Starpinstitucionālās sadarbības modelis pacientiem ar medicīniska rakstura piespiedu līdzekli

Jeļena Vrubļevska, *Dr. med.*, asoc. prof., psihiatre, Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA, Metodiskās vadības daļas vadītāja; Latvijas Universitāte

Deniss Ovčarenko, *Bc. iur.*, Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA, Metodiskās vadības daļas metodiskā darba koordinators

Linda Šeldere, *Bc. sc. sal.,* Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA, Metodiskās vadības daļas metodiskā darba koordinatore

Iveta Ķiece, psihiatre, Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA, Ārstniecības departamenta direktore – galvenā ārste

Zane Egle, *Bc. sc. sal.*, Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA, Metodiskās vadības daļas metodiskā darba koordinatore

Kopsavilkums

Psihiatrijas pacientu, kuriem tiesa noteikusi medicīniska rakstura piespiedu līdzekli, pāreja no stacionārās uz ambulatoro ārstēšanu ir sarežģīts process. Tas prasa koordinētu un mērķtiecīgu atbalstu, lai nodrošinātu ārstēšanas nepārtrauktību, mazinātu atkārtotu hospitalizāciju psihiatrijas stacionāros un noziedzīgu nodarījumu risku, kā arī veicinātu pacienta veiksmīgu reintegrāciju sabiedrībā. Nacionālajā psihiskās veselības centrā tika izstrādāts un aprobēts starpinstitucionālās sadarbības modelis, kas paredz savlaicīgu pacienta sagatavošanu pārejai. Tas ietver izrakstīšanas plānošanu, multidisciplināru pacienta vajadzību un gatavības izvērtēšanu, kā arī starpinstitucionālās sadarbības sanāksmju organizēšanu. Modelis palīdz savlaicīgi identificēt riskus, noteikt atbildīgos speciālistus un institūcijas, nodrošinot ārstēšanas pēctecību. Tā ilgtspējīgai ieviešanai praksē nepieciešams skaidrs tiesiskais regulējums, efektīva datu apmaiņas kārtība un atbilstošs finansējums.

Ievads

Psihiatrijas pacientu, kuriem tiesa noteikusi medicīniska rakstura piespiedu līdzekli (turpmāk – **MRPL**) – ārstēšanu vispārējā tipa psihiatriskajā slimnīcā (nodaļā) –, izrakstīšana bieži rada sarežģītas klīniskas, sociālas un organizatoriskas dilemmas. Lai gan ārstēšanas rezultātā pacienta psihiskais stāvoklis ir stabilizējies un turpmāka atrašanās stacionārā vairs nav medicīniski nepieciešama, drošu pāreju uz ambulatoro ārstēšanu var būtiski apgrūtināt sociālo resursu trūkums. Biežākie šķēršļi ir stabilas dzīvesvietas, ienākumu un personu apliecinošu dokumentu trūkums, kā arī nepietiekams sociālais un tuvinieku atbalsts.

Ja pacientam nav tuvinieku atbalsta, nereti trūkst skaidrības par to, kurš pēc izrakstīšanas no psihiatriskās slimnīcas pārliecināsies, ka pacients nonāks pie ambulatorā psihiatra, saņems un lietos medikamentus un nenonāks vidē, kas veicina veselības stāvokļa pasliktināšanos. Šādos apstākļos speciālisti saskaras ar robežu, kur izrakstīšana vairs nav tikai medicīniskās dokumentācijas aizpildīšana. Tā ir pāreja no strukturētas, kontrolētas un drošas stacionāra vides uz dzīvi sabiedrībā, kur ārstēšanas rezultātu ietekmē apstākļu kopums – mājoklis, attiecības, ienākumi, dažādu atkarību izraisošu vielu pieejamība un lietošanas riski, sociālie pakalpojumi un pacienta spēja patstāvīgi organizēt savu ikdienu.

