



NACIONĀLAIS PSIHISKĀS
VESELĪBAS CENTRS

**Klīniskā audita ziņojums par ķīmiski
toksikoloģisko analīžu ietekmi uz
NPVC stacionēto pacientu diagnozi un
ārstēšanas plānu**

2025

Klīniskā audita ziņojums par ķīmiski toksikoloģisko analīžu ietekmi uz NPVC stacionēto pacientu diagnozi un ārstēšanas plānu

Ziņojumu izstrādāja:

Metodiskās vadības institūcija psihiatrijas jomā

Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA:

Ambulatori konsultatīvās nodaļas vadītāja, ārste psihiatre Diāna Neperte

Rezidents psihiatrijā Dāniels Makoveckis

Rezidente psihiatrijā Marija Semjonova

Iekšējā auditore Inese Novicka

Rīgas Stradiņa universitātes Medicīnas fakultātes 5. gada studente Vaira

Anna Vectirāne

Pateicamies visu kolēģu zināšanām, profesionalitātei un iesaistei!

**Pārpublicēšanas un citēšanas gadījumā atsauce obligāta!*



SATURA RĀDĪTĀJS

Saīsinājumi un definīcijas	5
Ievads	6
1. Klīniskā audita veikšanas pamatojums, mērķis un apjoms.....	7
2. Audita rezultāti.....	9
2.1. Pacientu vispārējais raksturojums	10
2.1.1. Hospitalizācijas ilgums un reize	11
2.1.2. Pamatdiagnozes un blakusdiagnozes	13
2.1.3. Klīniskais sindroms un uzvedība	17
2.1.4. Medikamenti	18
2.1.5. Rekomendācijas	19
2.2. Pacientu ar pozitīvu ĶTA rezultātu analīze	20
2.2.1. Hospitalizācijas ilgums un reize	21
2.2.2. Pamatdiagnozes un blakusdiagnozes	22
2.2.3. Klīniskais sindroms un uzvedība	24
2.2.4. Medikamenti	25
2.2.5. Rekomendācijas	27
2.3. Pacientu ar pozitīvu ĶTA rezultātu un veiktu diagnozes korekciju analīze.....	27
2.3.1. Pamatdiagnozes un blakusdiagnozes	28
2.3.2. Veiktās diagnožu korekcijas.....	29
2.3.3. Rekomendācijas	30
2.3.4. Rekomendāciju salīdzinājums	31
2.4. Klīniskais salīdzinājums: pacienti ar pozitīvu ĶTA rezultātu un pacienti ar negatīvu ĶTA rezultātu	32
2.4.1. Hospitalizācijas ilgums un reize	33
2.4.3. Pamatdiagnozes un blakusdiagnozes	34
2.4.3. Sindromi un uzvedība	37
2.4.4. Medikamenti	40
2.4.5. Rekomendācijas	40
3. Konstatēto neatbilstību/trūkumu apraksts un priekšlikumi to risinājumiem	41
3.1. Diagnostiskā nepietiekamība pacientiem ar pozitīvu (ĶTA) rezultātu	42
3.2. Nepilnīga ambulatoro rekomendāciju un speciālistu nosūtījumu dokumentēšana	44

3.3. Atkārtotu hospitalizāciju biežums un nepieciešamība stiprināt ambulatoro aprūpi	46
3.4. Dzimumu atšķirības pacientu grupās un nepieciešamība uzlabot mērķētu profilaksi	48
3.5. Trauksmes sindroma slēptā bīstamība un pašnāvības risks pacientiem ar pozitīvu ĶTA.....	51
3.6. Augstāka šizofrēnijas spektra un psihotisko traucējumu izplatība pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu.....	53
Izmantotās literatūras saraksts	56

SAĪSINĀJUMI UN DEFINĪCIJAS

AIP – agrīnās intervences programma

ĀL – Ārstniecības likums

ĀL 68. pants – psihiatriskās palīdzības bez pacienta sniegšanas tiesiskais regulējums (var piemērot ja pacients: 1) ir draudējis vai draud, centies vai cenšas nodarīt sev vai citai personai miesas bojājumus vai ir izturējies vai izturas varmācīgi pret citām personām un ārstniecības persona konstatē, ka pacientam ir psihiskās veselības traucējumi, kuru iespējamās sekas varētu būt nopietni miesas bojājumi pacientam pašam vai citai personai; 2) ir izrādījis vai izrāda nespēju rūpēties par sevi vai savā aizbildnībā esošām personām un ārstniecības persona konstatē, ka pacientam ir psihiskās veselības traucējumi, kuru iespējamās sekas varētu būt nenovēršama un nopietna personas veselības pasliktināšanās)

ĀL 69. pants – policijas darbinieku personas nogādāšana pie psihiatra, ja persona psihisko traucējumu vai psihiskās slimības dēļ pārkāpj sabiedrisko kārtību

Duāla diagnoze – vienlaicīga psihisku traucējumu (piemēram, šizofrēnijas, depresijas vai trauksmes) un vielu lietošanas traucējumu (alkohola, narkotisko vai psihotropo vielu) līdzāspastāvēšana vienam pacientam

ĶTA – ķīmiski toksikoloģiskā analīze

ĶTI – ķīmiski toksikoloģiskā izmeklēšana

MK – Ministru kabinets

Moda – visbiežāk sastopamā datu vērtība

MVI – Metodiskās vadības institūcija

NPVC – Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA

Sindroms – savstarpēji saistītu simptomu kopums, kas raksturo noteiktu psihopatoloģisku stāvokli vai stāvokļu grupu.

SSK-10 – Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10. redakcija

Tvaiks – NPVC iekšējā informācijas sistēma

Vispārīgā datu aizsardzības regula – Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (ES) 2016/679 (2016. gada 27. aprīlis) par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un ar ko atceļ Direktīvu 95/46/EK

IEVADS

Psihoaktīvo vielu lietošanas izplatība un tās ietekme uz pacientu psihisko veselību pēdējos gados būtiski pieaug, un šī tendence skar arī stacionāro psihiatrisko aprūpi. Klīniskajā praksē arvien biežāk sastopami pacienti, kuriem līdzās psihiskiem traucējumiem ir konstatēta vielu lietošana – neatkarīgi no vielas veida, intensitātes vai lietošanas veida. Tas ietver gan alkoholu, gan narkotiskās vielas, gan dažādus medikamentus ar atkarības potenciālu, kā arī citas vielas, kas var ietekmēt psihisko stāvokli. Šādās situācijās savlaicīga un precīza diagnostika ir būtiska drošas un efektīvas ārstēšanas sastāvdaļa.

Ministru kabineta 2008.gada 2.jūnija noteikumu Nr.394 “Alkohola, narkotisko, psihotropo vai toksisko vielu ietekmes pārbaudes kārtība”¹ 20.punkts nosaka, ka, lai konstatētu narkotisko, psihotropo vai toksisko vielu ietekmi, sertificēti tiesu eksperti veic ķīmiski toksikoloģisko ekspertīzi, izmantojot ķīmiski toksikoloģiskās izpētes metodes. Ķīmiski toksikoloģiskās analīzes (ĶTA) ir viens no nozīmīgākajiem objektīvajiem rīkiem vielu lietošanas konstatēšanai, īpaši gadījumos, kad pacients to nenorāda vai kad vielu lietošanas ietekme uz psihisko stāvokli nav uzreiz klīniski acīmredzama. Turklāt ĶTA rezultāti var būtiski mainīt diagnozi un/vai blakusdiagnozi, ārstēšanas taktiku un turpmākās ārstēšanas plānu. Līdz ar to ĶTA izmantošana un korekta interpretācija ir būtiska ārstniecības procesa sastāvdaļa.

Saskaņā ar Ministru kabineta 2024. gada 13. augusta noteikumu Nr. 543 “Metodiskās vadības institūcijas noteikumi”² 7.1.4. apakšpunktu Metodiskās vadības institūcijai (MVI) ir pienākums nodrošināt klīnisko auditu veikšanu. Ievērojot minēto, MVI veica klīnisko auditu, lai izvērtētu, kā Nacionālajā psihiskās veselības centrā, Valsts SIA (NPVC) stacionārajā ārstēšanā tiek izmantoti ĶTA rezultāti.

¹ *Alkohola, narkotisko, psihotropo vai toksisko vielu ietekmes pārbaudes kārtība*: Ministru kabineta noteikumi. Latvijas Vēstnesis Nr.88, 06.06.2008.

² *Metodiskās vadības institūcijas noteikumi*: Ministru kabineta noteikumi. Latvijas Vēstnesis Nr.159, 16.08.2024.

1. KLĪNISKĀ AUDITA VEIKŠANAS PAMATOJUMS, MĒRĶIS UN APJOMS

Saskaņā ar 2024. gada 13. augusta MK noteikumu Nr. 543 “Metodiskās vadības institūcijas noteikumi” 7.1.4. apakšpunktu MVI ir pienākums nodrošināt klīniskā audita veikšanu. Arī trīspusējais līgums, kas noslēgts starp NPVC, Veselības ministriju un Nacionālo veselības dienestu (turpmāk – Līgums) paredz finansējuma piešķiršanu par klīniskā audita veikšanu.

Atbilstoši Līgumā noteiktajai kārtībai klīniskā audita apjoms tika saskaņots ar Veselības ministriju, tā aprakstu iesniedzot Līguma 1. pielikumā “Veidlapa par plānotajiem pakalpojumiem” paredzētajā formā.

Audita nosaukums: “Audits par NPVC stacionāra pacientu ķīmiski toksikoloģisko izmeklējumu rezultātu ietekmi uz diagnozi, blakusdiagnozi un ārstniecības plānu”.

Audita mērķis: izvērtēt ĶTA rezultātu ietekmi uz NPVC stacionāra pacientu diagnozes un blakusdiagnozes noteikšanu, kā arī uz ārstniecības plāna izstrādi un terapijas izvēli.

Audita uzdevumi:

- izvērtēt NPVC stacionētajiem pacientiem veikto ĶTA rezultātu ietekmi uz viņiem noteikto diagnozi, blakusdiagnozi un ārstēšanas plānu, veicot epikrīžu analīzi;
- salīdzināt NPVC pacientus, kuriem tika atklātas vielas (ĶTA rezultāts – pozitīvs), ar pacientiem, kuriem netika atklātas vielas (ĶTA rezultāts – negatīvs) (hospitalizācijas ilgumi un reizes, pamatdiagnozes un blakusdiagnozes, sindromi un uzvedība, medikamenti un rekomendācijas).

Audita norises laiks: 15.09.2025. – 15.11.2025.

Audita veikšanā iesaistītie:

- MVI psihiatrijas jomā;
- NPVC Ambulatori konsultatīvās nodaļas vadītāja, psihiatre Diāna Neperte;
- NPVC rezidenti psihiatrijā Marija Semjonova un Dāniels Makoveckis;

- Rīgas Stradiņa universitātes Medicīnas fakultātes 5. studiju gada studente Vaira Anna Vectirāne;
- NPVC iekšējā auditore Inese Novicka.

Audita metodes:

- datu izlases veidošana – atlasītas 130 NPVC pacientu epikrīzes, kas NPVC informācijas sistēmā (*Tvaiks*) ievadītas laika posmā no 2024. gada 1. jūnija līdz 2025. gada 30. jūnijam (ieskaitot) un kurās uzrādīts, ka veikta ĶTA, no kurām 100 tika iekļautas datu izlasē;
- ĶTA rezultātu ietekmes uz stacionāra pacienta diagnozi, blakus diagnozi un ārstēšanas plānu analizēšana;
- neatkarīga epikrīžu izvērtēšana 2 (divu) ekspertu sastāvā, nodrošinot rezultātu salīdzināmību un diskusiju nesakrītību gadījumā.

Audita analizējamo datu apjoms: Veicot epikrīžu izvērtēšanu, analizējamo datu tabulās tika iekļauta šāda informācija:

- par pacientu (hospitalizācijas datums, izrakstīšanas datums, hospitalizācijas ilgums, nodaļas numurs, hospitalizācijas reize (pēc kārtas) NPVC, dzimums, vecums);
- klīniskie sindromi (psihoze (tika izvēlēta, ja nav iespējams noteikt precīzu sindromu), paranoīds, halucinatori-paranoīds, paranojāls, parafrēns, afektīvi murgains, apato-abulisks, depresīvs, maniakāls, jaukts afektīvs, psihoorganisks, demences, uzmācību, senestopātiski-hipohondrīks, disociatīvs, katatonisks un trauksmes sindroms);
- domas par pašnāvību un paškaitējums vai pašnāvības uzvedība (pirms stacionēšanas un/vai stacionēšanas laikā);
- vai pacients ir stacionēts pēc ĀL 68. panta pirmās daļas 1. punkta vai 2. punkta;
- vai pacientam ir novērota destruktīva/agresīva uzvedība un/vai psihomotors uzbudinājums;
- pamatdiagnoze un blakusdiagnoze(s) iestājoties NPVC stacionārā un izrakstoties no tā, somatiskās blakusdiagnozes;
- vai ĶTA ir atklāta vielu ietekme, ĶTA ietekme uz diagnozi un blakusdiagnozi;

- nozīmētie medikamenti;
- rekomendācijas (ambulatorais psihiatrs, ambulatorais narkologs (atkarību psihiatrs), dienas stacionārs, agrīnās intervences programma);
- vai ĶTA rezultāts ir ietekmējis nozīmēto ārstēšanu.

Audita ierobežojumi: Atlases posmā *Tvaikā* bija pieejami tikai ĶTA manipulāciju kodi, nevis pilns medicīniskās dokumentācijas apjoms, un tādējādi tika skatītas tikai pacientu epikrīzes NPVC iekšējā sistēmā *Tvaiks*. Tas ierobežoja iespēju sākotnēji pilnībā izvērtēt datu atbilstību visiem audita kritērijiem. Datu atlase tika veikta, izmantojot NPVC iekšējo datubāzi (*Tvaiks*), ievērojot pacientu datu aizsardzības (Pacientu tiesību likuma un Vispārīgās datu aizsardzības regulas) prasības.

Audita laikā tika konstatēti vairāki metodoloģiski ierobežojumi. Pirmkārt, rezultātu interpretāciju būtiski ietekmēja subjektivitāte gadījumos, kad nebija pieejami pietiekami detalizēti protokoli vai skaidri definēti analītiskie standarti. Daļa epikrīžu pēc noteiktajiem protokola parametriem bija grūti interpretējamas. Šādos apstākļos secinājumi var atšķirties atkarībā no konkrētā auditora profesionālās pieredzes un klīniskajām pieejām, kas samazina pētījuma atkārtojamību un rezultātu ticamību, jo identiski klīniskie gadījumi var tikt novērtēti atšķirīgi. Tāpēc atsevišķos gadījumos bija nepieciešams piesaistīt trešo ekspertu, lai panāktu konsensu.

Datubāzē novērotas situācijas, kur manipulācijas kodi piešķirti kļūdaini, ieraksti ir dublēti vai trūkst būtiskas informācijas, piemēram, testa datuma vai apstiprinātas diagnozes. Šādi trūkumi kavē objektīvu atlasīto datu kvalitātes novērtēšanu un palielina risku, ka audita rezultātos var tikt iekļauti neprecīzi vai nepilnīgi dati.

2. AUDITA REZULTĀTI

Šajā sadaļā apkopoti klīniskā audita rezultāti četrās apakšsadaļās, lai nodrošinātu datu pārskatāmību un salīdzināmību. Šāda struktūra nodrošina skaidru klīnisko tendenču identificēšanu un ļauj izvērtēt ĶTA rezultātu praktisko ietekmi uz diagnostiku un ārstēšanas taktiku:

- 1) pacientu vispārējais raksturojums;
- 2) pacienti ar pozitīvu ĶTA rezultātu;
- 3) pacienti ar pozitīvu ĶTA rezultātu un veiktu diagnozes korekciju;

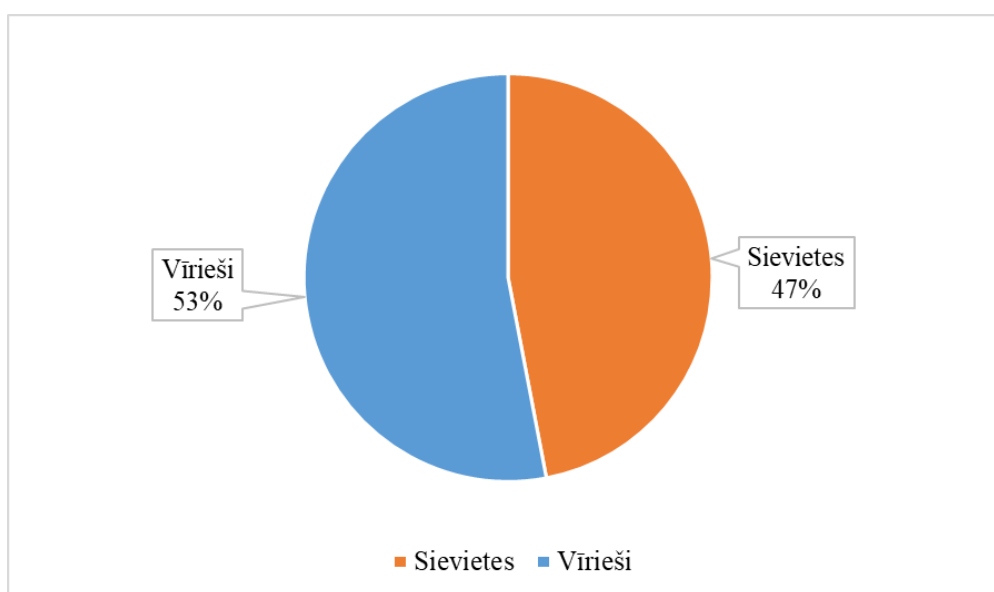
4) klīniskais salīdzinājums starp pacientiem ar pozitīvu un negatīvu KTA rezultātu.

2.1. PACIENTU VISPĀRĒJAIS RAKSTUROJUMS

Datu analīzē tika iekļautas 100 NPVC pacientu epikrīzes, kas atbilda izvirzītajiem klīniskā audita nosacījumiem (sk. 1. sadaļu).

Izvērtējot audita izlasē iekļauto pacientu dzimumu, konstatēts, ka pacientu dzimumu sadalījums bija līdzvērtīgs – 53 % vīriešu un 47 % sieviešu (skat. 2.1.1. attēlu).

2.1.1. attēls. Visu pacientu dzimumu sadalījums (%).



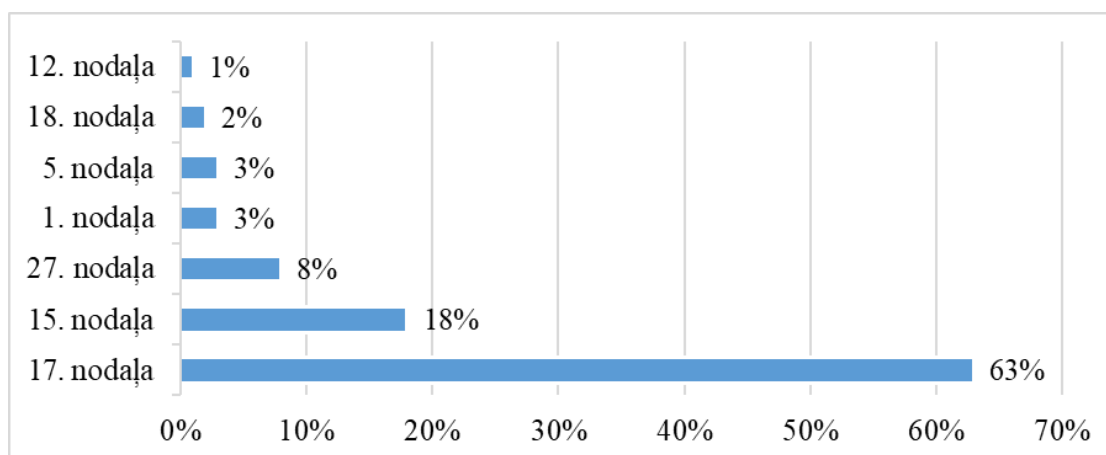
Izvērtējot audita izlasē iekļauto pacientu vecumu, konstatēts, ka pacientu vidējais vecums – 33 gadi (vīriešiem – 34 gadi, sievietēm – 31 gads).

No izlasē iekļautajiem 100 pacientiem:

- lielākā daļa (63 %) ārstējās NPVC 17. nodaļā (akūtu, pirmreizēju pacientu nodaļa);
- 18 % – 15. nodaļā (vīriešu nodaļa akūtiem un atkārtotiem pacientiem);
- astoņi pacienti ārstēšanu bija saņēmuši Neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļā (27. nod.) (8 %), netiekot pārvesti uz citu nodaļu;
- savukārt 1. un 5. nodaļā (abas – vīriešu nodaļas akūtiem un atkārtotiem pacientiem) katrā bija ārstēti 3 % no pacientiem. 20.

nodaļā (subakūtajā neurožu/depresiju nodaļa) un 18. nodaļā (sieviešu nodaļā akūtām un atkārtotām pacientēm) katrā bija ārstēti 2 % pacientu, savukārt 12. nodaļā (subakūto pacientu nodaļa) – viens pacients. (sk. 2.1.2. attēlu).

