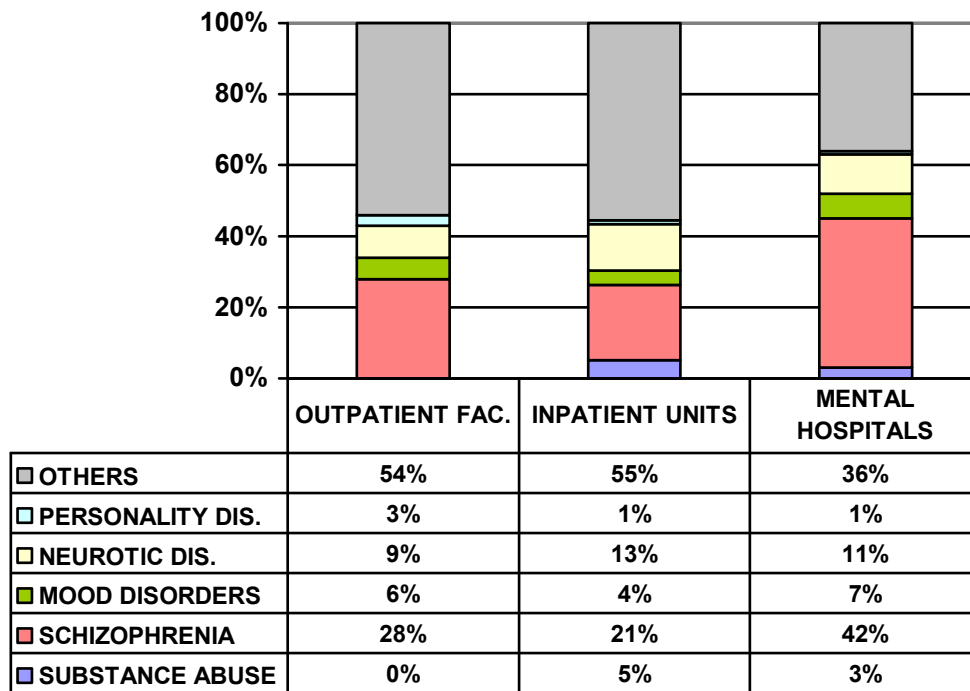


The number of beds in mental health facilities and in other residential facilities was 316 per 100.000 general population, of those about 45% were inside the mental health system. The majority of beds in the country are provided by "other residential facilities" outside the mental health system and by mental hospitals (Graph 2.1).

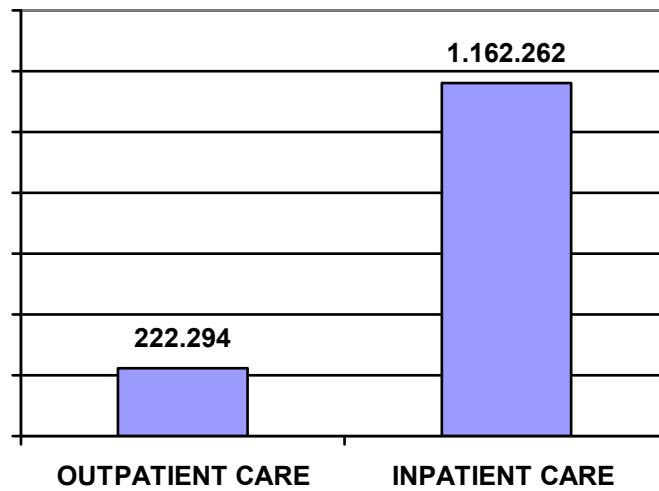
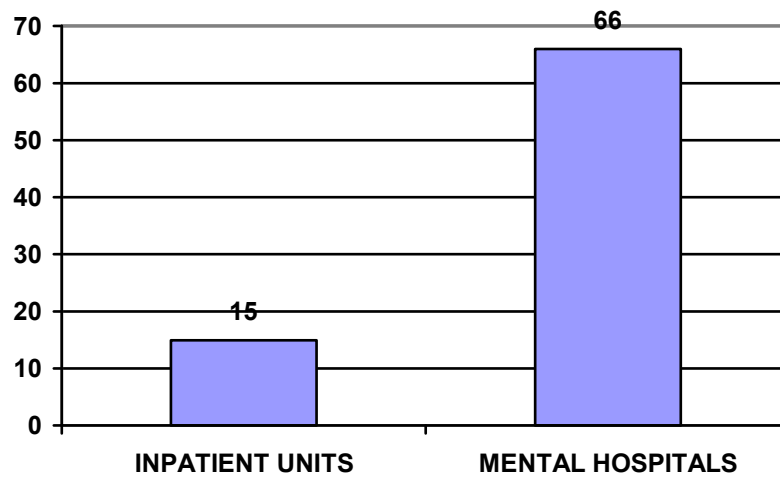