Nacionālajā psihiskās veselības centrā 2024.–2025. gadā tika izstrādāts un aprobēts starpinstitucionālās sadarbības modelis, kura mērķis ir savlaicīgi identificēt pacienta vajadzības, koordinēt iesaistīto institūciju rīcību un sagatavot īstenojamu plānu ārstēšanas turpināšanai ārpus stacionāra. [7]

MRPL – starp ārstniecību un sabiedrības drošību

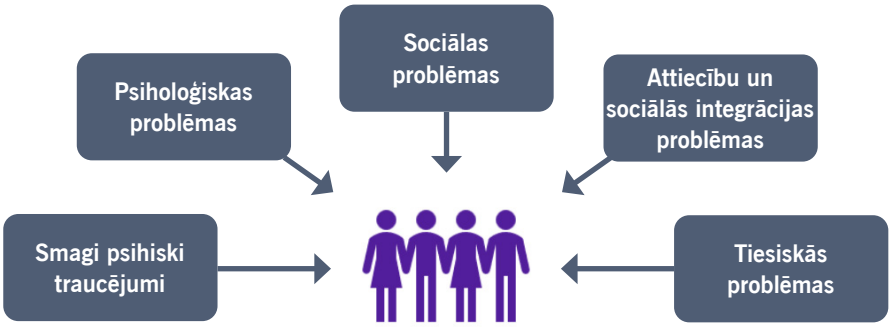
MRPL ir kriminālatiesisks piespiedu līdzeklis, ko tiesa var noteikt personai, kura izdarījusi Krimināllikumā paredzētu nodarījumu, bet psihisko traucējumu dēļ atzīta par nepieskaitāmu vai ierobežoti pieskaitāmu. [1] Krimināllikums paredz trīs MRPL veidus:

- **ambulatoro ārstēšanu medicīnas iestādē** – piemēro personām, kuru stāvoklis neprasa pastāvīgu stacionāru novērošanu, bet kurām nepieciešama regulāra psihiskās veselības kontrole un ārstēšana ambulatorā kārtībā;
- **ārstēšanu vispārējā tipa psihiatriskajā slimnīcā (nodaļā)** – piemēro gadījumos, kad persona ir atzīstama par bīstamu sev vai apkārtējiem un tās nodrošināšanai nepieciešama piespiedu ārstēšana stacionārā režīmā;
- **ārstēšanu specializētā psihiatriskajā slimnīcā (nodaļā) ar apsardzi** – piemēro personām, kuras ir īpaši bīstamas sabiedrībai. [2]

MRPL nav kriminālsods tā klasiskajā izpratnē. Tāpat kā kriminālsoda, arī jebkura cita kriminālatiesiska piespiedu līdzekļa mērķis ir aizsargāt sabiedrības drošību. Tādējādi ir būtiski, ka arī personas, kurām piemērots MRPL, tiek atbilstoši uzraudzītas un ārstētas, ņemot vērā, ka tieši psihiskā traucējuma vai slimības dēļ šīs personas ir izdarījušas noziedzīgo nodarījumu. Turklāt psihiskie traucējumi var veicināt personas nespēju saprast savu darbību, tās kaitīgumu, kā arī cēloņsakarību starp veikto nodarījumu un tā sekām. Likumdevējs likuma normās apzināti nav noteicis MRPL ilgumu, jo faktiski tas ir atkarīgs no katras personas psihiskā stāvokļa un ārstēšanas gaitas. MRPL nosacījumu neievērošanas gadījumā iespējama tā grozīšana uz vairāk ierobežojošu līdzekli. [3]

Vienlaikus ir būtiski nošķirt MRPL no pieņēmuma par nemainīgu personas bīstamību. Risks nav statiska diagnozes sastāvdaļa – tas var pieaugt vai samazināties atkarībā no personas psihiskā stāvokļa, līdzestības, atkarību izraisošo vielu lietošanas, dzīves apstākļiem, atbalsta personu klātbūtnes un citiem faktoriem. Līdz ar to šim izvērtējumam ir jābūt individualizētam, periodiskam un vērstam ne tikai uz riska faktoriem, bet arī uz pacienta aizsargājošajiem resursiem. Latvijā 2020. gada konceptuālajā ziņojumā tika identificēta nepieciešamība pilnveidot MRPL izpildes koordināciju, informācijas apriti starp ārstniecības iestādēm,

1. attēls | **MRPL pacientu vajadzību daudzdimensionālais raksturs**



tiesām un citām institūcijām, kā arī ambulatorās ārstēšanas uzraudzību. Tomēr atbildība par pacienta dzīves aspektiem joprojām ir sadalīta starp vairākām institūcijām, kuru sadarbība ne vienmēr ir pietiekami agrīna un koordinēta, kā arī daudzi tobrīd paredzētie risinājumi vēl aizvien nav īstenoti. [5]

Kāpēc nepietiek ar simptomu remisiju?