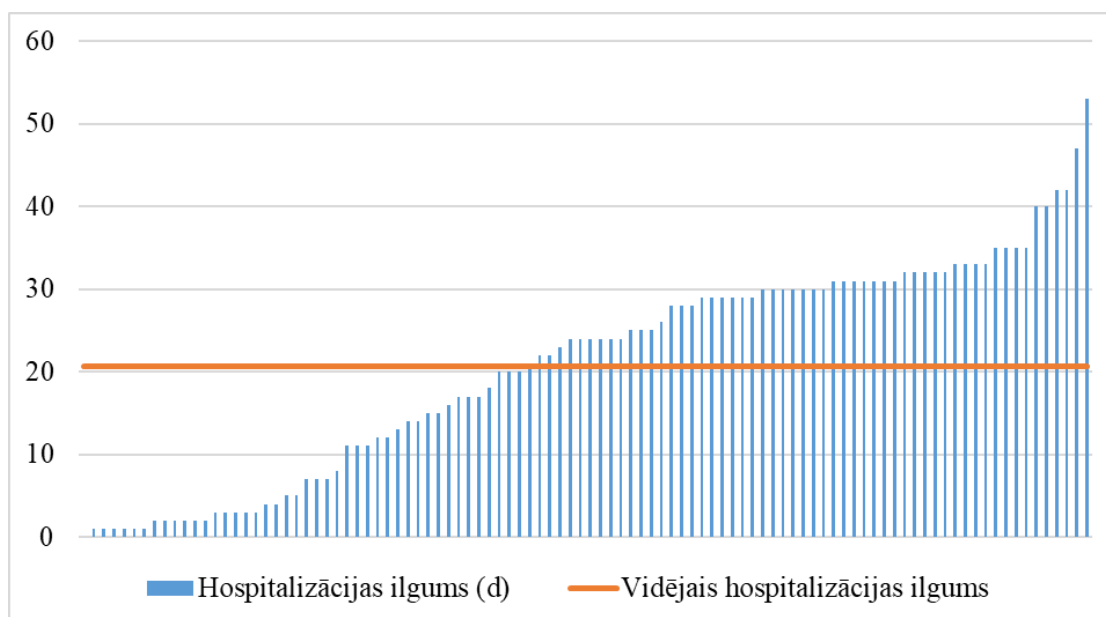
2.1.2. attēls. Visu pacientu sadalījums pa nodaļām



2.1.1. Hospitalizācijas ilgums un reize

Pacientu vidējais hospitalizācijas ilgums bija 21 diena (skat. 2.1.3. attēlu). Sievietēm vidējais hospitalizācijas ilgums bija 17 dienas, bet vīriešiem – 24 dienas.

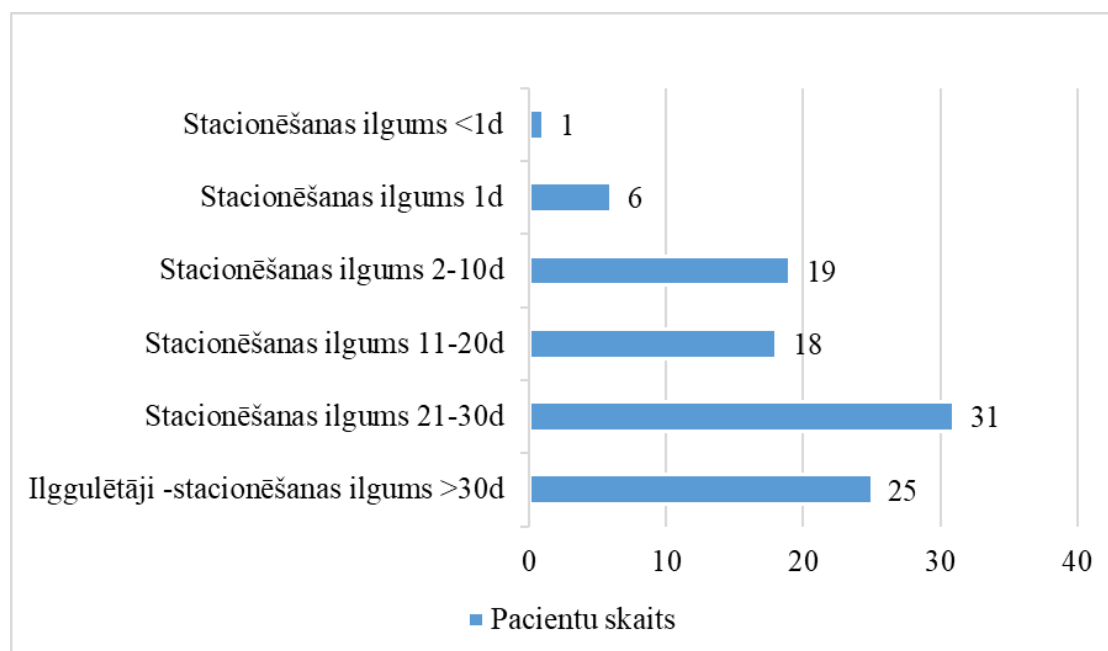
2.1.3. attēls. Hospitalizācijas ilguma (dienās) salīdzinājums starp visiem izlasē iekļautajiem pacientiem.



Pētot izlasē iekļauto pacientu hospitalizācijas ilguma sadalījumu konstatēts, ka viens pacients tika izrakstīts agrāk nekā 24 stundu laikā (0 dienas) (skat. 2.1.4. attēlu).

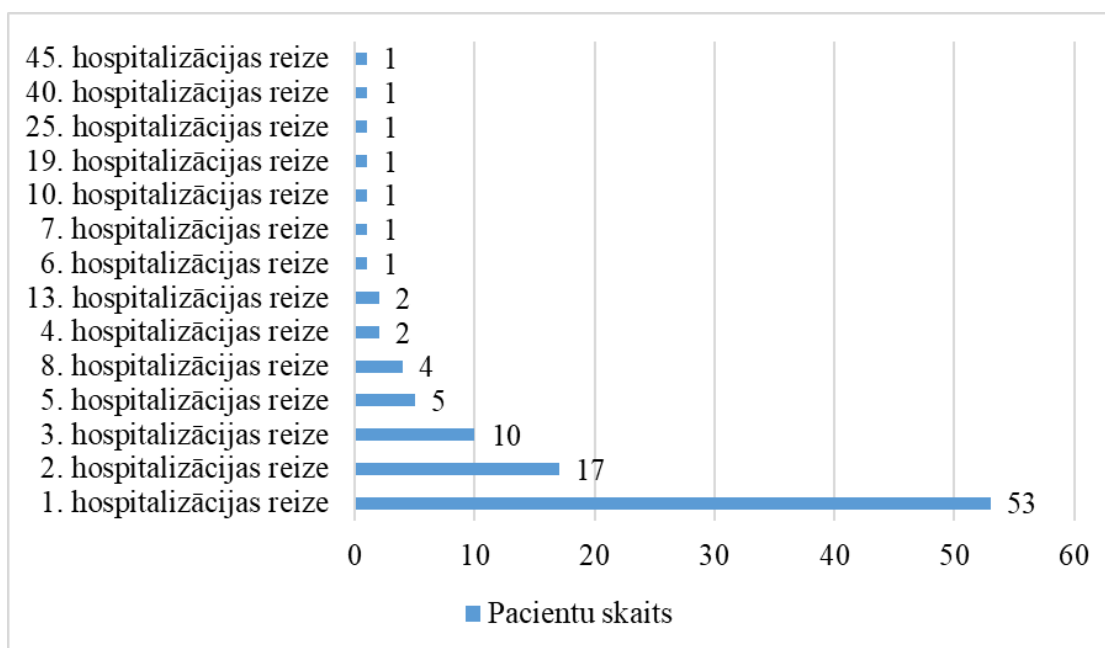
Šis pacients tika stacionēts ar diagnozi F43.25 (Adaptācijas traucējumi ar jauktiem emociju un uzvedības traucējumiem) un blakusdiagnozi X78 (Tīšs paškaitējums ar asu priekšmetu) un tika izrakstīts ar pamatdiagnozi F10.8 (Citi psihiski un uzvedības traucējumi alkohola lietošanās dēļ) un blakusdiagnozi X78 (Tīšs paškaitējums ar asu priekšmetu). Seši pacienti stacionārā atradās vienu dienu, 19 pacienti ārstējās 2 līdz 10 dienas, 18 pacienti – 11 līdz 20 dienas, 31 pacients – 21 līdz 30 dienas, savukārt 25 pacienti stacionārā uzturējās ilgāk par 30 dienām. Maksimālais hospitalizācijas ilgums bija 53 dienas. No 25 pacientiem, kas stacionārā ārstējās ilgāk par 30 dienām, 10 pacientiem (40 %) tika veikta ĶTA analīze, un 3 gadījumos (12 %) tās rezultāts ietekmēja galīgo diagnozi.

2.1.4. attēls. Visu izlasē iekļauto pacientu stacionēšanās ilguma salīdzinājums.



Vidēji pacientiem šī bija ceturrtā hospitalizācijas reize NPVC, tomēr visbiežāk (moda) jeb 53 gadījumos konkrētā epizode bija pirmā stacionēšanas reize NPVC. Maksimālais stacionēšanas reižu skaits vienam no pacientiem bija 45 hospitalizācijas reizes NPVC (sk. 2.1.5. attēlu).

2.1.5. attēls. Visu izlasē iekļauto pacientu hospitalizācijas reizes.

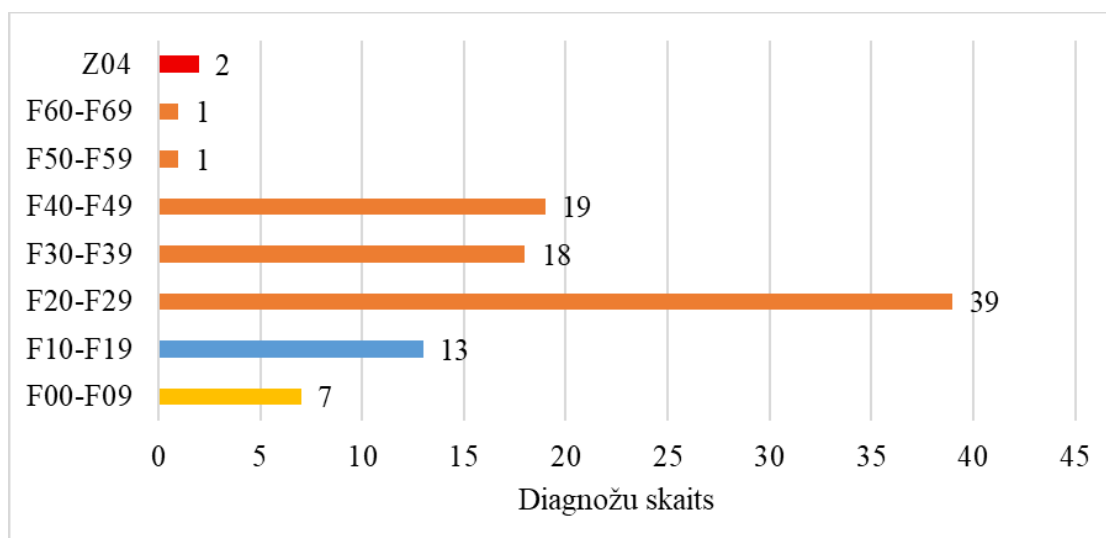


2.1.2. Pamatdiagnozes un blakusdiagnozes

Datu analīzei pacientu pamatdiagnozes kodi tika grupēti pa diagnožu grupām atbilstoši aktuālajai Starptautiskajai statistiskajai slimību un veselības problēmu klasifikācijai, 10. redakcijai (turpmāk – SSK-10). Visbiežāk noteiktās **diagnozes iestājoties** (skat. 2.1.6. attēlu) bija:

- šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (F20 – F29) – 39 % pacientu;
- neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (F40 – F49) – 19 % pacientu;
- garastāvokļa (afektīvie) traucējumi (F30 – F39) – 18 % pacientu;
- uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ (F10 – F19) – 13 % pacientu;
- organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos (F00 – F09) – 7 % pacientu;
- pārbaude un novērošana citu iemeslu dēļ (Z04) – 1% pacientu;
- uzvedības sindromi, kas saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem un somatiskiem faktoriem (F50 – F59) – 1% pacientu;
- pieaugušo personības un uzvedības traucējumi (F60 – F69) – 1% pacientu.

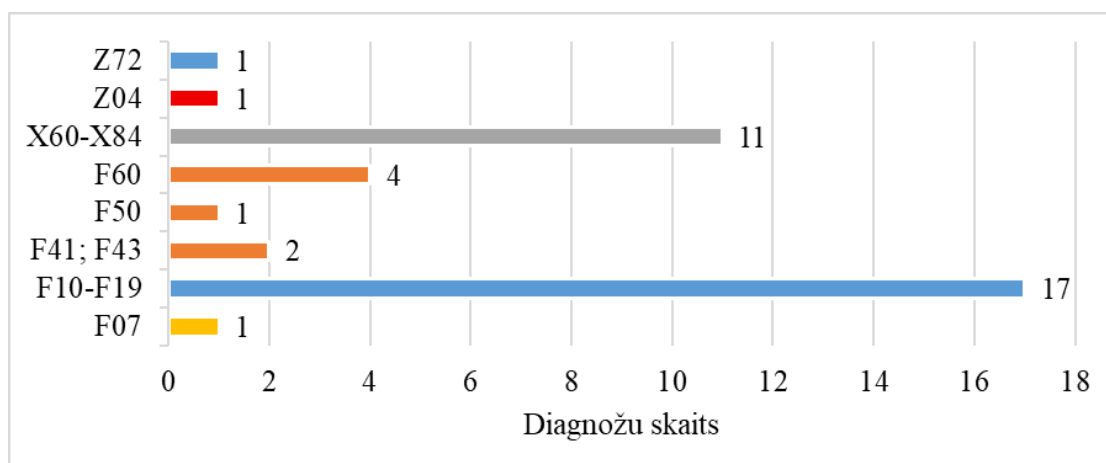
2.1.6. attēls. Visu pacientu pamatdiagnozes iestāšanās brīdī.



34 % pacientu **iestāšanās brīdī** tika norādīta arī **blakusdiagnoze** (skat. 2.1.7. attēlu), no kuriem 21% gadījumos (jeb 21 pacientam) bija attiecināma uz vielu lietošanu (F10 – F19; Z72.1– alkohola lietošana; Z72.2– narkotiku lietošana). Pacientiem ar vielu lietošanu kā blakusdiagnozi visbiežāk kā pamatdiagnoze tika norādīta:

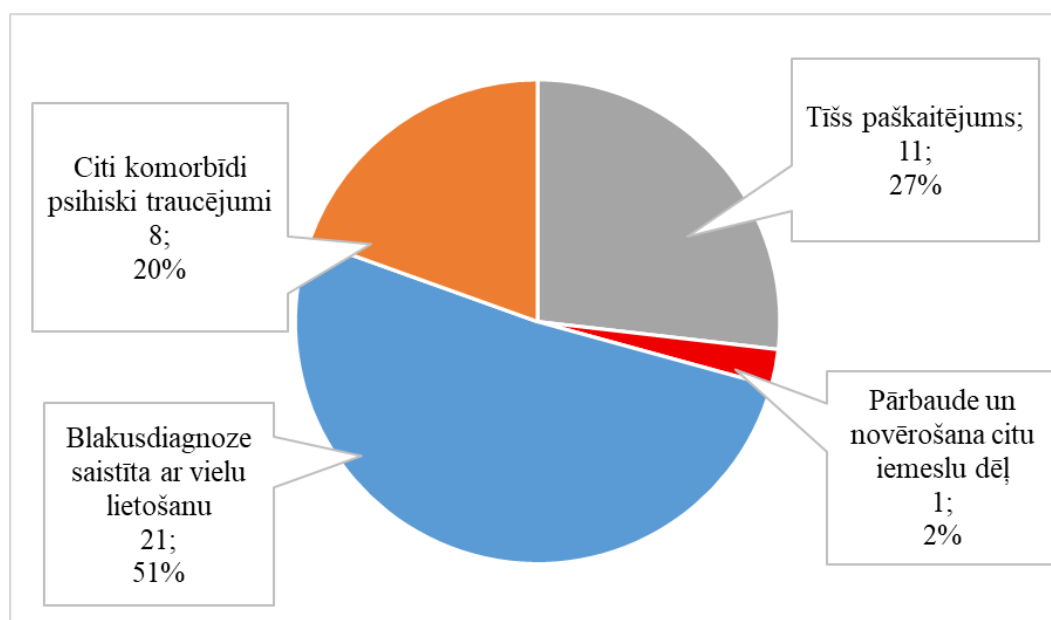
- neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (F40 – F49) – astoņiem pacientiem;
- šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (F20 – F29) – sešiem pacientiem;
- organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos (F00 – F09) un garastāvokļa (afektīvie) traucējumi (F30 – F39) – katrā grupā divi pacienti,
- viens pacients iestājās ar pamatdiagnozi Z04.6 “Vispārēja psihiatriska pārbaude pēc varas iestāžu pieprasījuma”;
- diviem pacientiem arī pamatdiagnoze bija saistīta ar vielu lietošanu (F10 – F19).

2.1.7. attēls. Visu pacientu blakusdiagnozes iestāšanās brīdī.



Sagrupējot un salīdzinot **blakusdiagnozes iestāšanās brīdī** (skat. 2.1.8. attēlu), konstatēts, ka visbiežāk tās bija ar vielu lietošanu saistītas diagnozes (F10 – F19 jeb uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ; Z72 jeb ar dzīvesveidu saistītas problēmas), kas veidoja 51 % (21 gadījums) no visām blakusdiagnozēm. Gandrīz divreiz retāk jeb 27 % pacientu tika konstatēts tišs paškaitējums (X60 – X84). 20 % gadījumu bija citas ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem saistītas blakusdiagnozes.

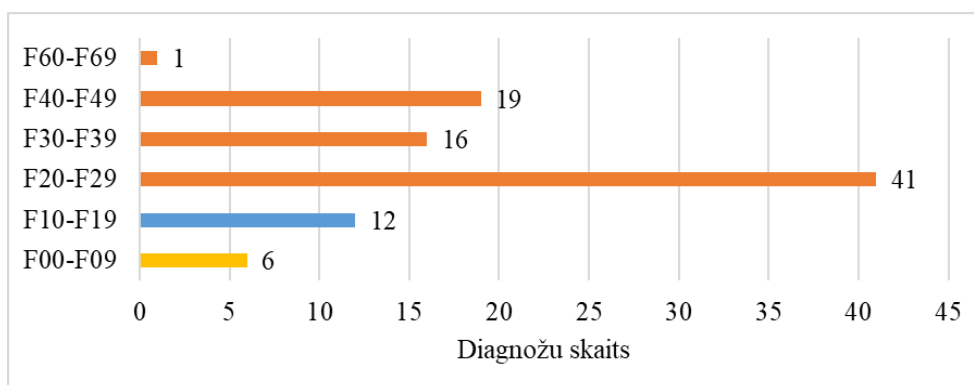
2.1.8. attēls. Visu pacientu iestāšanās blakusdiagnožu procentuāls salīdzinājums.



Izrakstoties no stacionāra (skat. 2.1.9. attēlu), visbiežāk jeb 42 % pacientu kā **pamatdiagnoze** tika noteikta šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (F20 – F29). Otrā visbiežāk noteiktā diagnožu grupa bija neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi

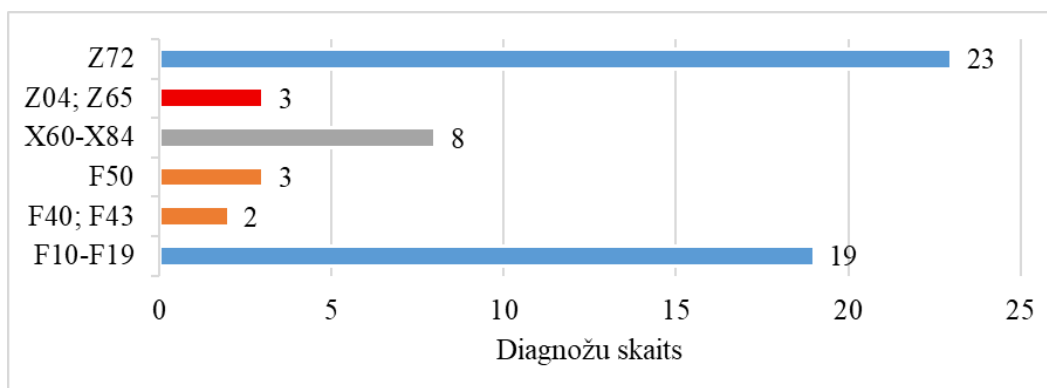
traucējumi (F40 – F49) – 20 % gadījumu. Garastāvokļa (afektīvie) traucējumi (F30 – F39) bija diagnosticēti 17 % pacientu. Psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ (F10 – F19) veidoja 12 % no visām izrakstīšanas pamatdiagnozēm. Savukārt retāk tika fiksēti organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos (F00 – F09) – 6% pacientu. Visretāk kā pamatdiagnoze tika noteikti pieaugušo personības un uzvedības traucējumi (F60 – F69) – 1 %.

2.1.9. attēls. Visu **pacientu pamatdiagnozes izrakstīšanas brīdī.**



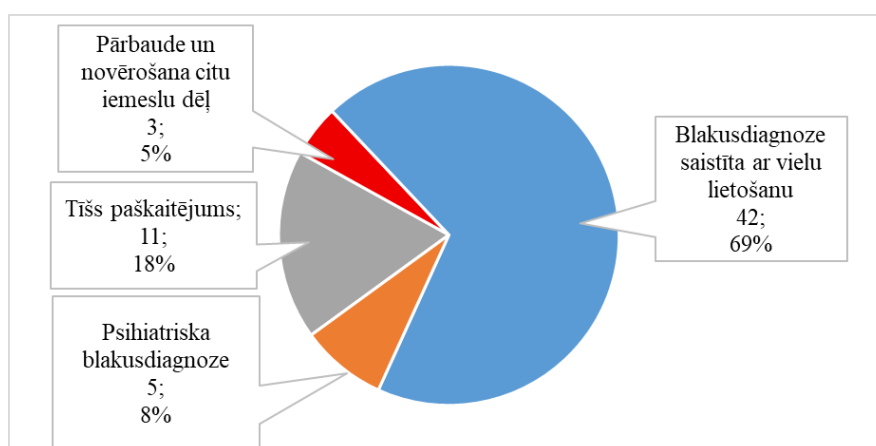
Izrakstoties no stacionāra 49 pacientiem tika norādīta **blakusdiagnoze** (skat. 2.1.10. attēlu), no kuriem 37 gadījumos pacientiem vismaz viena no blakusdiagnozēm bija saistīta ar vielu lietošanu (F10 – F19; Z72.1; Z72.2). Šiem pacientiem visbiežākā pamatdiagnoze bija F20 – F29 diagnožu grupa (20 pacientiem), kam sekoja F40 – F49 diagnožu grupa, kas tika noteikta 10 pacientiem, un F30 – F39 – četriem pacientiem. F00 – F09 diagnožu grupa tika noteikta vienam pacientam, un diviem pacientiem arī pamatdiagnoze ietvēra vielu lietošanu (F10 – F19).