**GRAPH 2.5 - PATIENTS TREATED IN MENTAL HEALTH FACILITIES BY DIAGNOSIS**



The distribution of diagnoses varied across facilities: in outpatient facilities, inpatient units and mental hospitals “other” disorders (epilepsy, organic mental disorders, mental retardation etc.) and schizophrenia, schizotypal and delusional disorders were prevalent. Mood disorders were underrepresented in all the mental health facilities (Graph 2.5).



## **Domain 3: Mental Health in Primary Health Care**

### **Training in mental health care for primary care staff**

About 1% of the training for medical doctors is devoted to mental health issues, in comparison to 2% of the nurse training course. In terms of refresher training, only 1% of primary health care doctors received at least two days of refresher training in mental health, while no nurse received such training.

### **Mental health in primary health care**

In Latvia all the primary health care clinics were physician based. No assessment and treatment protocols for key mental health conditions were available in these facilities.

On average about all the physician-based primary health care clinics made at least one referral monthly to a mental health professional. As for professional interaction between primary health care staff and other care providers, 21–50% of primary care doctors interacted with a mental health professional at least once monthly in the last year. Primary care doctors or mental health staff did not have any interaction with complimentary/alternative/traditional practitioners.

### **Prescription in primary health care**

Primary health care nurses and non-doctor/ non-nurses primary health care workers are not allowed to prescribe psychotropic medications in any circumstance, while primary health care doctors are allowed to prescribe psychotropic medications without restrictions.

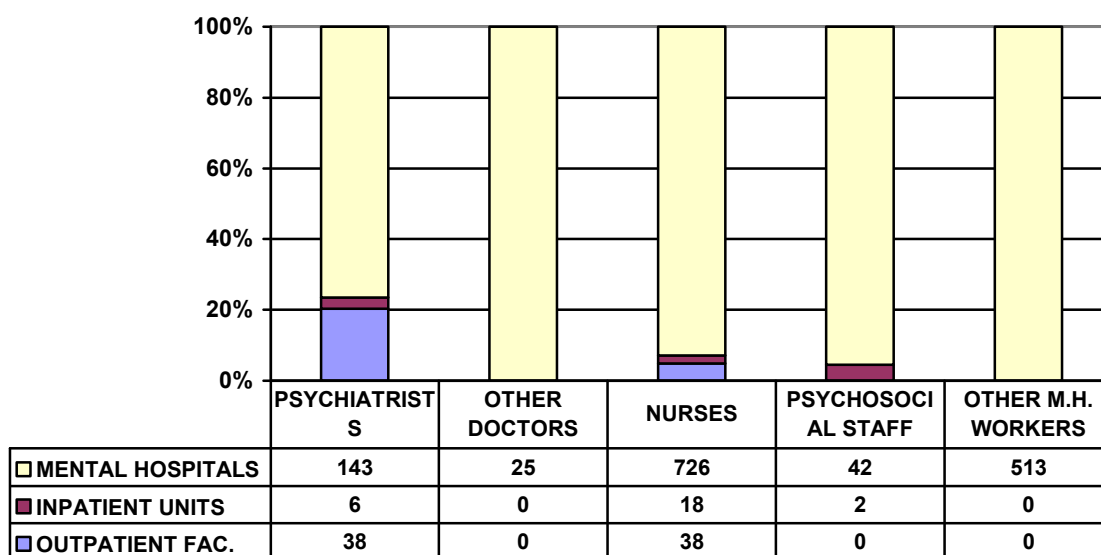
As for availability of psychotropic medicines, a majority of the clinics (51–80%) of physician-based PHC clinics had at least one psychotropic medicine of each therapeutic category (anti-psychotic, antidepressant, mood stabilizer, anxiolytic, and antiepileptic).