Pacientam, kurš ilgstoši ārstējies stacionārā, var būt iestājusies simptomu remisija, tomēr vienlaikus var būt zudušas vai mazinājušās ikdienas prasmes – spēja iegādāties pārtiku, izmantot sabiedrisko transportu, savlaicīgi vērsties pēc palīdzības vai veikt uzkopšanas darbus. Pacients var neatcerēties izrakstīto zāļu lietošanas rekomendācijas, nepamanīt agrīnas veselības stāvokļa pasliktināšanās pazīmes vai pietiekami nenovērtēt psihoaktīvo vielu lietošanas risku. Turklāt pacientam var nebūt stabilas dzīvesvietas un ienākumu, kā arī ģimenes vide ne vienmēr ir droša vai atbalstoša. Atsevišķos gadījumos atgriešanās iepriekšējā vidē var apdraudēt stacionārā sasniegto ārstēšanas rezultātu. Tādējādi pacientu, kuriem noteikts MRPL, situāciju ietekmē daudzi savstarpēji saistīti klīniskie, psiholoģiskie, sociālie un tiesiskie faktori. (*skat. 1. attēlu*)

Pētījumos secināts, ka pēctecīga ambulatorā ārstēšana, stabila dzīvesvieta un atturēšanās no psihoaktīvo vielu lietošanas ir būtiski labvēlīgi faktori pēc pacienta izrakstīšanas no stacionāra. Savukārt nestabili dzīves apstākļi, vielu lietošana un ārstēšanas pārtraukšana ir saistīti ar nelabvēlīgāku veselības stāvokļa dinamiku un palielina atkārtotu noziedzīgu nodarījumu risku. [9,11]

Tādēļ gatavība pārejai uz ambulatoru ārstēšanu nav vērtējama tikai pēc simptomu mazināšanās. Līdztekus klīniskajai stabilitātei ir jāizvērtē pacienta ikdienas funkcionēšana, ārstēšanas līdzestība, spēja atpazīt veselības stāvokļa pasliktināšanos, sociālā vide, dzīvesvietas nodrošinājums un atbalsta personu loks. Šie faktori bieži ietilpst dažādu institūciju kompetencē, tomēr nevienai no tām atsevišķi nav pilnīga priekšstata par pacienta kopējo situāciju. Ja informācijas apmaiņa un atbildības sadalījums netiek savlaicīgi noorganizēts, pastāv risks, ka pacients tiks izrakstīts bez praktiski īstenojama turpmākās ārstēšanas un atbalsta plāna vai arī stacionēšana ieilgs sociālu, nevis medicīnisku iemeslu dēļ. Tieši šo pārrāvumu starp ārstniecības, sociālās aprūpes un citām iesaistītajām iestādēm ir paredzēts mazināt ar starpinstitucionālās sadarbības modeli.

Starpinstitucionālās sadarbības modeļa uzbūve

Pilotprojektā izstrādātā sadarbības modeļa īstenošanu sāk vairākus mēnešus pirms pacienta plānotās izrakstīšanas no stacionāra. Tas paredz koordinācijas mehānismu, kurā katra institūcija saglabā savu kompetenci, bet visas iesaistītās puses vienojas par kopīgu rīcības plānu. Šo modeli veido pieci secīgi posmi:

- pacienta multidisciplinārā izvērtēšana stacionārā;
- savlaicīga informācijas aprite par iespējamo MRPL grozīšanu;
- starpinstitucionālās sadarbības organizēšana;
- starpinstitucionālā sanāksme;
- pacienta virzīšana izrakstīšanai.