2.1.10. attēls. Visu **pacientu blakusdiagnozes izrakstīšanas brīdī.**



Sagrupējot un salīdzinot **blakusdiagnozes izrakstīšanas brīdī** (skat. 2.1.11. attēlu), konstatēts, ka ar vielu lietošanu saistīto blakusdiagnožu (F10–F19, Z72) īpatsvars pieaudzis no 51 % (21 pacients) iestāšanās brīdī līdz 69 % (42 pacienti) izrakstīšanās brīdī. Citas izrakstīšanas brīdī biežākās diagnozes bija: tīšs paškaitējums (X60 – X84) – 18 % pacientu; psihisku un uzvedības traucējumu diagnozes (F00, F40 – F60) – 8 %; pārbaude un novērošana citu iemeslu dēļ (Z04) kā blakusdiagnoze tika norādīta jau 5 % gadījumu.

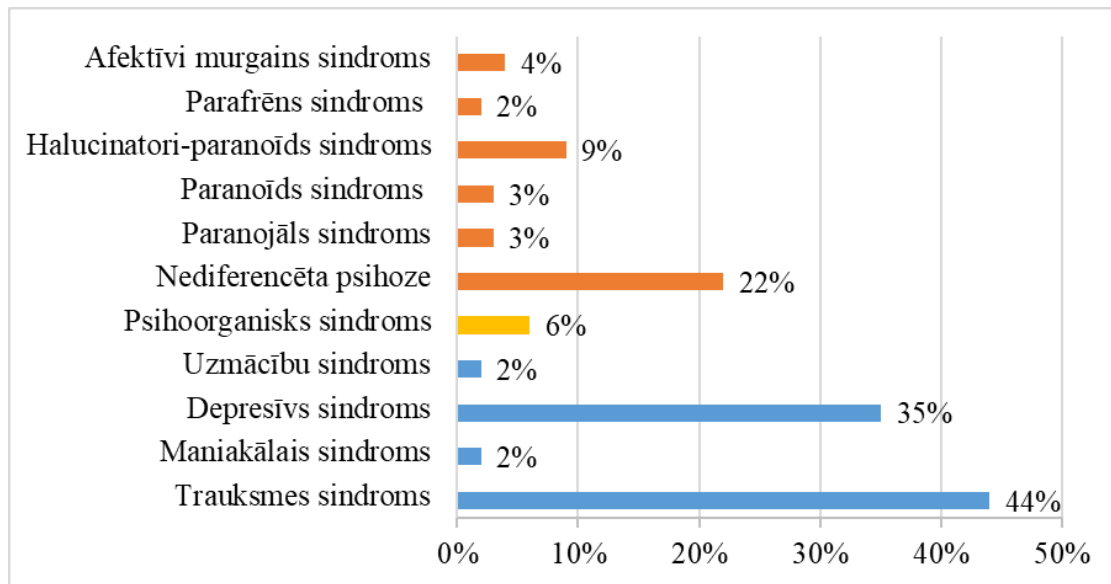
2.1.11. attēls. **Visu pacientu izrakstīšanas blakusdiagnožu procentuāls salīdzinājums.**



2.1.3. Klīniskais sindroms un uzvedība

Lai gan saskaņā ar NPVC medicīnisko dokumentācijas pārvaldības kārtību klīniskais sindroms dokumentācijā ir jāatspoguļo, bieži tas epikrīzēs netika norādīts; par to tika spriests pēc aprakstītā pacienta stāvokļa, simptomātikas epikrīzēs. No 100 analizētajiem pacientu datiem 11 pacientiem netika konstatēts neviens no tālāk minētajiem sindromiem, viens sindroms tika konstatēts 52 pacientiem, divi sindromi – 30 pacientiem, trīs sindromi – sešiem pacientiem, četri sindromi – vienam pacientiem. Visbiežāk pacientiem bija sastopams trauksmes sindroms (44 % pacientu), savukārt vēl 44 % pacientu bija novēroti psihotiskie simptomi (tai skaitā nediferencēta psihoze (23 %), halucinatori-paranoīds sindroms (9 %), afektīvi murgains sindroms (4 %), paranoīds sindroms (3 %), paranojāls sindroms (3 %) un parafrēns sindroms (2 %)) un depresīvs sindroms (35 %). Retāk tika novērots psihoorganisks sindroms (6 %), maniakālais sindroms (3 %) un uzmācību sindroms (2 %) (skat. 2.1.12. attēlu).

2.1.12. attēls. **Klīnisko sindromu izplatība (%) starp visiem izlasē iekļautajiem pacientiem.**



Destruktīva/agresīva uzvedība un psihomotors uzbudinājums bija 20 % pacientu. Pēc ĀL pirmās daļas 1. un 2. punkta un/vai pēc 69. panta tika stacionēti četri pacienti (jeb 4 % no visiem pacientiem), no kuriem visiem tika novērota destruktīva/agresīva uzvedība un psihomotors uzbudinājums.

Domas par pašnāvību un paškaitējumu izteica 39 % pacientu, savukārt paškaitējums un pašnāvības uzvedība bija norādīta 16 % analizēto epikrīžu. Diviem pacientiem vienlaicīgi tika novērota destruktīva/agresīva uzvedība un psihomotors uzbudinājums un konstatētas domas par pašnāvību un paškaitējumu, savukārt vienam pacientam vienlaicīgi tika novērota destruktīva/agresīva uzvedība un psihomotors uzbudinājums un konstatētas domas par pašnāvību un paškaitējumu, kā arī pašnāvības uzvedība.

2.1.4. Medikamenti

Klīniskā audita ietvaros tika analizēti pacientam stacionārās ārstēšanas laikā nozīmētie medikamenti (antipsihotiskie līdzekļi, benzodiazepīni, garstāvokļa stabilizatori, korektori, antidepresanti u.c.), kā arī rekomendācijas ambulatori apmeklēt psihiatru, narkologu, dienas stacionāru un AIP, kas tika fiksētas epikrīzes attiecīgajā sadaļā

Analizējot nozīmētos medikamentus un to grupas (skat. 2.1.13. attēlu), visbiežāk tika nozīmēti **antipsihotiskie līdzekļi** (95 % pacientu). No tiem visbiežāk tika nozīmēts:

- *Quetiapinum* – 54 % pacientu;

- *Zuclopenthixolum* dažādās formās – 48% pacientu;
- *Haloperidolum* dažādās formās – 37% pacientu;
- *Olanzapinum* – 27 % pacientu.

Benzodiazepīni tika nozīmēti 51 % pacientu, visbiežāk to grupā tika nozīmēts *Diazepamum* (42 % pacientu).

Garastāvokļa stabilizatori tika nozīmēti 41 % pacientu, no tiem visbiežāk:

- *Acidum valproicum* – 14 % pacientu;
- *Lamotriginum* – 12 % pacientu;
- *Carbamazepinum* – 11 % pacientu.

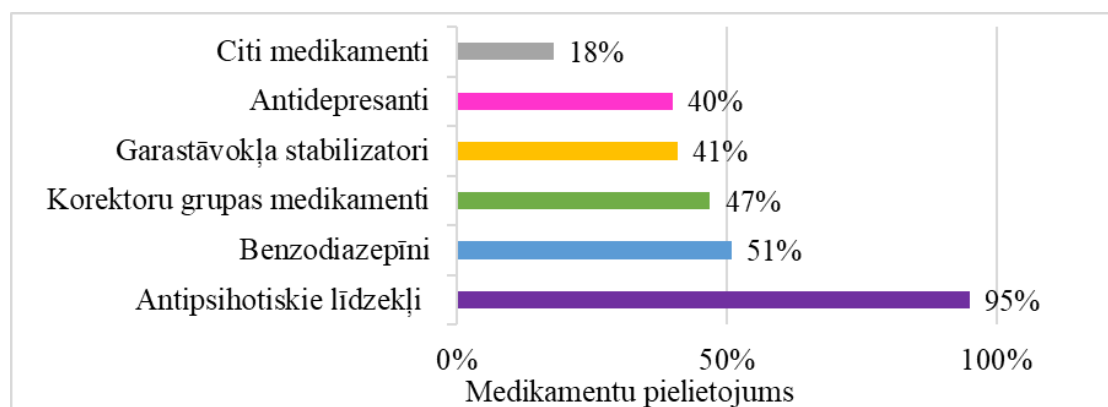
47 % pacientu tika nozīmēti **korektoru grupas medikamenti**, no tiem 44 % tika nozīmēts *Trihexyphenidyli hydrochloridum*.

Antidepressanti tika nozīmēti 40 % pacientu. Biežāk nozīmētie:

- *Escitalopramum* – 11 % pacientu;
- *Mirtazapinum* – 11 % pacientu;
- *Venlafaxinum* – 7 % pacientu;
- *Paroxetinum* – 5 % pacientu.

No citiem medikamentiem 5 % pacientu tika nozīmēts *Buspironi hydrochloridum* (Spitomin), 10 % – *Gabapentinum*, 3 % – *Zopiclonum* (Somnol).

2.1.13. attēls. Nozīmētie medikamenti stacionēšanas laikā.

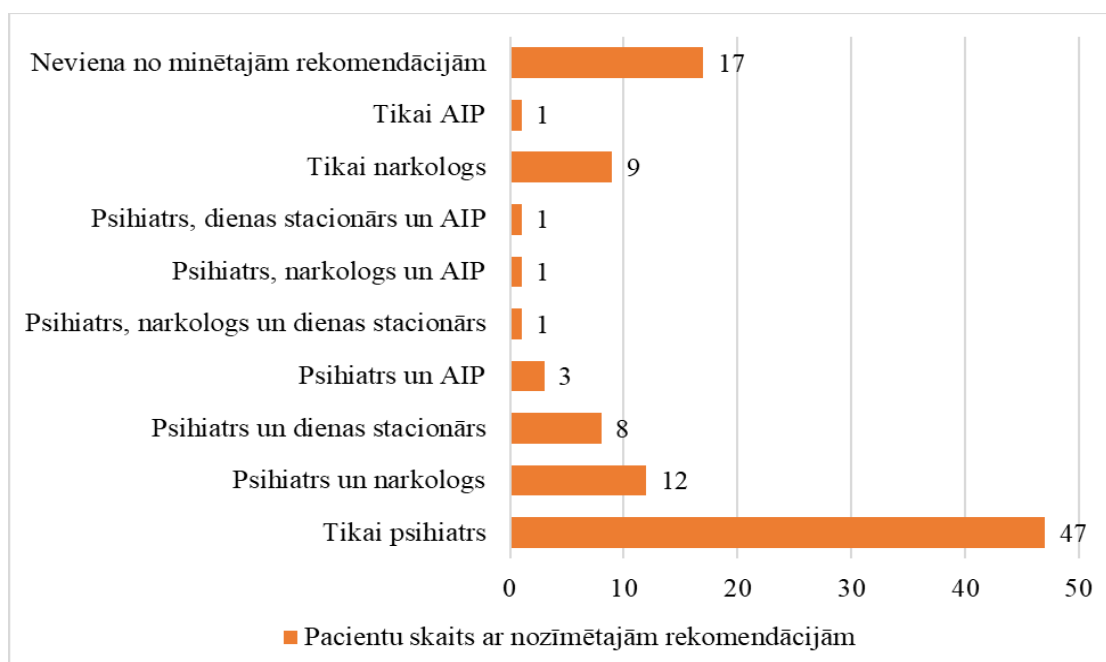


2.1.5. Rekomendācijas

Aplūkojot izrakstīšanas brīdī dotās ambulatorās rekomendācijas visiem izlasē iekļautajiem pacientiem (skat. 2.1.14. attēlu), konstatēts, ka:

- 17 % pacientu netika rekomendētas ne psihiatra, ne narkologa konsultācijas, ne dienas stacionāra vai agrīnās intervences pakalpojums (AIP);
- 47 % pacientu pēc stacionēšanas tika rekomendēts apmeklēt tikai psihiatru;
- 12 % pacientu pēc stacionēšanas tika rekomendēts apmeklēt gan psihiatru, gan narkologu;
- 9 % pacientu pēc stacionēšanas tika rekomendēts apmeklēt tikai narkologu;
- vienam pacientam tika rekomendēta agrīnās intervences programma;
- pārējiem pacientiem tika rekomendētas dažādas pakalpojumu kombinācijas, piemēram, gan psihiatra konsultācijas, gan dienas stacionārs u.tml.

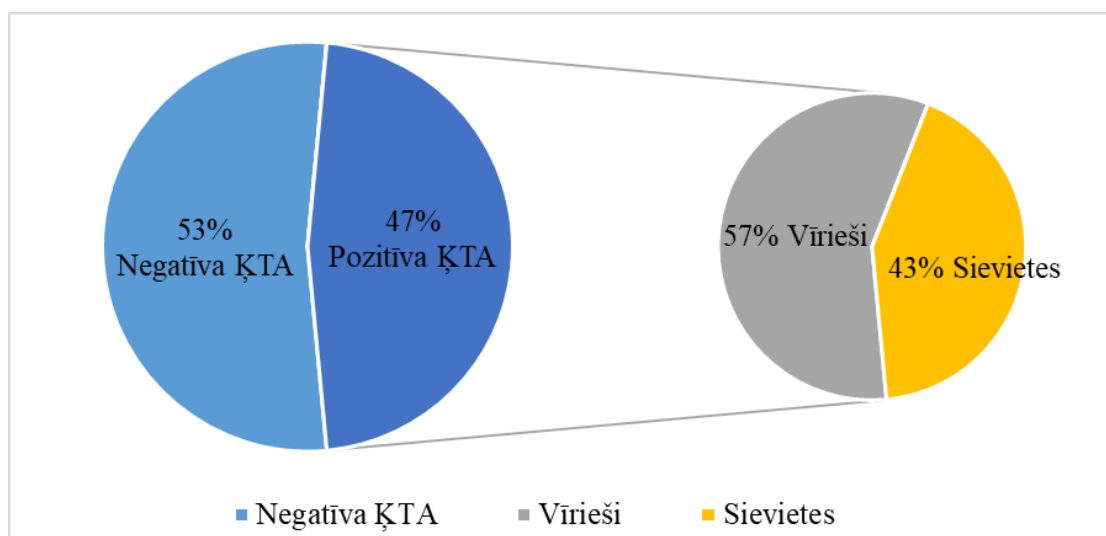
2.1.14. attēls. **Rekomendācijas izrakstīšanas brīdī.**



2.2. PACIENTU AR POZITĪVU ĶTA REZULTĀTU ANALĪZE

No 100 analizētajām epikrīzēm ar pozitīvu ĶTA rezultātu (skat. 2.2.1. attēlu) bija 47 pacienti, no kuriem 57% bija vīrieši un 43% – sievietes. Šo pacientu vidējais vecums – 32 gadi (vīriešiem – 34 gadi, sievietēm – 30 gadi).

2.2.1. attēls. **Dzimumu atšķirības pacientiem ar pozitīvu ĶTA.**



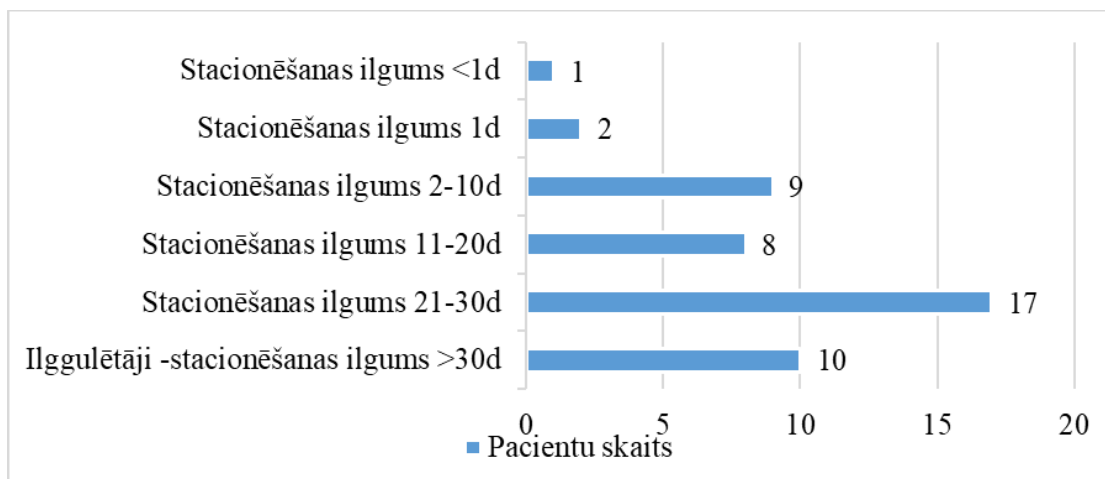
No pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu lielākā daļa (23 pacienti; 49 %) ārstējās 17. nodaļā (akūtu, pirmreizēju pacientu nodaļa), savukārt 13 pacienti (28 %) tika ārstēti 15. nodaļā (vīriešu nodaļa akūtiem un atkārtotiem pacientiem). Pieci (11 %) no pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu bija ārstējušies Neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļā (netika pārvesti uz citu nodaļu), pa diviem pacientiem (katrā 4 %) – 5. nodaļā (vīriešu nodaļa akūtiem un atkārtotiem pacientiem) un 20. nodaļā (subakūtā neiroti/depresiju nodaļa), kā arī pa vienam pacientam 1. (vīriešu nodaļa akūtiem un atkārtotiem pacientiem) un 12. nodaļā (subakūto pacientu nodaļa) (katrā 2 %).

2.2.1. Hospitalizācijas ilgums un reize

Aplūkojot ārstēšanās ilgumu 47 pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu (skat. 2.2.2. attēlu) konstatēts, ka vidējais hospitalizācijas ilgums bija 20 dienas (sievietēm – 17 dienas, vīriešiem – 22 dienas). Hospitalizācijas ilgums bija amplitūdā no 0 (līdz 24 h) līdz 42 dienām:

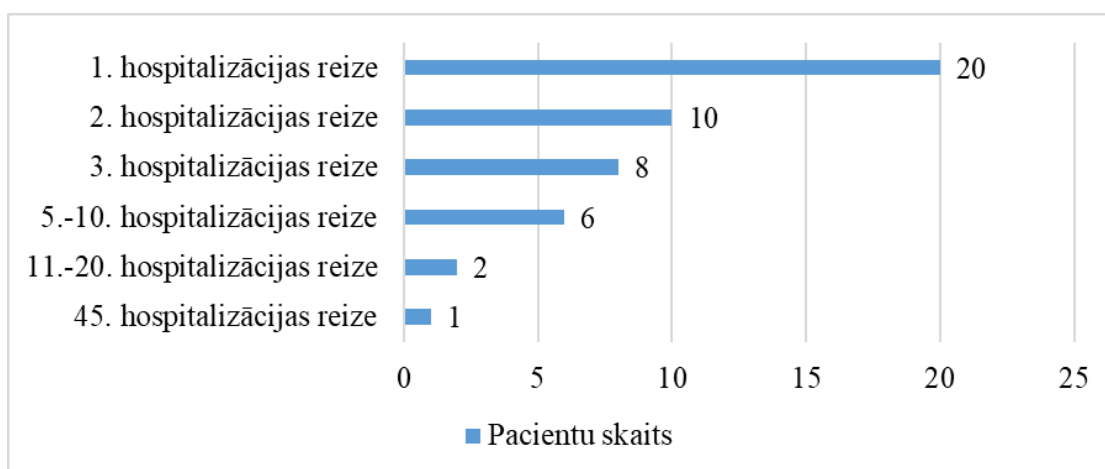
- 12 pacienti (26 %) stacionārā pavadīja 0 līdz 10 dienas (tostarp astoņi pacienti tikai līdz divām dienām (ieskaitot));
- 8 pacienti (17 %) – 11 līdz 20 dienas;
- 17 pacienti (36 %) – 21 līdz 30 dienas;
- 9 pacienti (19 %) – 31 līdz 40 dienas, savukārt viens pacients (2 %) – virs 40 dienām (42 dienas) (ilggulētāji).

2.2.2. attēls. Stacionēšanas ilguma salīdzinājums pacientiem ar pozitīvu ŪTA.



20 pacientiem ar pozitīvu ŪTA rezultātu (43 %) šī bija pirmā stacionēšanas reize NPVC, bet vidēji visā grupā pacientiem šī bija ceturgtā hospitalizācijas reize (skat. 2.2.3. attēlu).

2.2.3. attēls. Hospitalizācijas reižu salīdzinājums pacientiem ar pozitīvu ŪTA rezultātu.



2.2.2. Pamatdiagnozes un blakusdiagnozes

Analizējot pamatdiagnožu un blakusdiagnožu kodu grupas uzņemšanas un izrakstīšanas no stacionāra brīdī, secināts, ka tikai nelielai daļai pacientu pamatdiagnozes tika mainītas. Blakusdiagnozes izrakstīšanās brīdī no stacionāra tika noteiktas 31 pacientam (66 %), kas ir apmēram 2 reizes vairāk nekā iestāšanās brīdī (skat. 2.2.1. tabulu). Somatiskās blakusdiagnozes tika noteiktas 6 pacientiem (13 %).