## **Domain 4: Human Resources**

### **Number of human resources in mental health care**

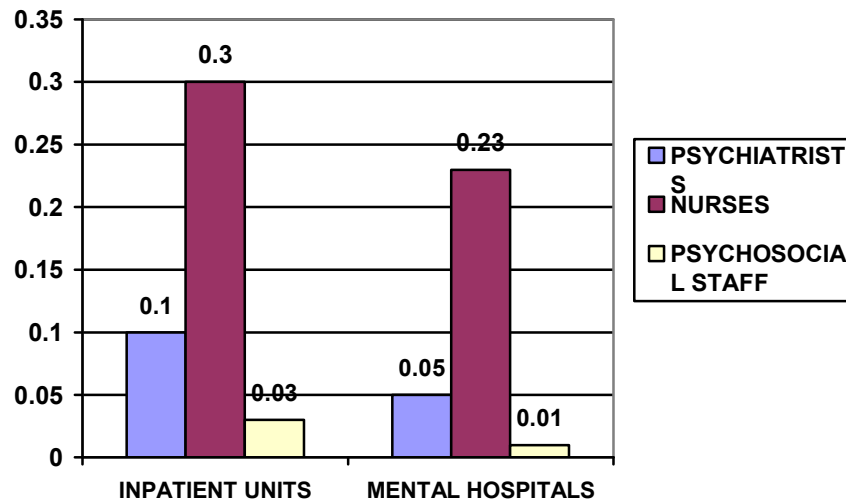
The number of human resources working in or for government administered mental health facilities per 100.000 population per profession was as follows: 8.3 psychiatrist, 1.1 other medical doctors (not specialized in psychiatry), 35.7 nurses, 1.5 psychologists, 0.4 social workers, 0.1 occupational therapists, and 25.3 other health or mental health workers. The total number of human resources per 100.000 was 99.2. Data on staff working in the private sector were not available.

**GRAPH 4.1 - STAFF WORKING IN MENTAL HEALTH FACILITIES**  
(percentage in the graph, number in the table)



Regarding the workplace (Graph 4.1), 20% of the psychiatrists worked in outpatient facilities, 3% in community-based psychiatric inpatient units, and 76% in mental hospitals. All the other medical doctors, not specialized in mental health, worked in mental hospitals. As far as nurses, 5% worked in outpatient facilities, 2% in community-based psychiatric inpatient units, and 93% in mental hospitals. No psychologists, social workers and occupational therapists worked in outpatient facilities, 5% worked in community-based psychiatric inpatient units, and 95% in mental hospitals. As regards to other health or mental health workers, they all worked in mental hospitals. Globally 93% of the mental health staff was working in mental hospitals.

**GRAPH 4.2 - RATIO HUMAN RESOURCES/BEDS**



In terms of staffing in mental health facilities (Graph 4.2), there were 0.10 psychiatrists per bed in community-based psychiatric inpatient units, in comparison to 0.05 psychiatrists per bed in mental hospitals. As for nurses, there were 0.30 nurses per bed in community-based psychiatric inpatient units, in comparison to 0.23 per bed in mental hospitals. Finally, for psychosocial staff (psychologists, social workers, occupational therapists) there were 0.03 per bed in community-based psychiatric inpatient units, in comparison to 0.01 per bed in mental hospitals.

The distribution of human resources between urban and rural areas was unfair: the density of psychiatrists and nurses working in mental health facilities was fivefold higher in the city than in the country.

### **Training professionals in mental health**

The number of professionals graduated last year in academic and educational institutions per 100.000 was as follows: 3 psychiatrists, 57 nurses with at least 1 year training in mental health care. No psychiatrist emigrated to another country within five of the completion of his or her training. No data were available on the refresher training of the mental health staff.