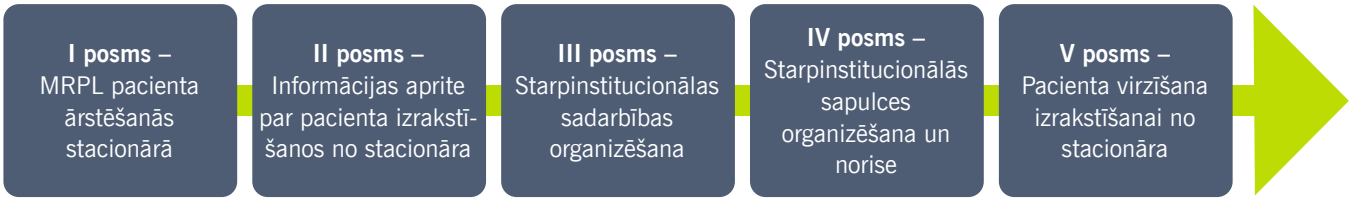
Attēlā atspoguļotie posmi veido secīgu procesu, tomēr praksē atsevišķas darbības var norisināties paralēli un tikt atkārtotas, reaģējot uz pacienta veselības stāvokļa un sociālās situācijas izmaiņām. (*skat. 2. attēlu*)

Pirmajā posmā, kamēr pacients ārstējas stacionārā, tiek nodrošināta viņa psihiskā stāvokļa stabilizācija, ārstēšana un rehabilitācija, vienlaikus izvērtējot viņa funkcionālās spējas, ārstēšanas līdzestību, sociālos apstākļus un iespējamos riskus pēc izrakstīšanas no stacionāra. Tieši šajā posmā tiek apzināti jautājumi, kurus var atrisināt ārstniecības iestādē, kā arī problēmas, kuru risināšanai nepieciešama citu institūciju iesaiste.

Otrajā posmā, kad tiek izskatīta MRPL grozīšana uz ambulatoro ārstēšanu vai tā atcelšana, sākas savlaicīga informācijas aprite par pacienta iespējamo izrakstīšanu. Tiek noskaidrota būtiski svarīga informācija: kur pacients dzīvos, kura ārstniecības iestāde nodrošinās turpmāko ambulatoro ārstēšanu, kā arī kādi sociālie un citi atbalsta pasākumi viņam būs nepieciešami. Šajā posmā ir būtiski nepieļaut, ka informācijas apmaiņa tiek sākta tikai pēc tiesas lēmuma pieņemšanas vai īsi pirms pacienta izrakstīšanas no stacionāra.

Trešajā posmā tiek organizēta starpinstitucionālā sadarbība – stacionāra komanda nosaka sadarbības mērķi, apzina iesaistāmās institūcijas un speciālistus, apkopo sanāksmei nepieciešamo informāciju un nodrošina tās apriti. Iesaistāmo institūciju loks

2. attēls | **Rīcības algoritma shēma**



tiek noteikts katram pacientam individuāli, ņemot vērā viņa klīniskās, funkcionālās un sociālās vajadzības.

Ceturtajā posmā norisinās starpinstitucionālās sadarbības sanāksme. Tās laikā iesaistītie speciālisti pārrunā pacienta situāciju, kā arī vienojas par nepieciešamajiem pasākumiem, atbildīgajām personām un uzdevumu izpildes termiņiem. Sanāksmes rezultātus dokumentē, lai nodrošinātu visiem atbildīgajiem vienotu izpratni par turpmāko rīcību un ļautu sekot līdzi noteikto uzdevumu izpildei.

Piektajā posmā pacients tiek sagatavots un virzīts izrakstīšanai no stacionāra. Pirms izrakstīšanas ir jābūt izpildītiem galvenajiem pārejas plānā paredzētajiem priekšnosacījumiem, tostarp jānodrošina ārstēšanas pēctecība, atbilstoša dzīvesvieta un nepieciešamais sociālais atbalsts.