2.2.1. tabula. **Pamatdiagnožu un blakusdiagnožu kodu grupu sadalījums uzņemšanas un izrakstīšanas no stacionāra brīdī.**

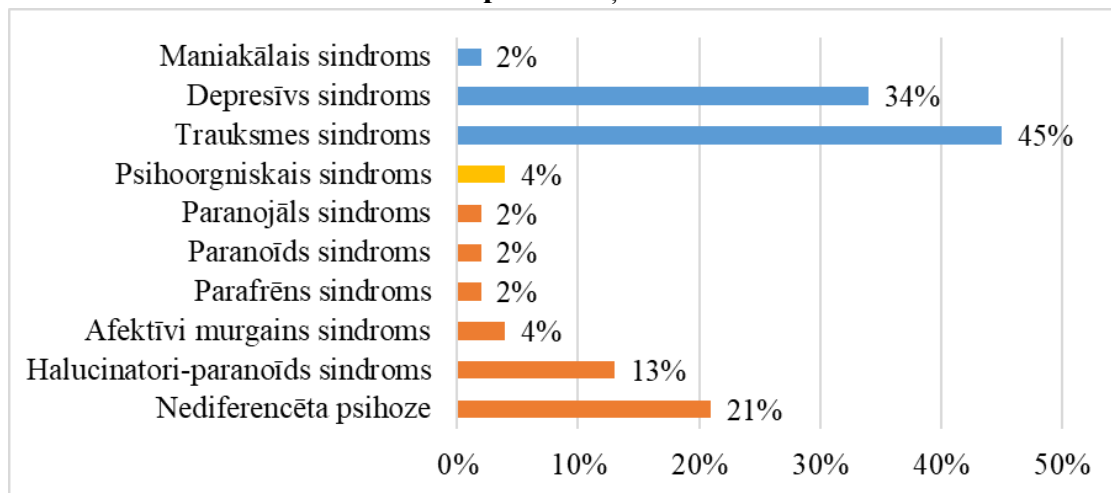
SSK-10	Pamatdiagnožu kodu grupu sadalījums	
	uzņemšanas brīdī	izrakstīšanas no stacionāra brīdī
Organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos (F00 – F09)	1 pacients (2 % šajā pacientu grupā)	2 pacienti (4 % šajā pacientu grupā)
Psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ (F10 – F19)	9 pacienti (19 %)	10 pacienti (21 %)
Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (F20 – F29)	20 pacienti (43 %)	22 pacienti (47 %)
Garastāvokļa (afektīvie) traucējumi (F30 – F39)	8 pacienti (17 %)	8 pacienti (17 %)
Neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (F40 – F49)	7 pacienti (15 %)	5 pacienti (11 %)
Pēc varas iestāžu pieprasījuma (Z04.6)	2 pacienti (4 %)	-
SSK-10	Blakusdiagnožu kodu grupu sadalījums	
	uzņemšanas brīdī	izrakstīšanas no stacionāra brīdī
Traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ (F10 – F19)	10 pacienti (21 %)	11 pacienti (23 %)
Garastāvokļa (afektīvie) traucējumi (F30 – F39)	1 pacients (2 %)	-
Neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (F40 – F48)	-	2 pacienti (4 %)
Uzvedības sindromi, kas saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem un somatiskiem faktoriem (F50 – F59)	-	1 pacients (2 %)
Tīšs paškaitējums (X60 – X84)	5 pacienti (11 %)	3 pacienti (6 %)
Vispārēja psihiatriska pārbaude pēc varas iestāžu pieprasījuma (Z04.6)	-	1 pacients (2 %)
Adaptācijas grūtības (Z60.3)	-	3 pacienti (6 %)
Notiesāšana sakarā ar civillietas vai krimināllietas	-	1 pacients (2 %)

ierosināšanu bez apcietināšanas (Z65.0)		
Alkohola lietošana (Z72.1)	2 pacienti (4 %)	5 pacienti (11 %)
Narkotiku lietošana (Z72.2)	1 pacients (2 %)	12 pacienti (26 %)
Ārstēšanas un režīma neievērošana dzīves anamnēzē (Z91.1)	–	1 pacients (2 %)

2.2.3. Klīniskais sindroms un uzvedība

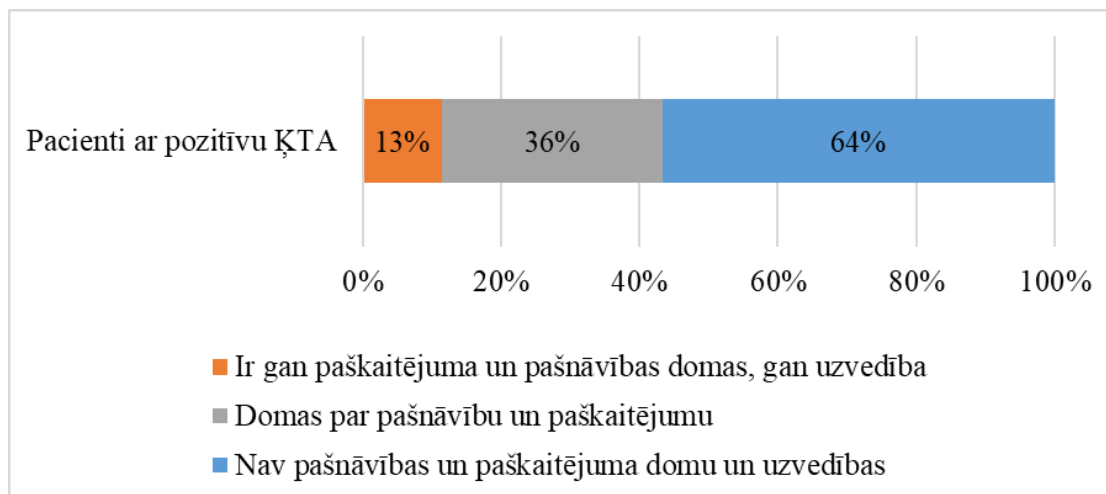
Pacientu grupā ar pozitīvu ĶTA rezultātu vienlīdz bieži (45 %) tika novērots gan trauksmes, gan psihotiskais sindroms. Psihotiskā sindroma sadalījums bija sekojošs: nediferencēta psihoze (21 %), halucinatorais paranoīdais (13 %), afektīvi murgainais (4 %), kā arī paranoīdais, paranojālais un parafrēnais sindroms (katrs 2 %). Depresīvais sindroms tika konstatēts 34 % pacientu, bet psihoorganiskais un maniakālais sindroms – ievērojami retāk (attiecīgi 4 % un 2 %) (skat. 2.2.4. attēlu).

2.2.4. attēls. Klīnisko sindromu izplatības procentuāls salīdzinājums pacientiem ar pozitīvu ĶTA.



Domas par pašnāvību un paškaitējumu izteica 36 % pacientu ar pozitīvu ĶTA rezultātu, savukārt paškaitējums un pašnāvības uzvedība bija novērojama 13 % šo pacientu (skat. 2.2.5. attēlu). Viens pacients tika stacionēts saskaņā ar ĀL 68./69. pantu.

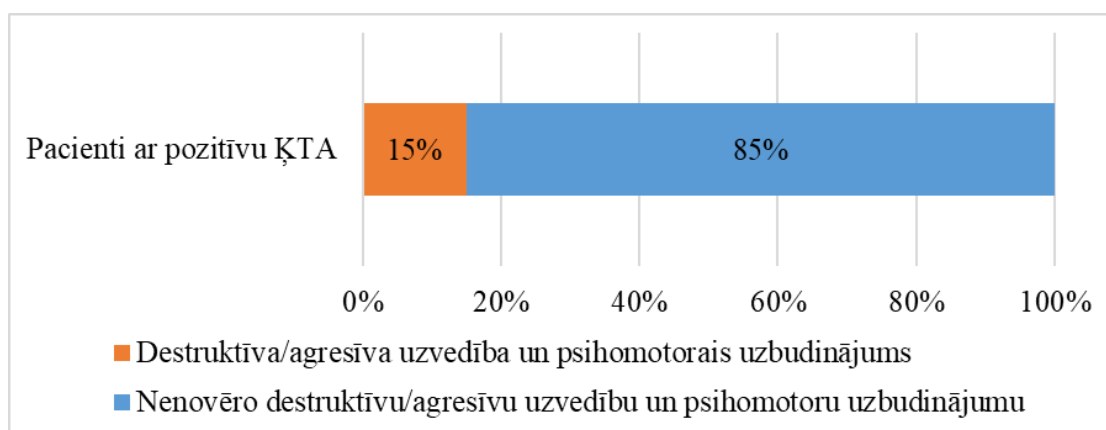
2.2.5. attēls. Pašnāvības un paškaitējuma domu un uzvedības salīdzinājums (%) pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu.



2.2.5. attēlā procentuālais apjoms ir lielāks par 100%, jo daļai pacientu, kuriem bija domas par pašnāvību un paškaitējumu (pelēkā krāsā), bija arī attiecīga uzvedība (oranžā krāsā).

Septiņiem pacientiem (15 %) bija vērojama destruktīva, agresīva uzvedība un/vai psihomotorā uzbudinājums (skat. 2.2.6. attēlu).

2.2.6. attēls. Destruktīvas/agresīvas uzvedības un psihomotorā uzbudinājuma salīdzinājums (%) pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu.



2.2.4. Medikamenti

Analizējot medikamentu lietošanu pacientu grupā ar pozitīvu ĶTA rezultātu (skat. 2.2.7. attēlu) visbiežāk tika nozīmēti **antipsihotiskie līdzekļi** (43 no 47 pacientiem jeb 91%). Šajā grupā visbiežāk:

- *Zuclopenthixolum* dažādās formās – 53 % pacientu;
- *Quetiapinum* – 45 % pacientu;

- *Haloperidolum* dažādās formās – 36 % pacientu;
- *Olanzapinum* – 32 % pacientu.

Benzodiazepīnu grupas medikamentus terapijā saņēma 62 % pacientu ar pozitīvu ĶTA rezultātu. Visbiežāk tika nozīmēts *Diazepamum* (47 % pacientu).

Garastāvokļa stabilizatori tika nozīmēti 22 pacientiem (47%):

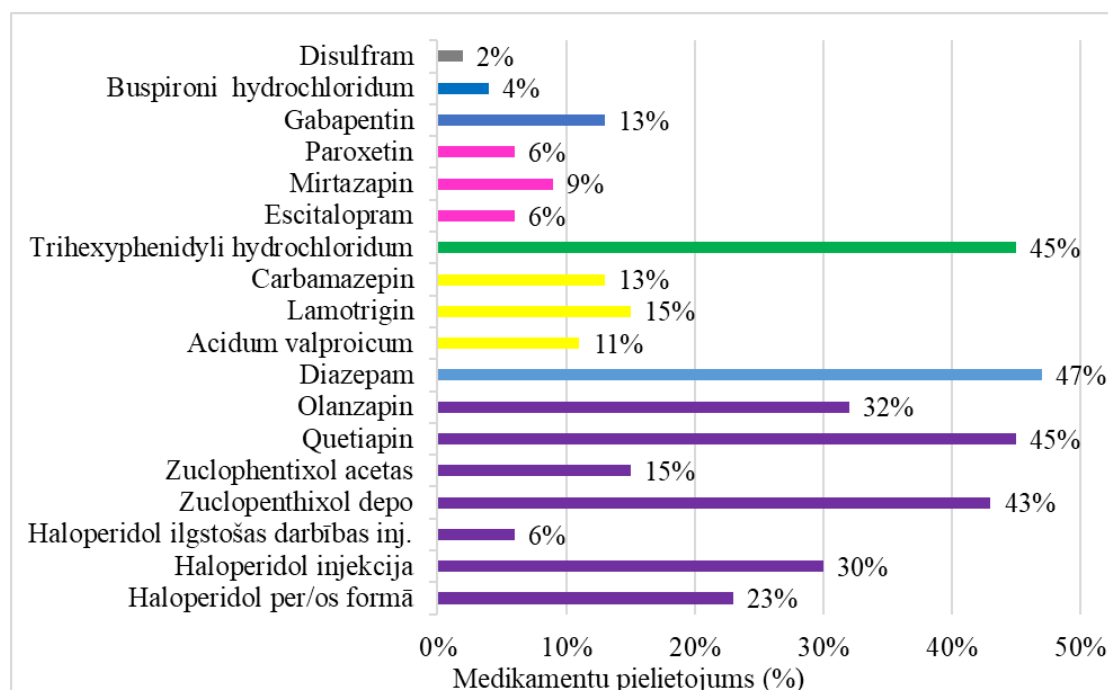
- *Lamotriginum* – 15 % pacientu;
- *Carbamazepinum* – 13 % pacientu;
- *Gabapentinum* – 13 % pacientu;
- *Acidum valproicum* – 11 % pacientu.

Antidepressantu grupas medikamentus terapijā saņēma 18 pacienti (38%). Visbiežāk tika lietots *Mirtazapinum* (9 % pacientu), *Escitalopramum* un *Paroxetinum* (katrs – 6 % pacientu).

Korektoru grupas medikamentus lietoja 21 pacients (45%), no tiem visiem pacientiem tika ordinēts terapijā *Trihexyphenidyli hydrochloridum*.

Savukārt *Buspironi hydrochloridum* (*Spitomin*) un *Disulfiramum* (*Esperal*) terapijā saņēma attiecīgi 4 % un 2 % pacientu jeb divi un viens pacients grupā ar pozitīvu ĶTA.

2.2.7. attēls. **Pielietotu medikamentu procentuāls salīdzinājums starp pacientiem (47) ar pozitīvu ĶTA.**

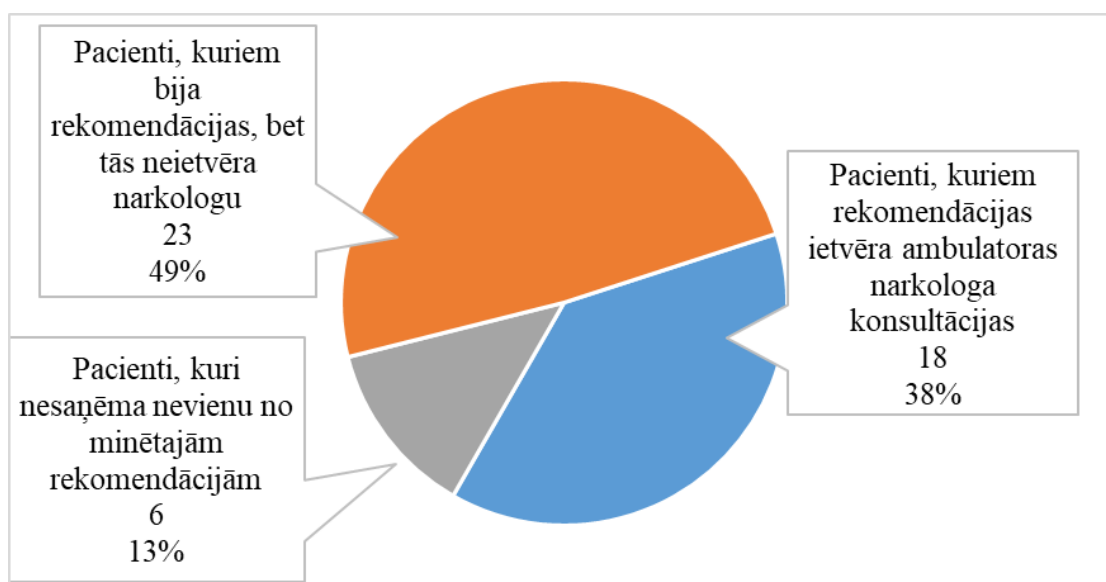


2.2.5. Rekomendācijas

Analizējot pacientus ar pozitīvu ĶTA rezultātu, tika secināts, ka 18 pacientiem (38 %) ĶTA rezultāts ietekmēja izrakstīšanas brīdī ieteikto turpmāko ārstēšanu – t.i. tika rekomendēts ambulatori apmeklēt narkologu. Izrakstot pacientus ar pozitīvu ĶTA rezultātu:

- tikai psihiatrs ambulatori tika nozīmēts 19 pacientiem (40 %);
- psihiatrs un dienas stacionārs tika nozīmēts 3 pacientiem (6 %);
- tikai narkologs ambulatori tika nozīmēts 8 pacientiem (17 %);
- psihiatrs un narkologs – 8 pacientiem (17 %);
- vienam pacientam (2 %) tika rekomendēts apmeklēt gan psihiatru, gan narkologu, gan ārstēšanās dienas stacionārā;
- vienam pacientam (2 %) tika rekomendēts apmeklēt gan psihiatru, gan narkologu, gan agrīnās intervences programmu;
- tikai AIP tika rekomendēts apmeklēt 1 pacientam (2 %);
- 6 pacientiem (13 %) pēc izrakstīšanas netika nozīmēta neviena no iepriekš minētajām rekomendācijām (skat. 2.2.8. attēlu).

2.2.8. attēls. **Rekomendācijas izrakstīšanās brīdī pacientiem (47 pacientiem) ar pozitīvu ĶTA rezultātu.**



2.3. PACIENTU AR POZITĪVU ĶTA REZULTĀTU UN VEIKTU DIAGNOZES KOREKCIJU ANALĪZE

No 100 analizētajām epikrīzēm ĶTA rezultāts pozitīvs bija 47 gadījumos, bet tikai 20 gadījumos (43%) no tiem tika veikta diagnozes korekcija, ņemot vērā šo

atradni – t.i. tika veikta diagnozes maiņa/papildināšana, atspoguļojot vielu lietošanu/ietekmi. Diagnozes korekcija tiek veikta, balstoties uz ārsta klīnisko viedokli, pacienta psihisko stāvokli un izmeklējumiem. No šiem 20 gadījumiem četras bija sievietes, bet 16 – vīrieši. Šo pacientu vidējais vecums bija 31 gads (sievietēm – 32 gadi, vīriešiem – 30 gadi).

2.3.1. Pamatdiagnozes un blakusdiagnozes

Iestāšanās brīdī pacientiem ar pozitīvu KTA rezultātu un veiktu diagnozes korekciju blakusdiagnozes bija noteiktas septiņiem pacientiem (30 %), savukārt 13 pacientiem (60 %) blakusdiagnozes iestājoties nebija norādītas. Izrakstīšanas brīdī blakusdiagnozes tika norādītas 18 pacientiem (90 %), kas ir būtiski vairāk nekā iestāšanās brīdī. Tikai diviem pacientiem (10 %) izrakstīšanas brīdī blakusdiagnoze nebija noteikta. Būtiski, ka deviņiem pacientiem (45 %) bija divas blakusdiagnozes, savukārt diviem pacientiem (10 %) – trīs blakusdiagnozes (skat. 2.3.1.tabulu).

2.3.1. tabula. **Pamatdiagnožu un blakusdiagnožu kodu grupu sadalījums uzņemšanas un izrakstīšanas no stacionāra brīdī.**

SSK-10	Pamatdiagnožu kodu grupu sadalījums	
	uzņemšanas brīdī	izrakstīšanas no stacionāra brīdī
Organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos (F00 – F09)	–	1 patients (5 %)
Psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ (F10 – F19)	4 pacienti (20 %)	4 pacienti (20 %)
Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (F20 – F29)	10 pacienti (50 %)	12 pacienti (60 %)
Garastāvokļa (afektīvie) traucējumi (F30 – F39)	3 pacienti (15 %)	3 pacienti (15 %)
Neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (F40 – F49)	1 patients (5 %)	–
Vispārēja psihiatriska pārbaude pēc varas iestāžu pieprasījuma (Z04.6)	2 pacienti (10 %)	–
SSK-10	Blakusdiagnožu kodu grupu sadalījums	
	uzņemšanas brīdī	izrakstīšanas no stacionāra brīdī
traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ	5 pacienti (25 %)	9 pacienti (45 %)

(F10 – F19)		
Neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (F40 – F48)	–	2 pacienti (10 %)
Vispārēja psihiatriska pārbaude pēc varas iestāžu pieprasījuma (Z04.6)	–	1 pacients (5 %)
Adaptācijas grūtības (Z60.3)	–	1 pacients (5 %)
Notiesāšana sakarā ar civillietas vai krimināllietas ierosināšanu bez apcietināšanas (Z65.0)	–	1 pacients (5 %)
Alkohola lietošana (Z72.1)	1 pacients (5 %)	3 pacienti (15 %)
Narkotiku lietošana (Z72.2)	–	10 pacienti (50 %)
Tīšs paškaitējums (X60 – X84)	3 pacienti (15 %)	1 pacients (5 %)

2.3.2. Veiktās diagnožu korekcijas

Lielākajai daļai pacientu (80 %) tika veikta blakusdiagnozes korekcija – viena blakusdiagnoze tika koriģēta 14 pacientiem (70 %), bet divas blakusdiagnozes tika koriģētas četriem pacientiem (20 %) (skat. 2.3.2. tabulu).

2.3.2. tabula. Veikto diagnožu korekciju kopsavilkums.

Pacientu skaits	Izmaiņas	Apraksts
2	Pamatdiagnozes korekcija	Koriģēta tikai pamatdiagnoze, blakusdiagnoze nav skarta
2	Pamatdiagnozes un blakusdiagnozes korekcija	Koriģēta gan pamatdiagnoze, gan vismaz viena blakusdiagnoze (pievienota vai mainīta)
16	Blakusdiagnozes korekcija	Koriģēta tikai blakusdiagnoze (pievienota, precizēta)

Diagnožu korekciju analīze atklāj (skat. 2.3.3. tabulu), ka lielākā daļa izmaiņu bija saistītas ar psihoaktīvo vielu lietošanas riska faktoru pievienošanu – diagnoze par alkohola (Z72.1) vai narkotiku (Z72.2) lietošanu tika pievienota 9 pacientiem, kas norāda uz to, ka iestāšanās brīdī informācija par alkohola vai narkotisko vielu lietošanu nebija fiksēta vai arī kļuva zināma tikai pēc ĶTA rezultātu saņemšanas.