### **Consumer and family associations**

In Latvia, the consumer associations and the family associations are small in size (respectively 2 users/consumers and 15 family members). The government did not provide economic support for these associations. The consumer and family associations

were not involved in the formulation or implementation of mental health policies, plans, or legislation in the past two years. Some mental health facilities (21–50 % of facilities) interacted with these associations.

In addition to consumer and family associations, there are 7 NGOs in the country involved either in policies, legislation, or mental health advocacy either in individual assistance activities such as counselling, housing, or support groups.

## **Domain 5: Public Education and links with other Sectors**

### **Public education and awareness campaigns on mental health**

There is no coordinating body to oversee public education and awareness campaigns on mental health and mental disorders. Agencies, institutions or mental health services have not promoted educational campaigns in the last five years.

### **Legislative and financial provisions for persons with mental disorders**

Legislative provisions concerning protection from discrimination (dismissal, lower wages) solely on the account of mental disorder exists in Latvia, but the legislation is not enforced. However, programs aimed to provide employment to people with serious mental disorders, through activities outside the mental health facility, were implemented in some mental health services (21-50% of all services). No legal obligation exists for employees to hire a certain percentage of employees that are disabled.

Regarding housing, legislative and administrative provisions for people with severe mental disorders, provisions concerning priority in state housing and the prevention of discrimination in location and allocation of housing exists and are partly enforced.

### **Links with other sectors**

No formal collaborative programs were implemented between the Department of Mental Health and other Departments/Agencies inside the Department of Health (such as primary health care/ community health, HIV/AIDS, child and adolescent health, substance abuse, etc), nor programs were initiated with other Departments in the Government (like Education, Welfare, etc.). In terms of support for child and adolescent mental health, all primary and secondary schools had full-time mental health professionals, but school-based activities to promote mental health and to prevent mental disorders were implemented in only a few (1-20%) primary and secondary schools

Regarding mental health activities in the criminal justice system, all the prisons had at least one prisoner per month in treatment contact with a mental health professionals, either within the prison or outside in the community. In terms of training, some (21-50%) police officers, judges and lawyers participated in educational activities on mental health in the last five years.

In Latvia about a quarter of the social welfare benefits were provided because of disability due to mental disorder

## Domain 6: Monitoring and Research

In regards to a mental health information system, a formally defined list of individual data items that ought to be collected by all mental health facilities exists. The Department of Health received data from all the mental hospitals, general hospital units, and outpatient facilities. Based on these data, a report was published that included comments on the data.

Table 6.1 - Percentage of mental health facilities collecting and compiling data by type of information

|                                                                        | <b>MENTAL<br/>HOSPITALS</b> | <b>COMMUNITY<br/>INPATIENT<br/>UNITS</b> | <b>OUTPATIENT<br/>FACILITIES</b> |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>N° of beds</b>                                                      | 100%                        | 100%                                     |                                  |
| <b>N° inpatient admissions/users treated in outpatient facilities.</b> | 100%                        | 100%                                     | 100%                             |
| <b>N° of days spent/user contacts in outpatient facilities.</b>        | 100%                        | 100%                                     | 100%                             |
| <b>N° of involuntary admissions</b>                                    | 0%                          | 0%                                       |                                  |
| <b>N° of users restrained</b>                                          | 0%                          | 0%                                       |                                  |
| <b>Diagnoses</b>                                                       | 100%                        | 100%                                     | 100%                             |

As shown in the table 6.1, the extent of data collection was consistent among all the mental health facilities.

In terms of research, no data were available on the proportion of mental health publications compared to general health publications. Few (1-20%) psychiatrists, nurses and psychologists working in mental health services in the last 5 years were involved in mental health research as an investigator or co-investigator.

Mental health research conducted in Latvia mainly focused on clinical assessments of mental disorders, services research, policy/programmes/financing/economics, psycho-social interventions/psychotherapeutic interventions, pharmacological/surgical /electro-convulsive interventions.

## **Strengths and weaknesses of the mental health system in Latvia**

The challenge facing the mental health system in Latvia is how to shift the resources from mental hospitals to community mental health facilities. Mental hospitals still predominant in the mental health system and almost all the financing and staff resources are concentrated in these institutions.

The network of mental health facilities in the community is not yet complete, as general hospital inpatient units for adults, day treatment facilities and community residential units are lacking. The absence of community residential facilities is critical, because it prevents the mental hospitals from downsizing through the dismissal of long stay patients (about a 1/3<sup>rd</sup> of all patients) into the community. Moreover, the lack of inpatient units for adults doesn't allow the shift of acute inpatient treatment from mental hospitals to general hospital. Community outpatient facilities are not well staffed; they particularly lack psychosocial staff (e.g., psychologists, social workers, etc). Outpatient facilities provided mainly psychotropic medication, while only few patients received psychosocial interventions.

In terms of coordination of care, only a half of the mental hospitals are organizationally integrated with mental health outpatient facilities, weakening the continuity of care. Without a clear shift of resources from mental hospitals towards community services, the extension of mental health cannot be increased and the continuity of care improved.

The diagnostic breakdown shows an intensive use of mental health facilities by users with organic mental disorders: characteristics of these needs should be assessed and appropriateness of their treatment in these facilities evaluated. Conversely there is an underutilization by users with affective disorders, possibly related to accessibility and stigmatization of community outpatient facilities.

Until 2003 no mental health plan was formulated and the current legislation has to be updated, meeting the standards of the European Convention on Human Rights adopted by the European Council and the World Health Organization's Recommendations on involuntary admissions. The establishment of a plan and legislation should be a priority, because the provision of mental health activities, human rights monitoring, and the coordination with other governmental sectors was impaired by the absence of these guiding documents. In the meantime, the lack of a national Mental Health Authority did not allow for a well coordinated planning and mental health care delivery.

The affordability of mental health care in Latvia is adequate: for those that pay out of pocket, the cost of psychotropic drugs was low, mental health treatments were covered in social insurance schemes and the reimbursement system for outpatients worked. However the reimbursement in 2002 was available only for children and for adults with schizophrenic disorders (i.e. the 0.8% of the population) and not for all patients with severe mental disorders.

The link between mental health services and primary care should be improved. Although referral to mental health services was frequent, only one-third of primary care doctors had monthly interactions with mental health staff, and only a few primary health doctors received refresher training in mental health. Without a stronger link between community outpatient facilities and primary care, common mental disorders, like affective disorders, are difficult to treat. The family and user associations are small in size and their opinion on mental health services, policies and plans was not encouraged.

The mental health information system is well developed and covers all mental health facilities. Its function in monitoring the development of community care is crucial and its utilization should be improved (e.g. disseminating a mental health report). It should include information on the number of involuntary admissions or secluded patients, because these are important indicators of human rights respect in mental health facilities.

From a larger point of view, the mental health issues should be tackled not only among professionals but in strong connection with the whole society. Downsizing the mental hospitals, promoting campaigns against stigma, and increasing the participation of users and families implies not only technical choices, but also a large participation of the stakeholders and of large sectors of the society to these choices.

## REFERENCES

- Lund C. & Fisher A.J. (2003). Community hospital indicators in South African public sector mental health services. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 6, 181-187.
- Rancans, E., Salander, Renberg E., et al (2001a) Major demographic, social and economic factors associated to suicide rates in Latvia 1980-98. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 275-281.
- Rancans, E., Alka, I., Renberg, E. S., et al (2001b) Suicide attempts and serious suicide threats in the city of Riga and resulting contacts with medical services. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 279-286.
- Saxena S., Lora A., van Ommeren M., Barrett T., Morris J. & Saraceno B. (submitted for publication). WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems: rationale and development process.
- Varnik, A., Wasserman, D., Eklund, G. (1994) Suicides in the Baltic countries, 1968-90. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 22, 166-169.
- Viel, J. F., Curbakova, E., Dzerve, B., et al (1997) Risk factors for long-term mental and psychosomatic distress in Latvian Chernobyl liquidators. *Environmental Health Perspectives*, 105, 1539-1544.
- Wasserman, D., Varnik, A., Dankowicz, M. (1998a) Regional differences in the distribution of suicide in the former Soviet Union during perestroika, 1984-1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement 394, 5-12.
- Wasserman, D., Varnik, A., Eklund, G. (1998b) Female suicides and alcohol consumption during perestroika in the former USSR. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement 394, 26-33.