Psihoaktīvo vielu traucējumu precizēšana tika veikta 3 pacientiem, kur sākotnēji norādītās vielas vai to grupas tika aizstātas ar citām. Divos gadījumos tika pievienota blakusdiagnoze F19 (Psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies daudzu narkotisku un citu psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ), kā arī divos gadījumos F19.8 (Citi psihiski un uzvedības traucējumi) precizēta uz citu blakusdiagnozi. Divos gadījumos notika diagnozes maiņa uz kādu no F10 – F19 grupas kodiem (t.i. uz psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ), savukārt vienā gadījumā X70 (tīšs paškaitējums) tika koriģēts uz Z72.1 (Alkohola lietošana).

2.3.3. tabula. **Diagnožu korekciju apvienotās grupas.**

Grupa	Pacientu skaits	Izmaiņu piemēri
Riska faktoru pievienošana (Z72.1 / Z72.2)	9	0 → Z72.2; 0 → Z72.1
Psihoaktīvo vielu traucējumu precizēšana	3	F10.00 → F19.1; F11.3 → F10.2; F19.8 → F13.8
F10 – F19 pievienošana	2	0 → F19.1; 0 → F19.21
F19.8 precizēšana	2	F19.8 → F12.18; F19.8 → F10.1
Diagnozes maiņa uz F10 – F19	2	F43.25 → F13.8; F32.11 → F10.8
Akūtas intoksikācijas maiņa uz dzīvesveida riska faktoriem	1	F10.00 → Z72.1
Tīša paškaitējuma maiņa uz Z72.1	1	X70 → Z72.1

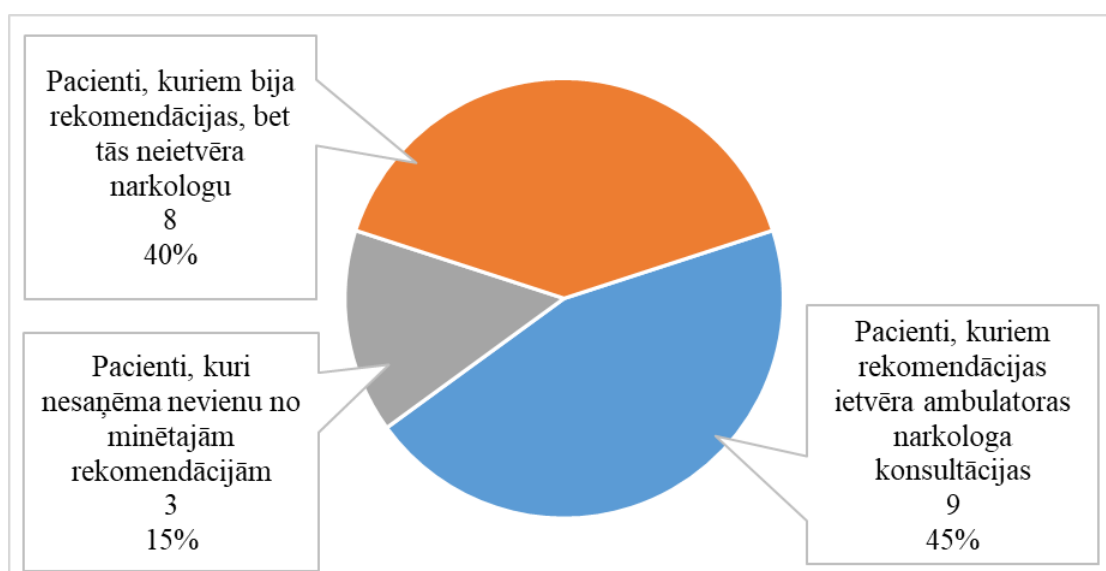
2.3.3. Rekomendācijas

Analizējot pacientus ar pozitīvu ĶTA rezultātu un secīgi veiktu diagnozes korekciju, tika secināts, ka deviņiem pacientiem (45 %) ĶTA rezultāts ietekmēja izrakstīšanas brīdī ieteikto turpmāko ārstēšanu – t.i. tika rekomendēts ambulatori apmeklēt narkologu:

- tikai psihiatrs ambulatori tika ieteikts pieciem pacientiem (25 %);

- tikai narkologs ambulatori tika rekomendēts četriem pacientiem (20 %);
- tikai AIP tika ieteikts apmeklēt vienam pacientam (5 %);
- ambulatoro psihiatru un narkologu ieteikts apmeklēt četriem pacientiem (20 %);
- psihiatrs un dienas stacionārs tika rekomendēts diviem pacientiem (10 %);
- vienam pacientam (5 %) tika ieteikts apmeklēt gan psihiatru, gan narkologu, gan agrīnās intervences programmu;
- trīs pacientiem (15 %) pēc izrakstīšanās netika ieteikta neviena no iepriekš minētajām rekomendācijām (skat. 2.3.1. attēlu).

2.3.1. attēls. **Rekomendācijas izrakstīšanās brīdī pacientiem ar pozitīvu ĶTA un secīgi veiktu diagnozes korekciju.**



2.3.4. Rekomendāciju salīdzinājums

Salīdzinot izrakstīšanas brīdī nozīmēto ārstēšanu tai pacientu grupai, kurai ĶTA pozitīvais rezultāts bija ietekmējis diagnozi, ar to ĶTA pozitīvo grupu, kurai vielu atklāšana nebija ietekmējusi diagnozi, var novērot, ka pacientiem bez diagnozes izmaiņām biežāk tika nozīmēts tikai psihiatrs (52 % pret 25 %), savukārt pacientiem ar veiktu diagnozes korekciju biežāk rekomendācijas ietvēra narkologa apmeklēšanu (skat. 2.3.4. tabulu).

2.3.4. tabula. **Rekomendāciju salīdzinājums pacientiem, kuriem ĶTA rezultāts bija pozitīvs un tika/netika veikta secīga diagnozes korekcija.**

Rekomendācija	Pacienti, kuriem ĶTA rezultāts ir pozitīvs un <u>nav veikta secīga diagnozes korekcija</u> (27 pacienti)	Pacienti, kuriem ĶTA rezultāts ir pozitīvs un <u>ir veikta diagnozes korekcija</u> (20 pacienti)
Ambulatorā psihiatra konsultācija	14 pacienti (52 %)	5 pacienti (25 %)
Ambulatorā psihiatra un <u>narkologa</u> konsultācija	4 pacienti (15 %)	4 pacienti (20 %)
Ambulatorais psihiatrs un AIP	1 pacients (4 %)	–
Ambulatorais psihiatrs un dienas stacionārs	1 pacients (4 %)	2 pacienti (10 %)
Ambulatorais psihiatrs, <u>narkologs</u> un AIP	–	1 pacients (5 %)
Ambulatorais psihiatrs, <u>narkologs</u> un dienas stacionārs	1 pacients (4 %)	–
Ambulatorā <u>narkologa</u> konsultācija	4 pacienti (15 %)	4 pacienti (20 %)
Tikai AIP	–	1 pacients (5 %)
Netika nozīmēta pēctecīga ārstēšana	3 pacienti (11 %)	3 pacienti (15 %)

2.4. KLĪNISKAIS SALĪDZINĀJUMS: PACIENTI AR POZITĪVU ĶTA REZULTĀTU UN PACIENTI AR NEGATĪVU ĶTA REZULTĀTU

Pacientu grupā ar pozitīvu ĶTA rezultātu bija 47 pacienti, kas veido 47 % no analizēto epikrīžu kopskaita. Šajā grupā vīriešu (57 %) bija vairāk nekā sieviešu (43 %) un vidējais vecums sasniedza 32 gadus (vidēji 34 gadi vīriešiem, 30 gadi sievietēm).

Pacientu grupā ar negatīvu ĶTA rezultātu bija 53 pacienti (53 % no kopskaita), dzimumu proporcijai izlīdzinoties – 49 % vīriešu un 51 % sieviešu, un vidējam vecumam sasniedzot 33 gadus (34 gadi vīriešiem, 32 gadi sievietēm), tādējādi abu grupu demogrāfiskais profils ir salīdzinoši līdzīgs.

Pacienti ar pozitīvu ĶTA rezultātu visbiežāk ārstējās 17. nodaļā (akūtu, pirmreizēju pacientu nodaļa) (49 %), kam sekoja 15. nodaļa (vīriešu nodaļa akūtiem

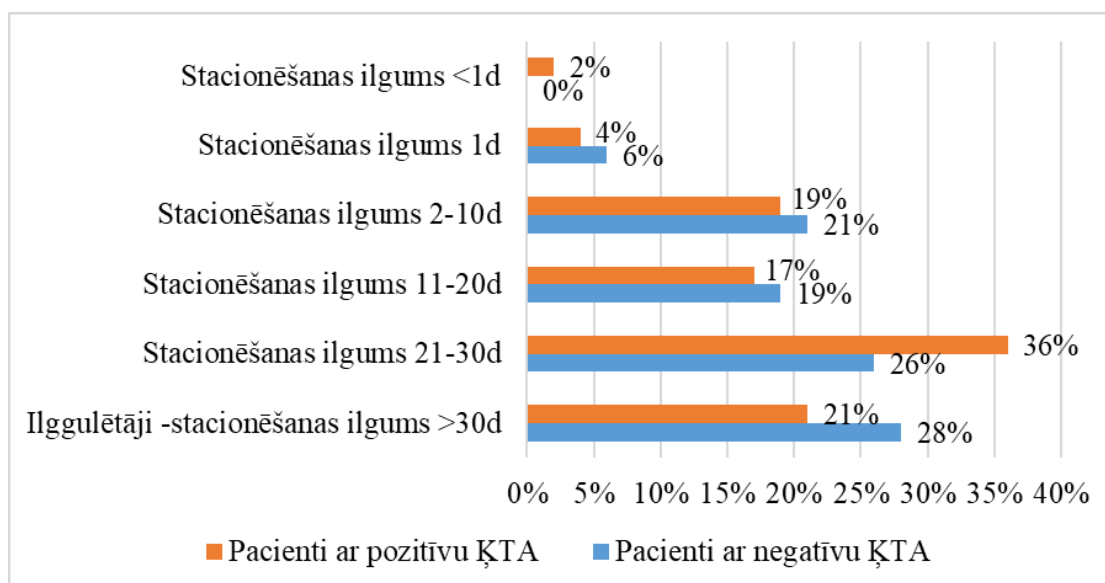
un atkārtotiem pacientiem) (28 %), bet retāk – 27. (neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļa), 5. (vīriešu nodaļa akūtiem un atkārtotiem pacientiem), 1. (vīriešu nodaļa akūtiem un atkārtotiem pacientiem), 12. (subakūto pacientu nodaļa) un 20. nodaļa (subakūtā neirožu/depresiju nodaļa) Pacienti ar negatīvu ĶTA rezultātu 75 % gadījumu ārstējās 17. nodaļā, 9 % – 15. nodaļā, 6 % – 27. nodaļā, bet retāk – 1., 18. un 20. nodaļā (2 – 4 %).

lielākā daļa (63 %) ārstējās NPVC 17. nodaļā (akūtu, pirmreizēju pacientu nodaļa); 18 % – 15. nodaļā (vīriešu nodaļa akūtiem un atkārtotiem pacientiem); astoņi pacienti ārstēšanu bija saņēmuši Neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļā (27. nod.) (8 %), netiekot pārvesti uz citu nodaļu; savukārt 1. un 5. nodaļā (abas – vīriešu nodaļas akūtiem un atkārtotiem pacientiem) katrā bija ārstēti 3 % no pacientiem. 20. nodaļā (subakūtajā neirožu/depresiju nodaļa) un 18. nodaļā (sieviešu nodaļā akūtām un atkārtotām pacientēm) katrā bija ārstēti 2 % pacientu, savukārt 12. nodaļā (subakūto pacientu nodaļa) – viens pacients. (sk. 2.1.2. attēlu).

2.4.1. Hospitalizācijas ilgums un reize

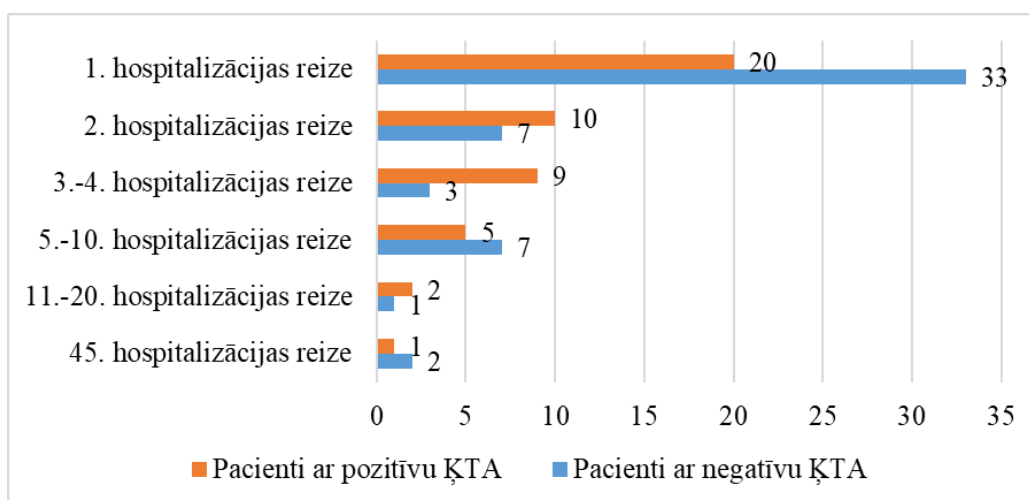
Salīdzinot hospitalizācijas ilgumu, pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu tas bija vidēji 20 dienas (diapazonā no 0 līdz 42 dienām), savukārt pacientiem ar negatīvu ĶTA rezultātu – 21 diena (diapazonā no 1 līdz 53 dienām), ar izteiktu dzimumu atšķirību: vīriešiem vidēji 26 dienas, sievietēm – 16 dienas (skat. 2.4.1. attēlu).

2.4.1. attēls. Stacionēšanās ilguma salīdzinājums pacientiem ar pozitīvu un negatīvu ĶTA.



Hospitalizāciju biežuma analīze parādīja (skat. 2.4.2. attēlu), ka abu grupu biežākā hospitalizācijas reize (moda) bija pirmā, tomēr pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu šī proporcija bija zemāka (43 %) nekā pacientiem ar negatīvu ĶTA rezultātu (62 %). Pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu maksimālais hospitalizāciju skaits sasniedza 45 reizes, bet pacientiem ar negatīvu – 40 reizes. Vidējais hospitalizāciju reižu skaits bija lielāks pacientu grupai ar pozitīvu ĶTA (četras reizes) nekā pacientiem ar negatīvu ĶTA (trīs reizes).

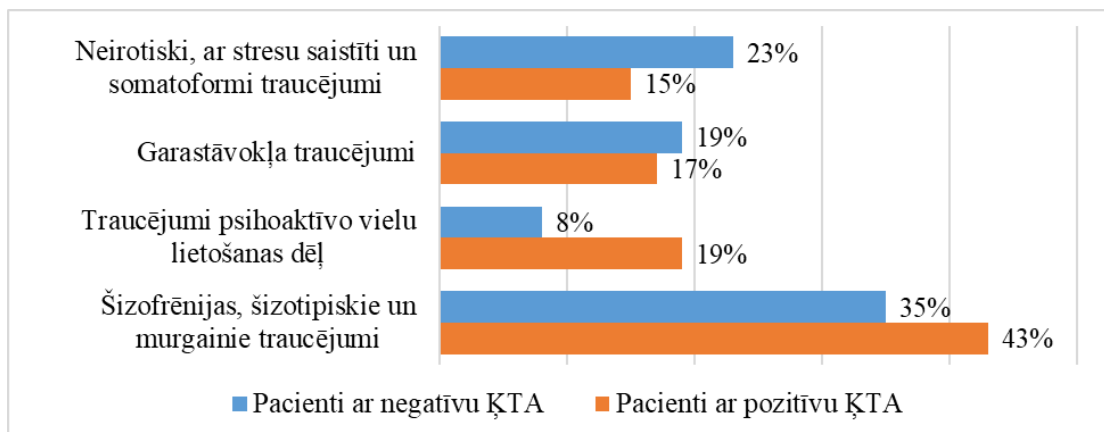
2.4.2. attēls. **Hospitalizācijas reižu salīdzinājums pacientiem ar negatīvu un pozitīvu ĶTA.**



2.4.3. Pamatdiagnozes un blakusdiagnozes

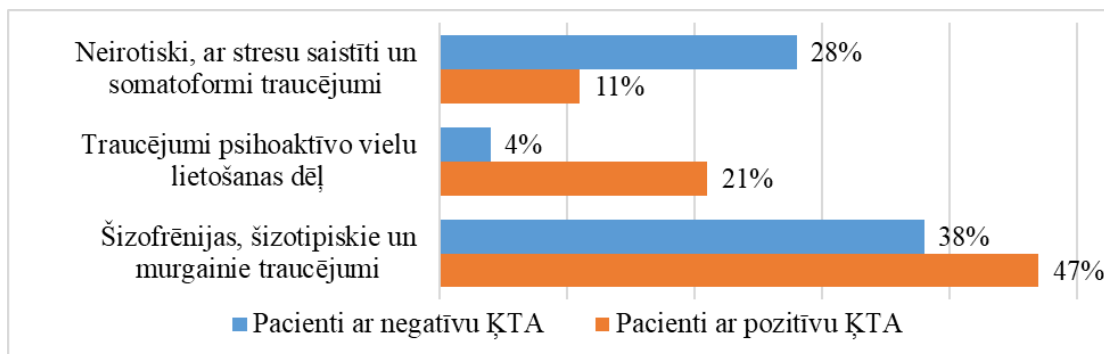
Salīdzinot pacientus ar pozitīvu un negatīvu ĶTA rezultātu, novērojamas vairākas būtiskas atšķirības. Pacientu grupā ar pozitīvu ĶTA rezultātu ievērojami biežāk **iestāšanās brīdī** (skat. 2.4.3. attēlu) tika diagnosticēti šizofrēnijas, šizotipiskie un murgainie traucējumi (43 % pret 36 %), kā arī traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ (19 % pret 8 %), kas atbilst šīs grupas toksikoloģiskajam profilam. Tajā pašā laikā pacientiem ar negatīvu ĶTA rezultātu biežāk novēroti garastāvokļa traucējumi (19 % pret 17 % pacientiem ar pozitīvu ĶTA) un īpaši – neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (23 % pret 15 %).

2.4.3. attēls. **Pamatdiagnožu iestāšanās brīdī procentuāls salīdzinājums pacientiem ar pozitīvu un negatīvu ĶTA rezultātu.**



Savukārt **izrakstīšanās brīdī** (skat. 2.4.4. attēlu) pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu šizofrēnijas spektra traucējumi bija vēl biežāki (47 % pret 38 % pacientiem ar negatīvu ĶTA), un ievērojami augstāks bija arī psihisku un uzvedības traucējumu psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ īpatsvars (21 % pret 4 %). Savukārt pacientiem ar negatīvu ĶTA rezultātu biežāk tika diagnosticēti neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (28 % pret 11 % pacientiem ar pozitīvu ĶTA).

2.4.4. attēls. **Pamatdiagnožu izrakstīšanās brīdī procentuāls salīdzinājums pacientiem ar pozitīvu un negatīvu ĶTA rezultātu.**



Blakusdiagnožu izplatība **iestāšanās brīdī** bija līdzīga abās pacientu grupās (skat. 2.4.5. attēlu), tomēr vērojamas vairākas būtiskas atšķirības traucējumu veidos un izplatībā. Pacientu grupā ar pozitīvu ĶTA blakusdiagnozes tika konstatētas 34 % pacientu, savukārt pacientiem ar negatīvu ĶTA – nedaudz biežāk, 38 % gadījumu. Psihoaktīvo vielu lietošanas traucējumi bija dominējošā blakusdiagnožu kategorija abās grupās, tomēr tie bija biežāk sastopami pacientiem ar pozitīvu ĶTA (21 %), salīdzinot ar pacientiem ar negatīvu ĶTA (11 %). Garastāvokļa (afektīvie) traucējumi tika konstatēti tikai ar pozitīvu ĶTA (%).