World Health Organization (2004). *The World Health Report 2004.Changing history*. WHO - Geneva

World Health Organization (2005). *Mental Health Atlas 2005*. WHO - Geneva

World Health Organization (2005). *WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)*. WHO Geneva.

United Nations (2004). United Nations Statistics from <http://unstats.un.org> United Nations Statistics Division. New York

Latvijas teritorija ir aptuveni 65 tūkstoši kvadrātkilometru un iedzīvotāju kopskaits – 2 345 768.

Atbilstoši Pasaules Bankas kritērijiem 2004. gadā valsts bija „augstākā vidējā ienākumu līmeņa” grupā.

Šis ziņojums par garīgās veselības aprūpes sistēmas novērtējumu Latvijā tika veidots, izmantojot Pasaules Veselības organizācijas novērtējuma instrumentu garīgās veselības aprūpes sistēmai (PVO-AIMS). PVO-AIMS ietver 6 jomas, 28 nozares un 156 vienības, kurās ietverti visi būtiskākie garīgās veselības aprūpes sistēmas aspekti. Dati ir vākti 2003. gadā un attiecas uz 2002. gadu.

*Rezultāti:* Psihiatriskās slimnīcas joprojām dominē visā garīgās veselības aprūpes sistēmā, un gandrīz visi finanšu un cilvēkresursi ir koncentrēti tieši šajās iestādēs. Sabiedrībā balstītas garīgās veselības aprūpes iestādes nav attīstītas. Līdz 2003. gadam bija spēkā garīgās veselības aprūpes plāns, bet šobrīd likumdošanas akti ir jāpārstrādā, ievērojot Eiropas Padomes Cilvēktiesību konvencijas standartus, kā arī PVO rekomendācijas attiecībā uz pacientu ievietošanu psihiatriskās iestādēs pret viņu gribu. Būtiski ir uzlabot garīgās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un primārās aprūpes speciālistu sadarbību. Diagnostiku sadalījums norāda, ka garīgās veselības aprūpes iestādes intensīvi izmanto pacienti ar organiskiem psihiskiem traucējumiem un šizofrēniju. Garīgās veselības informācijas sistēma ir labi izveidota, un tajā ietilpst visas garīgās veselības aprūpes sistēmas iestādes. Būtiski izaicinājumi būtu psihiatrisko slimnīcu samazināšana, aizspriedumu mazināšanai veltītu izglītojošu kampaņu veikšana, kā arī pakalpojumu lietotāju un viņu ģimenes locekļu lielāka iesaistīšana garīgās veselības aprūpē.

Latvia is a country with an approximate geographical area of 65 thousand square kilometres and a population of 2 345 768. The country is a higher middle income group country based on World Bank 2004 criteria.

This report of the assessment of the mental health system in Latvia has been produced using the World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS). WHO-AIMS consist of 6 domains, 28 facets and 156 items to cover the key aspects of mental health systems. Data was collected in 2003 and referred to the year 2002.

*Results:* Mental hospitals still predominant in the mental health system of Latvia and almost all resources are concentrated in these institutions. Community facilities are lacking. Until 2003 no mental health plan was formulated and the current legislation has to be updated, meeting the standards of the European Convention on Human Rights adopted by the European Council and the WHO's Recommendations on involuntary admissions. The network of mental health facilities in the community is not yet complete. The link between mental health services and primary care should be improved. The diagnostic breakdown shows an intensive use of mental health facilities by users with organic mental disorders and schizophrenia. The mental health information system is well developed and covers all mental health facilities. Important challenge should be downsizing the mental hospitals, promoting campaigns against stigma, and increasing the participation of users and families in mental health care.