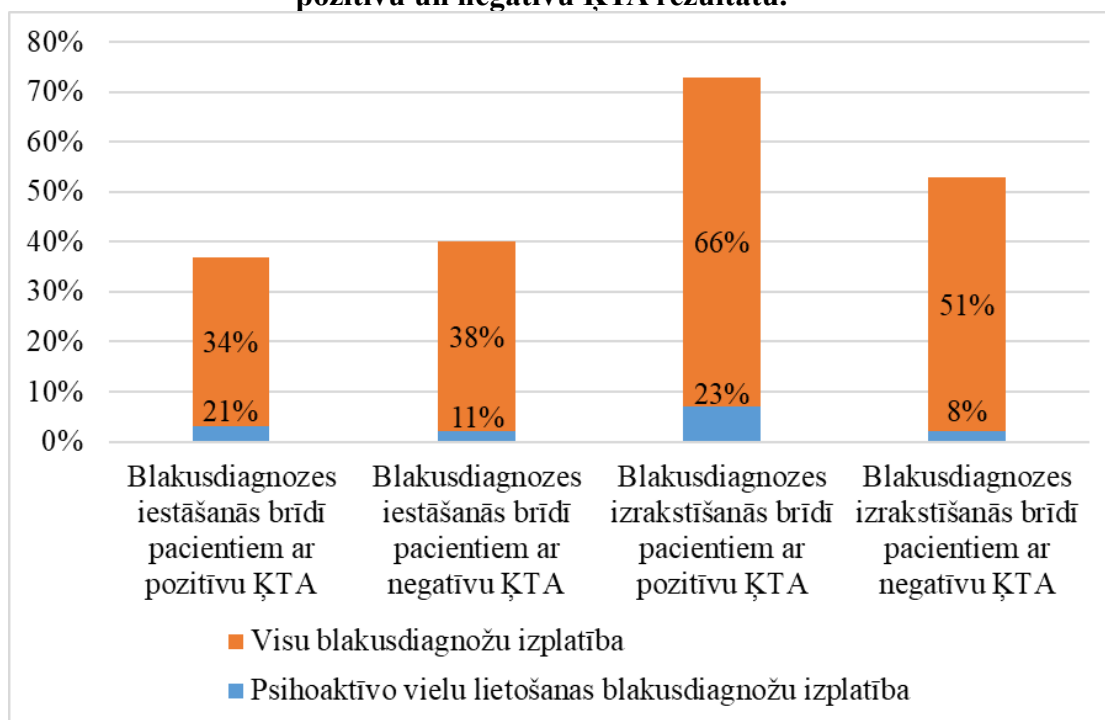
Neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi un uzvedības sindromi saistībā ar fizioloģiskiem traucējumiem tika diagnosticēti tikai pacientiem ar negatīvu KTA – attiecīgi 4 % un 2 % pacientu. Organiski psihiski traucējumi tika konstatēti tikai vienam pacientam ar negatīvu KTA (2 %), bet pacientiem ar pozitīvu KTA šāda tipa traucējumi netika reģistrēti. Tīšs paškaitējums abās grupās sastopams identiskā proporcijā – 11 % pacientu. Alkohola lietošana tika konstatēta vienādās proporcijās abās grupās (4 %), tomēr narkotiku lietošana kā atsevišķa blakusdiagnoze tika minēta tikai pozitīvās KTA grupā (2 %). Savukārt vispārēja psihiatriska pārbaude pēc varas iestāžu pieprasījuma tika diagnosticēta tikai vienam pacientam ar negatīvu KTA (2 %).

Blakusdiagnozes **izrakstīšanās brīdī** pacientiem ar pozitīvu KTA tika konstatētas 66 % pacientu, savukārt pacientiem ar negatīvu KTA – 51 %. Pacientiem ar pozitīvu KTA biežāk tika konstatēti psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ, kas kā blakusdiagnoze tika uzstādīta 23 % pacientu, salīdzinot ar 8 % pacientu ar negatīvu KTA. Neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi pacientiem ar pozitīvu KTA tika konstatēti 4 % pacientu, bet pacientiem ar negatīvu KTA – 2 %. Uzvedības sindromi, kas saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem un somatiskiem faktoriem tika diagnosticēti 2 % pacientu ar pozitīvu KTA rezultātu un 4 % pacientu ar negatīvu.

Atsevišķas blakusdiagnozes bija konstatējamas abās grupās ar nelielu biežuma variāciju. Vispārēja psihiatriska pārbaude pēc varas iestāžu pieprasījuma tika fiksēta 2 % pacientu abās salīdzināmās grupās. Adaptācijas grūtības tika konstatētas tikai pacientiem ar pozitīvu KTA – 6 % pacientu. Tīšs paškaitējums tika konstatēts 6 % pacientu ar pozitīvu KTA un 15 % pacientu ar negatīvu KTA.

Vienam pacientam (2 %) KTA negatīvais rezultāts ietekmēja diagnozi, tika noņemta iestāšanās brīdī uzstādītā diagnoze F19.10 (Psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies daudzu narkotisku un citu psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ, vielu kaitējoši pārmērīga lietošana).

2.4.5. attēls. Visu un psihoaktīvo vielu lietošanas blakusdiagnožu iestāšanās un izrakstīšanās brīdī procentuāls salīdzinājums pacientiem ar pozitīvu un negatīvu ĶTA rezultātu.



2.4.3. Sindromi un uzvedība

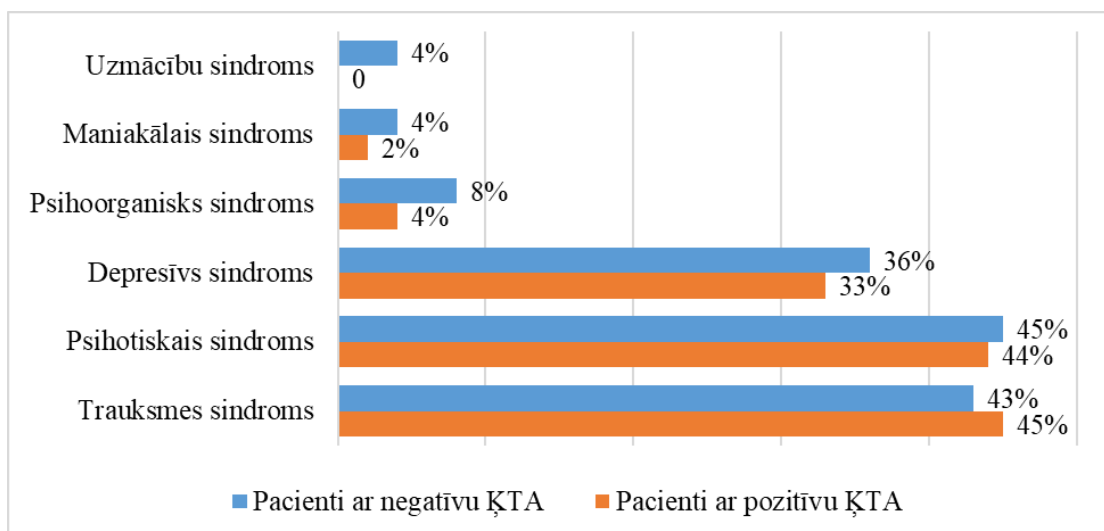
Pacientu grupās ar pozitīvu un negatīvu ĶTA rezultātu novērojama atšķirīga klīnisko sindromu izplatība (skat. 2.4.6. un 2.4.7. attēlu). Pacientu grupā ar pozitīvu ĶTA biežāk tika konstatēts trauksmes sindroms (45 % pret 43 % pacientiem ar negatīvu ĶTA rezultātu), savukārt pacientiem ar negatīvu ĶTA rezultātu biežāk novērots psihotiskais sindroms (45 % pret 44 % pacientu ar pozitīvu ĶTA rezultātu).

Psihotiskā sindroma struktūra salīdzināmajām grupām bija līdzīga, tomēr novērojamas atšķirības atsevišķu apakštipu biežumā: pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu nediferencēta psihoze tika konstatēta 21 % pacientu, bet pacientiem ar negatīvu – 25 %; halucinatori-paranoīds sindroms attiecīgi 13 % pret 6 %, bet paranoīds un paranojāls sindroms – katrs 2 % pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu un 4 % pacientiem ar negatīvu ĶTA rezultātu. Parafrēns sindroms salīdzināmajās grupās tika diagnosticēts 2 % pacientu, bet afektīvi murgains sindroms – 4 % pacientu katrā grupā. Depresīvs sindroms tika konstatēts līdzīgā proporcijā salīdzināmajās grupās – 33 % pacientu ar pozitīvu ĶTA un 36 % pacientu ar negatīvu ĶTA.

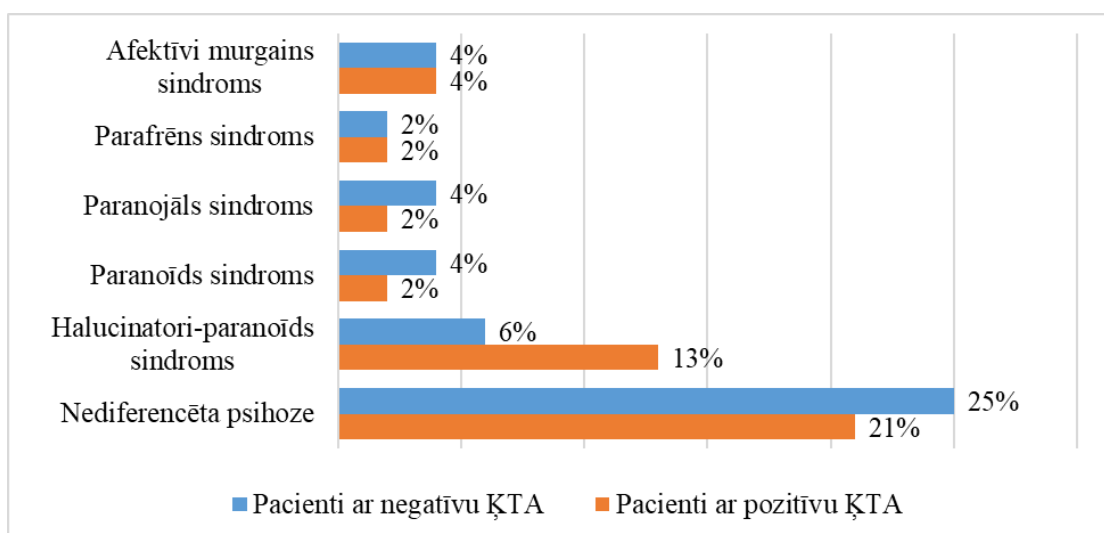
Reti sastopamu sindromu izplatība atšķirās: pacientiem ar pozitīvu ĶTA analīzi psihoorganiskais sindroms tika diagnosticēts 4 % pacientu un maniakālais

sindroms 2 %, savukārt pacientiem ar negatīvu ĶTA rezultātu – psihoorganiskais sindroms bija biežāk sastopams (8 %), maniakālais sindroms tika novērots 4 % pacientu, kā arī tika konstatēts uzmācību sindroms (4 %), kas netika konstatēts pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu.

2.4.6. attēls. **Sindromu procentuāls salīdzinājums pacientiem ar pozitīvu un negatīvu ĶTA rezultātu.**



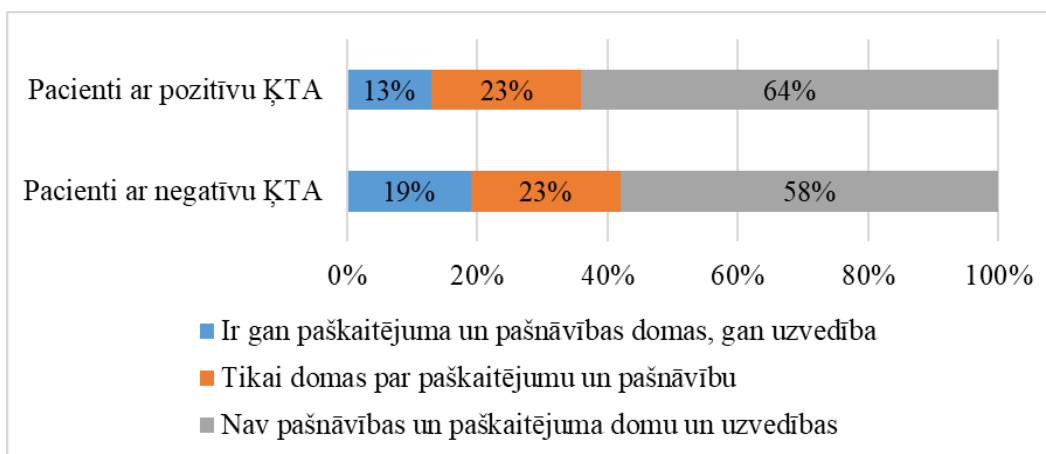
2.4.7. attēls. **Sindromu procentuāls salīdzinājums pacientiem ar pozitīvu un negatīvu ĶTA rezultātu.**



Pētot paškaitējuma un pašnāvības domas un uzvedību starp salīdzināmajām grupām (skat. 2.4.8. attēlu), konstatēts, ka visiem pacientiem, kuriem novērota paškaitējuma vai pašnāvības uzvedība, bija arī atbilstošas domas. Pacientu grupā ar pozitīvu ĶTA rezultātu 17 pacientiem (36 %) bija domas par paškaitējumu vai

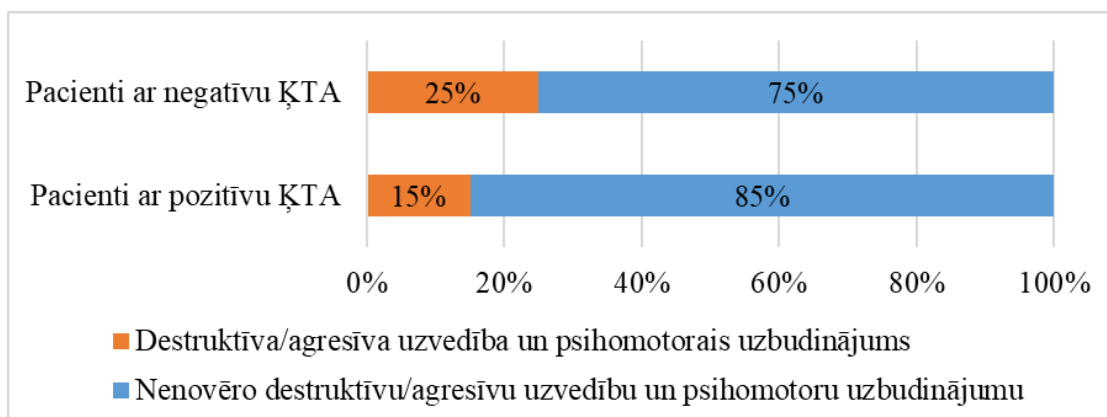
pašnāvību, no tiem sešiem pacientiem (13 %) tika konstatēta arī paškaitējuma vai pašnāvības uzvedība. Savukārt pacientu grupā ar negatīvu ĶTA rezultātu 22 pacientiem (42 %) bija domas par paškaitējumu vai pašnāvību, un no tiem 10 pacientiem (19 %) bija novērota arī paškaitējuma vai pašnāvības uzvedība. Īpaša riska grupa abās kohortās bija pacienti ar trauksmes sindromu: 61 % pacientu ar negatīvu un 67 % pacientu ar pozitīvu ĶTA rezultātu uzrādīja paškaitējuma vai pašnāvības risku.

2.4.8. attēls. **Pašnāvības un paškaitējuma domu un uzvedības procentuāls salīdzinājums pacientiem ar pozitīvu un negatīvu ĶTA rezultātu.**



Agresīva un destruktīva uzvedība, kā arī psihomotors uzbudinājums pacientiem ar negatīvu ĶTA rezultātu (skat. 2.4.9. attēlu) tika novērots 25 % gadījumu, bet pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu – 15 %. Četri pacienti ar negatīvu ĶTA rezultātu tika stacionēti saskaņā ar ĀL 68. / 69. pantu; savukārt pacientu grupā ar pozitīvu ĶTA rezultātu tāds bija tikai viens pacients.

2.4.9.attēls. **Destruktīvas/agresīvas uzvedības un psihomotorā uzbudinājuma procentuāls salīdzinājums pacientiem ar pozitīvu un negatīvu ĶTA rezultātu**



2.4.4. Medikamenti

Abās pacientu grupās **antipsihotiskie līdzekļi** bija visbiežāk lietotā medikamentu grupa. Pacienti ar pozitīvu ĶTA rezultātu 91 % gadījumā saņēma antipsihotiskos līdzekļus, salīdzinot ar 87 % pacientu ar negatīvu ĶTA rezultātu. Biežāk izvēlētie antipsihotiskie līdzekļi abās grupās bija līdzīgi – trīs biežāk lietotie bija *Zuclophenthixolum*, *Quetiapinum* un *Haloperidolum*.

Pacienti ar pozitīvu ĶTA rezultātu **benzodiazepīnus** lietoja 62 % gadījumos, bet pacienti ar negatīvu ĶTA rezultātu – 42 % pacientu. Visbiežāk nozīmēts tika *Diazepamum*.

47 % pacientu ar pozitīvu ĶTA rezultātu ārstēšanā tika izmantoti **garastāvokļa stabilizatori** (visbiežāk – *Lamotriginum*, *Carbamazepinum*, *Gabapentinum*). Pacienti ar negatīvu ĶTA rezultātu garastāvokļa stabilizatorus lietoja mazāk – 38 % (visbiežāk – *Acidum valproicum*, *Carbamazepinum*, *Lamotriginum* un *Gabapentinum*).

Pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu **antidepresantus** nozīmēja 38 % gadījumu, visbiežāk *Mirtazapinum* (9 %), *Escitalopramum* un *Paroxetinum* (katrs 6 %). Pacientiem ar negatīvu ĶTA rezultātu antidepresantus nozīmēja 42 % pacientu, visbiežāk lietojot *Escitalopramum* (15 %), *Mirtazapinum* (13 %) un *Venlafaxinum* (9 %).

Abās grupās **korektoru grupas medikamentus** lietoja līdzīgi – 45 % pacientu ar pozitīvu ĶTA rezultātu un 43 % pacientu ar negatīvu ĶTA rezultātu. Visbiežāk tika ordinēts *Trihexyphenidyli hydrochloridum*.

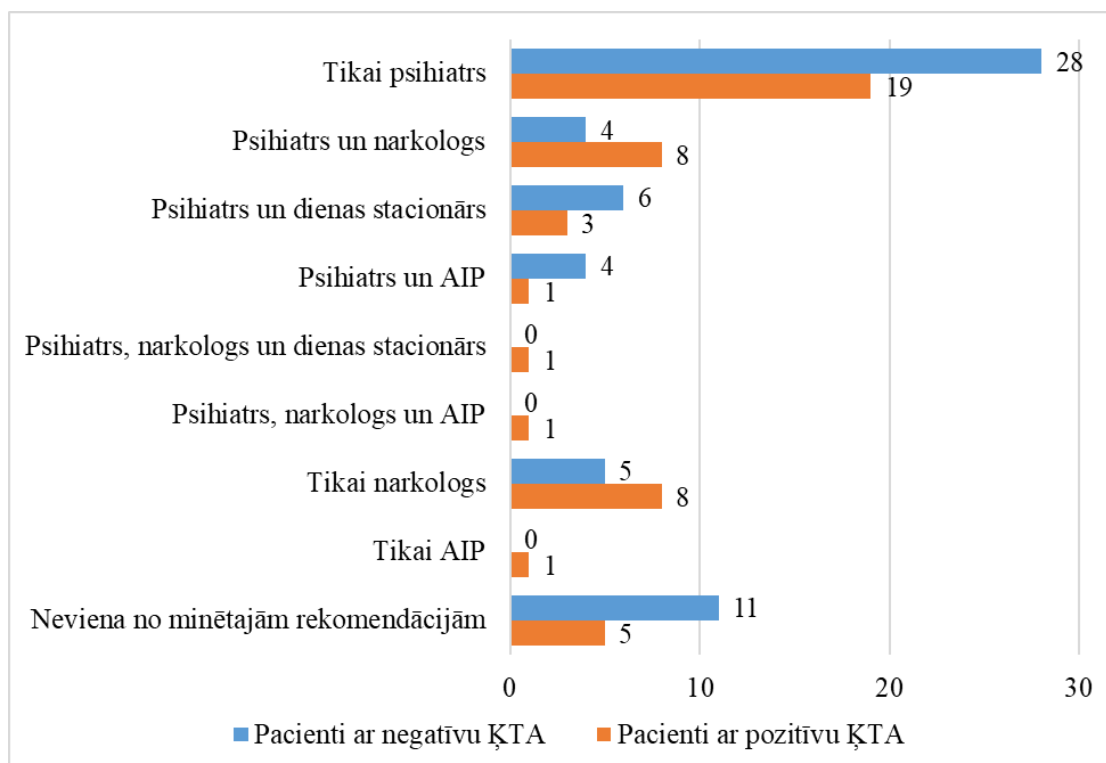
Papildus no **citiem medikamentiem** pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu *Buspironi hydrochloridum* un *Disulfiramum* tika lietoti attiecīgi 4 % un 2 % pacientu, savukārt pacientu ar negatīvu ĶTA rezultātu – *Buspironi hydrochloridum* un *Zopiclonum* lietoja 6 % pacientu, bet *Disulfiramum* netika nozīmēts.

2.4.5. Rekomendācijas

Ambulatorās rekomendācijas pacientiem ar negatīvu ĶTA rezultātu (skat. 2.4.10. attēlu) ietvēra psihiatra uzraudzību 77 % pacientu, narkologa konsultāciju – 9 %, dienas stacionāru – 11 % un AIP – 8 %. Pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu psihiatra konsultācija tika nozīmēta 68 % gadījumu, dienas stacionārs – 9 % un AIP – 4 %. Pacientiem ar pozitīvu ĶTA rezultātu narkologs ambulatori tika

nozīmēts ievērojami biežāk – 38 % pacientu. Tāpat jāņem vērā, ka daļai pacientu rekomendācijas ietvēra vairākus pakalpojumu veidus.

2.4.10. attēls. **Rekomendāciju izrakstīšanās brīdī salīdzinājums (%) pacientiem ar pozitīvu un negatīvu ĶTA rezultātu.**



3. KONSTATĒTO NEATBILSTĪBU/TRŪKUMU APRAKSTS UN PRIEKŠLIKUMI TO RISINĀJUMIEM

Šajā sadaļā, ņemot vērā veikto datu analīzi un zinātniskajā literatūrā aprakstīto (sk. izmantoto avotu un literatūras sarakstu) labo praksi, ir apkopoti konstatētie trūkumi un neatbilstības, kā arī piedāvāti priekšlikumi to risināšanai.

Neatbilstības un to ietekme aprakstīta, izmantojot *CCCE* metodi jeb:

- nosacījumi (*Criteria*), pēc iespējas ietverot atsauces uz prasībām ārējos normatīvajos aktos, iekšējos normatīvajos aktos (procedūras, kārtības), vadlīnijās vai labajā praksē vai auditora profesionālo spriedumu;
- situācijas izklāsts (*Condition*) – audita laikā gūto pierādījumu izklāsts, skaidrojot atšķirības starp nosacījumiem un situācijas izklāstu;

- iemesls (*Cause*), skaidrojot, kāpēc pastāv atšķirība starp nosacījumiem un situācijas izklāstu;
- ietekme (*Effect*) – auditora profesionālais spriedums par trūkuma ietekmi.

3.1. DIAGNOSTISKĀ NEPIETIEKAMĪBA PACIENTIEM AR POZITĪVU (ĶTA) REZULTĀTU

Nosacījumi

Lai pacientiem ar psihiskiem veselības traucējumiem un vienlaikus konstatētu vielu lietošanu tiktu nodrošināta kvalitatīva ārstēšana, zinātniskajā literatūrā ir noteikti vairāki principi:

- skrīnings un novērtēšana ir ārstēšanas pamats, kas nosaka turpmāko diagnozes precizēšanu un ārstēšanas plāna atbilstību;³
- pacientiem ar duālu diagnozi vielu lietošanas traucējumi parasti ir klīniski nozīmīgi pat pie jebkuras lietošanas intensitātes, tādēļ vielu lietošana jāatspoguļo dokumentācijā;⁴
- ĶTA ir būtiska diagnostiskas sastāvdaļa un kalpo par pierādījumu neziņotai vai iepriekš nediagnosticētai vielu lietošanai.⁵

Situācijas izklāsts

No 100 analizētajām epikrīzēm ĶTA rezultāts pozitīvs bija 47 gadījumos, no kuriem 20 gadījumos (43 %) secīgi tika veikta diagnozes korekcija. 57 % gadījumu

³ Ziedonis, D. M., Smelson, D., Rosenthal, R. N., Batki, S. L., Green, A. I., Henry, R. J., Montoya, I., Parks, J., & Weiss, R. D. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: Consensus recommendations. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(5), 315–339. <https://doi.org/10.1097/00131746-200509000-00005> Pieejams:

<https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2599914&blobtype=pdf>.

⁴ Ziedonis, D. M., Smelson, D., Rosenthal, R. N., Batki, S. L., Green, A. I., Henry, R. J., Montoya, I., Parks, J., & Weiss, R. D. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: Consensus recommendations. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(5), 315–339. <https://doi.org/10.1097/00131746-200509000-00005> Pieejams:

<https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2599914&blobtype=pdf>.

⁵ Ziedonis, D. M., Smelson, D., Rosenthal, R. N., Batki, S. L., Green, A. I., Henry, R. J., Montoya, I., Parks, J., & Weiss, R. D. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: Consensus recommendations. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(5), 315–339. <https://doi.org/10.1097/00131746-200509000-00005> Pieejams:

<https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2599914&blobtype=pdf>.

diagnoze netika precizēta, neraugoties uz laboratoriski apstiprinātu vielu klātbūtni. Šādos gadījumos epikrīzēs nebija norādes ne par vielu lietošanu kā klīniski nozīmīgu faktoru, ne par tās iespējamo ietekmi uz pacienta psihiskās veselības stāvokli, hospitalizācijas gaitu vai ārstēšanas taktiku. Vienlaikus konstatējams, ka diagnozes kods Z72.2 “Narkotiku lietošana”, kuru ir tiesīgs noteikt arī psihiatrs, netiek konsekventi izmantots visos gadījumos.

Iemesls

Stacionārā bieži trūkst cilvēkresursu, lai katram pacientam ar pozitīvu KTA, bet primāri psihiatriska profila traucējumiem, tiktu nodrošināta pilnvērtīga narkologa konsultācija un diagnozes noteikšana. Turklāt īslaicīgas stacionēšanas epizodēs KTA rezultāti bieži tiek saņemti tikai pēc pacienta izrakstīšanas, tādēļ diagnozes precizēšana objektīvi vairs nav iespējama uzturēšanās laikā stacionārā. Šādos gadījumos vielu lietošana netiek savlaicīgi integrēta pamatdiagnozē vai blakusdiagnozē, un klīniski nozīmīga informācija paliek neatspoguļota medicīniskajā dokumentācijā.

Ietekme

Nepietiekama diagnostikas precizitāte pacientiem ar pozitīvu KTA rezultātu var būtiski ietekmēt konkrētā pacienta ārstēšanas kvalitāti. Ja pozitīvs KTA rezultāts netiek integrēts diagnozē un/vai blakusdiagnozē, ārstēšanas plāns var neatspoguļot reālos komorbiditātes riskus. Turklāt vielu lietošana ir būtisks riska faktors psihiatriskiem pacientiem, un gadījumos, kad tā netiek fiksēta diagnozē, duālās diagnozes pacienti var netikt pilnvērtīgi identificēti un nenonākt mērķtiecīgā aprūpē.

Rīcības plāns – priekšlikumi trūkumu novēršanai:

- nodrošināt informācijas par pozitīvu KTA rezultātu nodošanu ambulatorajām struktūrvienībām gadījumos, ja KTA rezultāts tiek saņemts pēc pacienta izrakstīšanās (izvērtēt iespēju veikt korekciju *Tvaiks* ar šīs informācijas parādīšanos bez mērķtiecīgas meklēšanas kopējā datu apjomā, ko ambulatorā darba intensitātes dēļ var palaist garām nepamanītu);
- iespēju robežās pacientam piedāvāt integrētu ārstēšanas modeli, vienlaicīgi sadarbojoties pacientam, psihiatram un narkologam ambulatorajās struktūrvienībās, kur ir pieejami gan psihiatra, gan narkologa pakalpojumi.

3.2. NEPILNĪGA AMBULATORO REKOMENDĀCIJU UN SPECIĀLISTU NOSŪTĪJUMU DOKUMENTĒŠANA

Nosacījumi

Saskaņā ar zinātnisko literatūru^{6,7} un pamatojoties uz Pacientu tiesību likuma 4.¹ pantu, kvalitatīvas ārstēšanas nodrošināšanai pacientiem ar psihiskās veselības traucējumiem un vienlaikus vielu lietošanu jāievēro vairāki principi, sastādot personalizētus norādījumus ambulatorai ārstēšanai:

- Ieteikumus nepieciešamības gadījumā jāpārraksta pacientam saprotamā valodā;
- Medicīniskajā dokumentācijā var lietot tikai valsts valodu, un ārstam ir jānodrošina, ka informācija pacientam sniedzama saprotamā formā, izskaidrojot medicīniskos terminus, ņemot vērā pacienta vecumu, veselības stāvokli, briedumu un pieredzi;
- Ārsts obligāti sniedz papildus arī mutisku skaidrojumu par rekomendāciju saturu un ārstēšanas plānu, pārliecinoties, ka pacients izprot katru norādījumu.
- Rekomendācijām jābūt strukturētām, pakāpeniskām un lakoniskām – vēlams uzskaitīt prioritārās darbības un to secību;
- Rekomendācijām jābūt precīzām un skaidrām, izvairoties no neskaidras vai nosacītas valodas, kas atstāj iespēju brīvai interpretācijai vai nenoteiktībai;
- Ieteicams norādīt arī kontaktpersonu vai aprūpes vietu gadījumam, ja rodas jautājumi vai veselības stāvokļa pasliktināšanās.

Situācijas izklāsts

Auditā konstatēts, ka pacientu ambulatorās rekomendācijas, speciālistu konsultāciju nozīmējumi un AIP nepieciešamība bieži tika dokumentēti nepilnīgi vai fragmentāri. Dažas rekomendācijas bija formulētas pārāk nekonkrēti, lai tām patiesi sekotu, piemēram, *“nepieciešamības gadījumā, apsvērt vajadzību...”*.

⁶ King A, Hoppe RB. "Best practice" for patient-centered communication: a narrative review. J Grad Med Educ. 2013 Sep;5(3):385-93. doi: 10.4300/JGME-D-13-00072.1. PMID: 24404300; PMCID: PMC3771166.

⁷ Rural Health Information Hub. Patient-Centered Communication to Improve Health Literacy. Pieejams: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-literacy/2/organization/patient-centered-communication>. [sk. 11.11.2025.].

Auditā tika konstatēts, ka pacientiem ar pozitīvu KTA rezultātu, psihiatrs ambulatori tika nozīmēts 68 % gadījumu (32 pacientiem), narkologs tikai 38 % gadījumos (18 pacientiem), dienas stacionārs – 9 % (četriem pacientiem), AIP – 4 % (diviem pacientiem). Papildus tika konstatēts, ka 11 % (pieciem pacientiem) pēc izrakstīšanās netika nozīmēta neviena no minēto speciālistu konsultācijām.

Iemesls

Audita konstatēto ambulatoro rekomendāciju nepilnību cēloņi ietver vairākus savstarpēji saistītus faktoros. Neplānotas izrakstīšanas gadījumā, ņemot vērā psihiskā stacionāra nodaļas darba specifiku un noslodzi, gadījumos, kad ir nepieciešama vienlaicīga vairāku akūtu situāciju risināšana, primāri tiek sniegta palīdzība akūtiem vai uzbudinātiem pacientiem un risinātas kritiskas situācijas. Tāpat auditoru pieredze liecina, ka problēmas rada ārstējošā ārsta maiņa pacienta izrakstīšanas laikā sākotnējā ārsta attaisnotas prombūtnes dēļ. Ja izrakstīšanu veic dežūrārsts vai aizvietotājs, ieteikumi nereti ir vispārināti un neindividualizēti. Papildus tam informācijas sistēmas “*Tvaiks*” ierobežojumi – sistēmas nespēja nodrošināt pilnvērtīgu datu ievadi nestandarta gadījumos un tehniskas kļūmes.

Administratīvais slogs un lielas dokumentācijas apjoms augstas intensitātes nodaļās novirza ārsta resursus no tiešās pacienta aprūpes uz medicīniskās dokumentācijas sakārtošanas procesu. Ārstniecības personāla deficīts, dažādu apmācības gadu rezidentu iesaistīšana pacientu ārstēšanas procesā, narkologu konsultāciju ierobežotā pieejamība apgrūtina standartizētu lēmumu pieņemšanu. Savukārt sistēmiskās nepilnības veselības aprūpes organizācijā – tostarp finansiālie ierobežojumi un starpdisciplināras sadarbības trūkums – veido strukturālas barjeras efektīvai turpmākajai aprūpei.

Ietekme

Neskaidras vai nepilnīgas rekomendācijas izrakstoties vai to trūkums būtiski ietekmē pacienta turpmāko ārstēšanas procesu. Tā rezultātā var samazināties pacienta motivācija un uzticēšanās ārstam, kas savukārt palielina risku medikamentu nepareizai lietošanai, terapijas režīma neievērošanai un nepietiekamai reakcijai uz simptomu dinamiku, kas var veicināt komplikāciju attīstību, recidīvus un atkārtotu hospitalizāciju. Turklāt nepietiekami skaidras rekomendācijas var aizkavēt savlaicīgu vēršanos pie nepieciešamajiem speciālistiem (piemēram, narkologa), samazinot agrīnas intervences efektivitāti.

Rīcības plāns – priekšlikumi trūkumu novēršanai

Ņemot vērā, ka narkotisko vielu lietošana ir aizliegta ar likumu,⁸ un Latvija joprojām ierindojas starp Eiropas valstīm ar augstu vielu lietošanas izplatību,⁹ kā arī apzinoties šo vielu pierādīto kaitīgumu, būtu nepieciešams, lai visiem pacientiem ar pozitīvu KĶTA tiktu sniegta informācija par pierādījumos balstītām pēctecīgas ārpusstacionāra ārstēšanas iespējām.

- Noteikt kā obligātu prasību iekļaut narkologa vai atkarību psihiatra konsultācijas rekomendāciju visiem pacientiem ar pozitīvu KĶTA rezultātu (pat ja klīniskā nepieciešamība nav akūta; tas nodrošina profilaksi un agrīnu intervencu iespējas).
- Izstrādāt vienotu epikrīzes aizpildīšanas standartu, kas paredz obligātu ambulatoro rekomendāciju norādīšanu (psihiatrs, narkologs, dienas stacionārs, agrīnās intervences programma u.c.).

3.3. ATKĀRTOTU HOSPITALIZĀCIJU BIEŽUMS UN NEPIECIEŠAMĪBA STIPRINĀT AMBULATORO APRŪPI

Nosacījumi

Lai samazinātu hospitalizāciju biežumu un ilgumu, ir svarīgi izstrādāt strukturētas uzraudzības un rehabilitācijas programmas pēc izrakstīšanas.^{10,11} Efektīvi pierādījumos balstīti modeļi paredz atkarības ārstēšanu integrēt tieši ambulatorajā

⁸ *Narkotisko un psihotropo vielu un zāļu, kā arī prekursoru likumīgās aprites likums*: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis Nr.89, 23.05.1996.

⁹ Kļīvīte-Urtāne A., Isajeva L., Maļina L., Kaupe R. (2024). *Narkotiku lietošanas paradumi un tendences Latvijā. Narkotiku lietotāju kohortas pētījuma 13.posma rezultāti*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs, DIA+LOGS Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/21546/download?attachment>. [sk. 01.12.2025.].

¹⁰ Ziedonis, D. M., Smelson, D., Rosenthal, R. N., Batki, S. L., Green, A. I., Henry, R. J., Montoya, I., Parks, J., & Weiss, R. D. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: Consensus recommendations. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(5), 315–339. <https://doi.org/10.1097/00131746-200509000-00005> Pieejams: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2599914&blobtype=pdf>.

¹¹ Stoychev, K. R., Zhelyazkova-Savova, M. S., & Milanova, V. I. (2019). Neuroimaging studies in patients with mental disorder and co-occurring substance use disorder: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 570. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31708805/>.

aprūpē, kas mazina neatliekamās palīdzības nodaļu noslodzi un kopējo stacionārās uzturēšanās dienu skaitu.^{12,13} Šo sistēmisko pieeju pamatā ir:

- medikamentozās terapijas uzsākšana stacionārā;
- nepārtraukta un koordinēta ambulatorā aprūpe pēc izrakstīšanas;
- pirmās ambulatorās vizītes ieplānošana vēl pirms izrakstīšanas (šo stratēģiju bieži atzīst par vienu no izšķirošajiem elementiem veiksmīgas aprūpes pēctecības nodrošināšanā).¹⁴

Situācijas izklāsts

Audita dati liecina par augstu atkārtotas hospitalizācijas biežumu to pacientu vidū, kuri lieto psihoaktīvās vielas – vidēji pacientiem tā bija ceturrtā hospitalizācijas reize NPVC. Pacientiem, kuriem bija pozitīvs KTA rezultāts un veikta diagnozes korekcija, narkologa konsultācija tika rekomendēta tikai 10 no 20 gadījumiem.

Iemesls

Latvijā slimnīcu psihiatrijas un narkoloģijas nodaļas funkcionē kā savstarpēji nošķirtas, un šī strukturālā sadalījuma dēļ pacientiem ar duālām diagnozēm ārstēšana bieži tiek fokusēta tikai uz primāro diagnozi. Ja patients nonāk psihiatriskajā nodaļā, uzmanības centrā pārsvarā ir psihisko simptomu stabilizēšana, savukārt ar vielu lietošanu saistītie traucējumi nereti tiek risināti ierobežotā apjomā vai atliekami uz ambulatoro posmu. Līdzīga situācija var veidoties arī narkoloģijas nodaļā – primāri tiek ārstēta vielu lietošana, bet psihiski traucējumi var nesaņemt pietiekamu klīnisko izvērtējumu. Šāda fragmentēta pieeja pacientiem rada būtisku risku, ka ārstēšanas procesā netiek aptverts pilns klīnisko problēmu spektrs.

Turklāt Latvijā stacionārā aprūpe šobrīd ir dominējošāks aprūpes posms nekā ambulatorais sektors, jo finansējuma plānošanas principi joprojām galvenokārt orientēti uz stacionāro aprūpi, kas neļauj ārstniecības iestādēm elastīgi attīstīt

¹² Rosen AD, Takada S, Juillard C, et al. Unpacking the link between substance use disorders and 30-day unplanned readmission. *Addiction*. 2025;120(12):2538-2546. doi:10.1111/add.70136

¹³ Incze MA, Kelley AT, James H, et al. Post-hospitalization Care Transition Strategies for Patients with Substance Use Disorders: A Narrative Review and Taxonomy. *J Gen Intern Med*. 2024;39(5):837-846. doi:10.1007/s11606-024-08670-5

¹⁴ Rosen AD, Takada S, Juillard C, et al. Unpacking the link between substance use disorders and 30-day unplanned readmission. *Addiction*. 2025;120(12):2538-2546. doi:10.1111/add.70136

ambulatoros un sabiedrībā balstītus pakalpojumus; rezultātā ambulatoro pakalpojumu pieejamība ir ierobežota.

Būtiski norādīt, ka arī lielākai daļai pacientu pašiem jāpierakstās pie ambulatorā speciālista, ko daļa pacientu neveic sava psihiskā stāvokļa vai izpratnes trūkuma dēļ vai arī pieraksts ir pēc pārāk ilga laika, lai nodrošinātu pēctecīgas ārstēšanas uzsākšanu vai turpināšanu.

Ietekme

Nepilnīga rekomendāciju sniegšanas prakse būtiski ietekmē pacienta veselības stāvokli, stacionēšanas biežumu un aprūpes kvalitāti kopumā. Vadoties no pasaules labākās prakses, būtu jānodrošina uzraugāma, koordinēta pāreja no stacionārā uz ambulatoro aprūpi – tas uzlabotu ne tikai pacientu ārstēšanas rezultātus un rehabilitācijas gaitu, bet arī samazinātu atkārtotu hospitalizācijas risku 30 dienu laikā pēc izrakstīšanas.

Atkārtotas hospitalizācijas rada slogu veselības aprūpes sistēmai un valsts budžetam. Bieži stacionējoties, pacients atrodas ārpus darba tirgus, kas samazina viņa ienākumus un vienlaikus mazina nodokļu ieņēmumus, kā arī palielina sociālā atbalsta sistēmas noslodzi. Veselības aprūpes sistēmai tas nozīmē augstākas izmaksas par stacionāro aprūpi, kura ir dārgāka nekā ambulatorie un sabiedrībā balstītie pakalpojumi.

Rīcības plāns – priekšlikumi trūkumu novēršanai

Nepieciešams ieviest kārtību pārejai no stacionāra uz ambulatoro aprūpi, nodrošinot, ka pacients tiek pierakstīts uz pirmo vizīti jau pirms izrakstīšanās. Pašreizējais ~2 mēnešu gaidīšanas laiks apdraud aprūpes nepārtrauktību un veicina atkārtotu hospitalizāciju. Situāciju pasliktina gan resursu trūkums, gan pacientu zemā motivācija un līdzestība.

3.4. DZIMUMU ATŠĶIRĪBAS PACIENTU GRUPĀS UN NEPIECIEŠAMĪBA UZLABOT MĒRĶĒTU PROFILAKSI

Nosacījumi

Pacientu ar psihiskās veselības traucējumiem un vienlaikus psihoaktīvo vielu lietošanu ārstēšana atbilstoši starptautiskajām un nacionālajām vadlīnijām prasa dzimumjutīgu pieeju, kas ietver mērķētu profilaksi, agrīnu atpazīšanu un integrētu ārstēšanu. Labās klīniskās prakses principi paredz, ka pacientiem ar paaugstinātu vielu lietošanas un agresīvas vai pašdestruktīvas uzvedības risku jānodrošina strukturēti profilakses, izglītojoši un rehabilitācijas pasākumi, īpaši vīriešu populācijā, kur šie riski

ir augstāki. Mērķētas izglītojošas un uzvedības maiņu veicinošas programmas, kā arī multidisciplināra sadarbība starp psihiatrijas un atkarību ārstēšanas dienestiem ir uzskatāma par labās prakses standartu.^{15,16}

Situācijas izklāsts

Auditā kopējais pacientu dzimumu sadalījums tika konstatēts kā relatīvi līdzvērtīgs – 53 % vīriešu un 47 % sieviešu. Visu pacientu vidējais hospitalizācijas ilgums bija 21 diena (sievietēm – 17 dienas, vīriešiem – 24 dienas). Ambulatora psihiatra konsultācija tika rekomendēta 38 sievietēm un 35 vīriešiem, narkologa konsultācija – attiecīgi 12 sievietēm un 11 vīriešiem, dienas stacionārs – deviņām sievietēm un vienam vīrietim, bet AIP – trīs sievietēm un trīs vīriešiem.

Starp pacientiem, kuriem epikrīzēs bija dokumentēta destruktīva vai agresīva uzvedība vai psihomotors uzbudinājums, 16 no 20 bija vīrieši, un šīs grupas vidējais hospitalizācijas ilgums (25 dienas) pārsniedza kopējo vidējo rādītāju. Piespiedu stacionēšana saskaņā ar Ārstniecības likuma 68. un 69. pantu tika konstatēta četriem pacientiem, visi bija vīrieši; vidējais hospitalizācijas ilgums šai grupai bija 35 dienas. Tikai vienam no viņiem ķīmiski toksikoloģiskajā analīzē tika atklāta vielu lietošana, un šajā gadījumā tika veikta atbilstoša diagnozes korekcija.

No 100 analizētajām epikrīzēm ar pozitīvu KTA rezultātu tika identificēti 47 pacienti, no kuriem 57 % bija vīrieši (27 pacienti) un 43 % – sievietes (20 pacienti). Lai gan šī procentuālā atšķirība nešķiet izteikta, jāņem vērā, ka auditā netika iekļautas medicīniskās vēstures no narkoloģiskās nodaļas (26. nodaļa), kur dzimumu atšķirības pacientu skaitā ir lielākas. Septiņiem pacientiem ar pozitīvu KTA rezultātu tika novērota destruktīva/agresīva uzvedība un/vai psihomotors uzbudinājums – tikai viena no šiem pacientēm bija sieviete, pārējie 6 – vīrieši.

Pacientu epikrīzēs ambulatora psihiatra konsultācija tika nozīmēta 32 pacientiem (68 %; 15 sievietēm un 17 vīriešiem). Narkologa konsultācija tika nozīmēta

¹⁵ Reilly, John; McDermott, Brett; Dillon, John. (2018). Standardized drug and alcohol questions at admission to an acute adult mental health unit: clarifying the burden of dual diagnoses across a five-year period. *Australasian Psychiatry*, (), 103985621881016–. doi:10.1177/1039856218810161 Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30382749/>.

¹⁶ Zaha, A. A., Comşa, A. L., Zaha, D. C., & Vesa, C. M. (2025). Patterns of psychiatric comorbidity among drug users: A prospective observational study in a Romanian psychiatric hospital. *Healthcare*, 13(19), 2543. Pieejams: <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/19/2543>.

18 pacientiem (38 %; 8 sievietēm un 10 vīriešiem), dienas stacionārs – četriem pacientiem (9 %; trīs sievietēm un vienam vīrietim), bet AIP – diviem pacientiem (4 %; abos gadījumos vīriešiem). Konstatēts, ka pieciem pacientiem (11 %) pēc izrakstīšanās netika nozīmēta neviena no minēto speciālistu konsultācijām vai atbalsta programmām.

Pacientiem ar pozitīvu KTA rezultātu vidējais hospitalizācijas ilgums bija 20 dienas (sievietēm – 17 dienas, vīriešiem – 22 dienas), savukārt pacientiem ar negatīvu KTA rezultātu – 21 diena, ar izteiktu dzimumu atšķirību (vīriešiem – 26 dienas, sievietēm – 16 dienas). No 47 pacientiem ar pozitīvu KTA rezultātu 21 gadījumā tika veikta diagnozes korekcija pēc KTA rezultāta saņemšanas (četrām sievietēm un 17 vīriešiem). Vērtējot hospitalizāciju reižu skaitu pēc kārtas, vīriešu grupā tas svārstījās no vienas līdz 45 reizēm (vidēji 5,65 reizes), savukārt sievietēm visos gadījumos – tikai viena reize.

Iemesls

Latvijā vielu lietošanas izplatība ir būtiski lielāka vīriešu vidū, apmēram 3 – 4 reizes. Šī dzimumu atšķirība atspoguļojas arī atkarības gaitā, kur vīriešiem novērojama smagāka slimības izpausme ar biežākiem recidīviem un hospitalizācijām. Papildus tam, sieviešu grupa parasti izrāda augstāku ārstēšanās motivāciju, kas veicina labāku terapijas ievērošanu un rezultātus.

Sociālie un kultūras faktori būtiski ietekmē ārstēšanās pieejamību un uzvedības modeļus. Vīriešu vidū biežāk novērojama agresīva uzvedība, augstāks policijas iesaistes un piespiedu hospitalizāciju īpatsvars, kā arī izteiktāka vairāku atkarību izraisīto vielu vienlaicīga lietošana un ar to saistīti riski. Šīs dzimumu atšķirības saistītas ar bioloģiskiem (piemēram, hormonālajiem un neirobioloģiskajiem), psiholoģiskiem (impulsivitāte, pašvērtējums, psihiskā veselība) un sociāliem faktoriem (kultūras normas, stresa ietekme, vielu pieejamība), kas pastiprina tendenci uz riskantu un pašdestruktīvu uzvedību.

Ietekme

Konstatētās dzimumu atšķirības un nepietiekami mērķēta profilakse vīriešu grupā palielina atkārtotu hospitalizāciju, piespiedu stacionēšanas un vardarbīgas un paškaitējošas uzvedības risku, kā arī veicina smagāku atkarības un psihisku traucējumu norisi, palielina komplikāciju risku. Tas var negatīvi ietekmēt ārstēšanas efektivitāti, kavēt rehabilitāciju un palielināt veselības aprūpes sistēmas slodzi, tostarp nepieciešamību pēc ilgstošas stacionāras ārstēšanas un augstāka drošības resursu patēriņa. Nepietiekami pielāgotas intervences dzimumspecifiskajām vajadzībām

samazina profilakses pasākumu iedarbīgumu un ierobežo iespējas ilgtermiņā samazināt vielu lietošanas izplatību un ar to saistītos sociālos un klīniskos riskus.

Rīcības plāns – priekšlikumi trūkumu novēršanai

- Izstrādāt un īstenot mērķētas profilakses un izglītojošas programmas, kas īpaši vērstas uz vīriešu grupu.
- Analizēt sociālos un psiholoģiskos faktorus, kas sekmē vielu lietošanas izplatību šajā grupā, un pielāgot intervences stratēģijas.

3.5. TRAUKSMES SINDROMA SLĒPTĀ BĪSTAMĪBA UN PAŠNĀVĪBAS RISKS PACIENTIEM AR POZITĪVU ŪTA

Nosacījumi

Pacientiem ar duālu diagnozi pašnāvības risks ir ievērojami augstāks nekā vispārējā populācijā^{17,18} vai pacientiem tikai ar vienu no šiem traucējumiem. Starptautiskās vadlīnijas un labā klīniskā prakse nosaka, ka trauksme un uzbudinājums, kas saistīti ar vielu lietošanu vai atcelšanu, ir uzskatāmi par akūtiem riska faktoriem suicidālai uzvedībai.^{19,20}

Efektīva riska pārvaldība pieprasa ne tikai simptomātisku trauksmes mazināšanu, bet arī specifisku suicīda riska skrīningu un drošības plāna izstrādi pirms izrakstīšanas, īpaši pacientiem, kuri neuzrāda psihotisku simptomātiku, bet cieš no intensīva diskomforta un impulsu kontroles traucējumiem.

Situācijas izklāsts

Audita datu analīze atklāj satraucošu tendenci pacientu grupā ar pozitīvu ŪTA rezultātu. Pretēji pieņēmumam, ka smagākie pacienti ir ar psihotiskiem traucējumiem,

¹⁷ Morant C, Szerman N, Babín F, et al. Dual Diagnosis and Suicide Risk in a Spanish Outpatient Sample. *Substance Use & Misuse*. 2011;48(1-2):1-7. doi:10.3109/10826084.2011.636135.

¹⁸ Lähteenvuo M, Batalla A, Luykx JJ, Mittendorfer-Rutz E, Tanskanen A, Tiihonen J, Taipale H. Morbidity and mortality in schizophrenia with comorbid substance use disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2021 Jul;144(1):42-49. doi: 10.1111/acps.13291. Epub 2021 Mar 8. PMID: 33650123; PMCID: PMC8359349.

¹⁹ Vansteene C, Dubertret C, Aubin H-J, Batel P, Poupon D, Gorwood P. Severe alcohol withdrawal symptoms and the risk of suicidal acts in patients treated for alcohol use disorder. *The British Journal of Psychiatry*. Published online 2025:1-8. doi:10.1192/bjp.2025.10386.

²⁰ Vansteene C, Dubertret C, Aubin H-J, Batel P, Poupon D, Gorwood P. Severe alcohol withdrawal symptoms and the risk of suicidal acts in patients treated for alcohol use disorder. *The British Journal of Psychiatry*. Published online 2025:1-8. doi:10.1192/bjp.2025.10386

dati rāda, ka tieši trauksmes sindroms bija visizplatītākais šajā grupā – tas tika konstatēts 44 % pacientu ar pozitīvu KTA.

Viskritiskākais rādītājs ir pašnāvības un paškaitējuma riska izplatība tieši šajā apakšgrupā. No 21 pacienta ar trauksmes sindromu un pozitīvu KTA, 14 pacientiem (67 %) tika fiksētas domas par pašnāvību/paškaitējumu un/vai novērota paškaitējuma/pašnāvības uzvedība (piecos gadījumos, jeb 23 %). Tas ir augstākais rādītājs starp visām sindromu grupām un pārsniedz rādītāju pozitīvo KTA grupā (kur domas par pašnāvību bija 36 % un uzvedība 13 %). Salīdzinājumam, arī pacientiem ar negatīvu KTA un trauksmes sindromu risks bija augsts (61 %), kas norāda, ka trauksmes sindroms stacionārā bieži maskē akūtu krīzi.

Neraugoties uz šo ārkārtīgi augsto risku, 11 % gadījumu pacientiem ar pozitīvu KTA pēc izrakstīšanās netika nozīmēta neviena specifiska speciālista konsultācija, un narkologs tika rekomendēts tikai 38 % gadījumu, kas var būt nepietiekami šai augsta riska grupai.

Iemesls

Augstais pašnāvības risks šajā grupā nereti netiek pienācīgi akcentēts, jo klīniskajā praksē “trauksmes sindroms” var tikt uztverts kā “vieglāks” stāvoklis salīdzinājumā ar akūtu psihozi vai šizofrēniju.^{21,22} Ārstēšanas fokusā nereti ir trauksmes simptomu īslaicīga mazināšana (*Diazepamum* lietošana 47 % pacientu ar pozitīvu KTA rezultātu). Iespējams, ka daļa no šiem stāvokļiem ir saistīta ar vielu atcelšanas (abstinences) sindromu, kas izraisa izteiktu disforiju un impulsivitāti, taču tiek dokumentēta vienkārši kā “trauksme”, neizvērtējot padziļinātu vielu lomu krīzes izraisīšanā.

Ietekme

Nepietiekama pašnāvības riska atpazīšana un vadība pacientiem ar trauksmes sindromu un vielu lietošanu, gadījumos, kad pacients tiek izrakstīts, mazinoties tikai

²¹ Wigman JT, van Nierop M, Vollebergh WA, et al. Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity--implications for diagnosis and ultra-high risk research. *Schizophr Bull.* 2012;38(2):247-257. doi:10.1093/schbul/sbr196.

²² Ng IK, Tan BC, Goo S, Al-Najjar Z. Mental health stigma in the medical profession: Where do we go from here?. *Clin Med (Lond).* 2024;24(1):100013. doi:10.1016/j.clinme.2024.100013.

trauksmes simptomiem, bet netiek risināts vielu lietošanas cēlonis un suicidālā krīze, veicina augstu recidīva un atkārtota suicīda mēģinājuma risku. Tas rada “*revolving door*” efektu jeb biežas atkārtotas hospitalizācijas, jo pamatproblēma (duālā diagnoze un krīzes vadība) nav adekvāti risināta.

Rīcības plāns – priekšlikumi trūkumu novēršanai

- ieviest obligātu suicīda riska padziļinātu novērtējumu visiem pacientiem ar pozitīvu ĶTA un trauksmes sindromu, neaprobežojoties tikai ar standarta jautājumiem uzņemšanā.
- izstrādāt “drošības plānu” (*safety plan*) pirms izrakstīšanas katram pacientam no šīs riska grupas, pēc iespējas iesaistot piederīgos un konkrēti atrunājot rīcību krīzes situācijās un vielu lietošanas tieksmes gadījumā.
- Personāla apmācība: izglītot personālu par “disforiskās trauksmes” bīstamību vielu lietotājiem kā akūtu suicidālu stāvokli, kas prasa tikpat nopietnu uzraudzību kā psihotiski stāvokļi.

3.6. AUGSTĀKA ŠIZOFRĒNIJAS SPEKTRA UN PSIHOTISKO TRAUČĒJUMU IZPLATĪBA PACIENTIEM AR POZITĪVU ĶTA REZULTĀTU

Nosacījumi

Zinātniskajā literatūrā un klīniskajās vadlīnijās ir labi dokumentēta saikne starp psihoaktīvo vielu lietošanu un psihotisko traucējumu manifestāciju vai paasinājumu.^{23,24} Pacienti ar šizofrēnijas spektra traucējumiem vielu lietošana (dubultā diagnoze) ir bieža blakusparādība,^{25,26} kas būtiski pasliktina prognozi²⁷ un

²³ Manseau M, Bogenschutz M. Substance Use Disorders and Schizophrenia. Focus (Am Psychiatr Publ). 2016;14(3):333-342. doi:10.1176/appi.focus.20160008

²⁴ Smith J, Johnson A, Williams R. Understanding the bidirectional relationship between schizophrenia and substance use disorder. *Front Psychiatry*. 2021;12:762988. doi:10.3389/fpsy.2021.762988.

²⁵ Manseau M, Bogenschutz M. Substance Use Disorders and Schizophrenia. Focus (Am Psychiatr Publ). 2016;14(3):333-342. doi:10.1176/appi.focus.20160008.

²⁶ Smith J, Johnson A, Williams R. Understanding the bidirectional relationship between schizophrenia and substance use disorder. *Front Psychiatry*. 2021;12:762988. doi:10.3389/fpsy.2021.762988

²⁷ Khokhar JY, Dwiel LL, Henricks AM, Doucette WT, Green AI. The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. Schizophr Res. 2018;194:78-85. doi:10.1016/j.schres.2017.04.016.

apgrūtinā ārstēšanu.²⁸ Ir būtiski diferencēt primārus psihiskus traucējumus no vielu izraisītām psihozēm, jo tas nosaka atšķirīgu ārstēšanas taktiku un prognozi.

Situācijas izklāsts

Audīta datu analīze uzrāda izteiktu klīnisko atšķirību starp salīdzināmajām grupām. Pacientiem ar pozitīvu KTA rezultātu ievērojami biežāk kā pamatdiagnoze tika noteikti šizofrēnijas, šizotipiskie un murgainie traucējumi (F20 – F29) – 43 % gadījumu iestājoties un pieaugot līdz 47 % izrakstoties. Turpretī pacientiem ar negatīvu KTA rezultātu šī diagnožu grupa sastopama retāk (36 % iestājoties un 38 % izrakstoties).

Vienlaikus dati parāda, ka pacientiem ar negatīvu KTA rezultātu dominē neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (23% pret 15% pozitīvajā grupā). Tas norāda, ka stacionētie pacienti, kuriem konstatēta vielu klātbūtne organismā, ir klīniski smagāki un biežāk cieš no endogēniem psihiskiem traucējumiem kombinācijā ar vielu lietošanu.

Iemesls

Augstais šizofrēnijas spektra traucējumu īpatsvars pozitīvo KTA pacientu grupā skaidrojams ar “dubultās diagnozes” fenomenu. Pacienti ar hroniskiem psihotiskiem traucējumiem bieži lieto vielas, lai mazinātu zāļu blakusparādības, negatīvo simptomātiku vai disforiju (“pašārstēšanās nolūkos”). Otrs iemesls ir vielu psihoaktīvā ietekme – vielu lietošana var provocēt akūtu psihozi vai paasināt esošu šizofrēniju, kas noved pie nepieciešamības pēc stacionēšanas akūtajā nodaļā (visbiežāk 17. nodaļā, kur ārstējās 49 % no pozitīvajiem pacientiem). Diagnostisko procesu sarežģī fakts, ka akūtā fāzē bez KTA ir grūti diferencēt, vai psihoze ir vielu inducēta vai endogēna.

Ietekme

Šī tendence rada ievērojamu slogu ārstniecības procesam. Pacientiem ar F20–F29 diagnozi un pozitīvu KTA nepieciešama kompleksāka farmakoterapija – audītā redzams plašs antipsihotisko līdzekļu (piemēram, haloperidola, zuklopentiksola, kvetiapīna) pielietojums. Vielu lietošana šizofrēnijas pacientiem mazina līdzestību ārstēšanai, veicina biežākus recidīvus un atkārtotas hospitalizācijas. Ja šī komorbiditāte netiek mērķtiecīgi risināta (piemēram, narkologs tika piesaistīts tikai 38 % gadījumu),

²⁸ Neyra A, Parro-Torres C, Ros-Cucurull E, Carrera I, Echarri E, Torrens M. Management of schizophrenia and comorbid substance use disorders: expert review and guidance. *Ann Gen Psychiatry*. 2024;23(1):40. Published 2024 Oct 30. doi:10.1186/s12991-024-00529-7.

pastāv augsts risks, ka pacients pēc izrakstīšanas turpinās vielu lietošanu, kas neizbēgami novedīs pie jauna psihotiskā uzliesmojuma, smagākām sekām, sliktākas prognozes.

Rīcības plāns – priekšlikumi trūkumu novēršanai

- integrēta pieeja: pacientiem ar F20 – F29 grupas diagnozi un pozitīvu ĶTA rezultātu ārstēšanas plānā obligāti jāiekļaujas gan psihiatriskajai stabilizācijai, gan atkarību ārstēšanas elementiem (t.sk. psihoeducācijai par vielu ietekmi uz šizofrēnijas gaitu).
- diferenciāldiagnostikas algoritms: ieviest skaidru protokolu diagnozes precizēšanai (F20 / F10 – 19), balstoties uz ĶTA rezultātiem un klīnisko novērošanu dinamikā, lai izvairītos no pārsteidzīgas endogēnas diagnozes noteikšanas vielu intoksikācijas stāvoklī vai otrādi – nepamanītas šizofrēnijas.
- personāla modrība: ņemot vērā, ka gandrīz pusei (47 %) pacientu ar pozitīvu ĶTA ir šizofrēnijas spektra traucējumi, personālam jābūt īpaši apmācītam darbā ar dubulto diagnožu pacientiem, uzsverot vielu lietošanas kontroles nozīmi remisijas saglabāšanā.

IZMANTOTĀS LITERATŪRAS SARAKSTS

1. Alkohola, narkotisko, psihotropo vai toksisko vielu ietekmes pārbaudes kārtība: Ministru kabineta noteikumi. *Latvijas Vēstnesis* Nr.88, 06.06.2008.
2. Metodiskās vadības institūcijas noteikumi: Ministru kabineta noteikumi. *Latvijas Vēstnesis* Nr.159, 16.08.2024.
3. Ziedonis, D. M., Smelson, D., Rosenthal, R. N., Batki, S. L., Green, A. I., Henry, R. J., Montoya, I., Parks, J., & Weiss, R. D. (2005). *Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: Consensus recommendations*. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(5), 315–339. <https://doi.org/10.1097/00131746-200509000-00005>
4. King, A., & Hoppe, R. B. (2013). “Best practice” for patient-centered communication: a narrative review. *J Grad Med Educ*, 5(3), 385–393. doi:10.4300/JGME-D-13-00072.1.
5. Rural Health Information Hub. *Patient-Centered Communication to Improve Health Literacy*. Pieejams: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-literacy/2/organization/patient-centered-communication> [sk. 11.11.2025].
6. Narkotisko un psihotropo vielu un zāļu, kā arī prekursoru likumīgās aprites likums. *Latvijas Republikas likums*. *Latvijas Vēstnesis* Nr.89, 23.05.1996.
7. Ķīvīte-Urtāne, A., Isajeva, L., Maļina, L., & Kaupe, R. (2024). *Narkotiku lietošanas paradumi un tendences Latvijā. Narkotiku lietotāju kohortas pētījuma 13. posma rezultāti*. SPKC, DIA+LOGS. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/21546/download?attachment> [sk. 01.12.2025].
8. Stoychev, K. R., Zhelyazkova-Savova, M. S., & Milanova, V. I. (2019). Neuroimaging studies in patients with mental disorder and co-occurring substance use disorder: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 570. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31708805/>
9. Incze, M. A., Kelley, A. T., James, H., et al. (2024). Post-hospitalization care transition strategies for patients with substance use disorders: A narrative review and taxonomy. *J Gen Intern Med*, 39(5), 837–846. doi:10.1007/s11606-024-08670-5.

10. Rosen, A. D., Takada, S., Juillard, C., et al. (2025). Unpacking the link between substance use disorders and 30-day unplanned readmission. *Addiction*, 120(12), 2538–2546. doi:10.1111/add.70136.
11. Reilly, J., McDermott, B., & Dillon, J. (2018). Standardized drug and alcohol questions at admission to an acute adult mental health unit: clarifying the burden of dual diagnoses across a five-year period. *Australasian Psychiatry*. doi:10.1177/1039856218810161. Pieejams : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30382749/>
12. Zaha, A. A., Comşa, A. L., Zaha, D. C., & Vesa, C. M. (2025). Patterns of psychiatric comorbidity among drug users: A prospective observational study in a Romanian psychiatric hospital. *Healthcare*, 13(19), 2543. Pieejams: <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/19/2543>.
13. Morant, C., Szerman, N., Babín, F., et al. (2011). Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Substance Use & Misuse*, 48(1–2), 1–7. doi:10.3109/10826084.2011.636135.
14. Lähteenvuo, M., Batalla, A., Luykx, J. J., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Tiihonen, J., & Taipale, H. (2021). Morbidity and mortality in schizophrenia with comorbid substance use disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 144(1), 42–49. doi:10.1111/acps.13291.
15. Vansteene, C., Dubertret, C., Aubin, H-J., Batel, P., Poupon, D., & Gorwood, P. (2025). Severe alcohol withdrawal symptoms and the risk of suicidal acts in patients treated for alcohol use disorder. *The British Journal of Psychiatry*. doi:10.1192/bjp.2025.10386.
16. Wigman, J. T., van Nierop, M., Vollebergh, W. A., et al. (2012). Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression... *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 247–257. doi:10.1093/schbul/sbr196.
17. Ng, I. K., Tan, B. C., Goo, S., & Al-Najjar, Z. (2024). Mental health stigma in the medical profession: Where do we go from here? *Clin Med (Lond)*, 24(1), 100013. doi:10.1016/j.clinme.2024.100013.

18. Smith, J., Johnson, A., & Williams, R. (2021). Understanding the bidirectional relationship between schizophrenia and substance use disorder. *Front Psychiatry*, 12, 762988. doi:10.3389/fpsyt.2021.762988.

19. Manseau, M., & Bogenschutz, M. (2016). Substance use disorders and schizophrenia. *Focus*, 14(3), 333–342. doi:10.1176/appi.focus.20160008.

20. Khokhar, J. Y., Dwiell, L. L., Henricks, A. M., Doucette, W. T., & Green, A. I. (2018). The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophr Res*, 194, 78–85. doi:10.1016/j.schres.2017.04.016.

21. Neyra, A., Parro-Torres, C., Ros-Cucurull, E., Carrera, I., Echarri, E., & Torrens, M. (2024). Management of schizophrenia and comorbid substance use disorders: expert review and guidance. *Ann Gen Psychiatry*, 23(1), 40. doi:10.1186/s12991-024-00529-7.