Pacienta intensīvu sagatavošanu izrakstīšanai ir ieteicams sākt aptuveni divus mēnešus pirms paredzamās pārejas uz ambulatoro ārstēšanu. Šāds laiks ir nepieciešams ne tikai speciālistu veiktajiem izvērtējumiem, bet arī dažādu praktisku jautājumu risināšanai. Atbilstošas dzīvesvietas, ienākumu, personu apliecinošu dokumentu, kā arī sociālo pakalpojumu vai ambulatorās ārstēšanas pieejamības nodrošināšana var prasīt vairāku institūciju iesaisti un saskaņotu rīcību. Modeļa turpmāko posmu efektivitāte lielā mērā ir atkarīga no tā, cik vispusīgi pacienta situācija ir izvērtēta jau stacionārā. Tādēļ izstrādātā modeļa sākumpunkts ir psihiatra vadītas multidisciplinārās komandas darbs.

Multidisciplinārās komandas sastāvs

Pacienta ārstēšanu un sagatavošanu izrakstīšanai vada psihiatrs. Ņemot vērā, ka viens speciālists nespēj pilnvērtīgi novērtēt visas pacienta funkcionēšanas jomas, modeļa pamatā ir komandas darbs, kurā kopā ar psihiatru darbojas māsa, sociālais darbinieks, klīniskais un veselības psihologs, kā arī ergoterapeits. Atbilstoši pacienta vajadzībām komandai var piesaistīt arī atkarību psihiatru (narkologu), fizioterapeitu, mākslas terapeitu, darba terapeitu, kapelānu vai citus speciālistus.

Psihiatrs kā komandas vadītājs novērtē pacienta psihisko stāvokli, ārstēšanas efektivitāti, blakusparādības, kā arī pacienta kritiskumu pret slimību un viņa līdzestību. Viņš pielāgo ārstēšanas plānu, ņemot vērā gan stāvokļa dinamiku, gan pārējo komandas locekļu novērojumus. Pirms izrakstīšanas ir būtiski ne tikai sagatavot rekomendācijas, bet arī veikt darbības turpmākās ārstēšanas nodrošināšanai, piemēram, ieplānot pirmo ambulatorā psihiatra konsultāciju. Psihiatrs arī nosaka, kurus speciālistus un institūcijas nepieciešams iesaistīt turpmākajā procesā, un vada starpinstitucionālās sadarbības sanāksmi.

Māsa novēro pacienta veselības stāvokli, uzvedību, līdzestību un spēju ievērot ārstēšanas režīmu. Viņa uzrauga medikamentu lietošanu, to iedarbību, iespējamās blakusparādības, kā arī sniedz komandai informāciju par izmaiņām pacienta ikdienas funkcionēšanā. Pirms izrakstīšanas īpaša nozīme ir pacienta un, ja iespējams, viņa piederīgo izglītošanai par psihiskiem traucējumiem. Pacientam saprotamā veidā ir jāizskaidro medikamentu lietošanas kārtība, iespējamās blakusparādības, agrīnās veselības stāvokļa pasliktināšanās pazīmes un rīcība krīzes situācijās. Māsa var arī palīdzēt mazināt trauksmi par gaidāmajām pārmaiņām, kā arī stiprināt pacienta pārliecību par spēju turpināt ārstēšanos ārpus stacionāra.

Klīniskais un veselības psihologs novērtē pacienta emocionālo stāvokli, kognitīvās funkcijas, personības iezīmes, impulsu kontroli, motivāciju un spēju atpazīt riska situācijas. Darbs pirms izrakstīšanas var ietvert emociju regulācijas, problēmu risināšanas un palīdzības meklēšanas prasmju stiprināšanu, kā arī atbalstu agresivitātes, impulsivitātes un sociālās funkcionēšanas grūtību mazināšanā.

Ergoterapeits novērtē pacienta praktiskās spējas un funkcionēšanu ikdienā. Tas ietver pašaprūpi, ēdiena gatavošanu, dienas režīma plānošanu, pārvietošanos, komunikāciju un spēju iesaistīties brīvā laika nodarbēs. Strukturētā stacionāra vidē daļa pacienta grūtību var palikt nepamanītas, jo daudzas ikdienas aktivitātes viņa vietā organizē medicīnas personāls. Tādēļ pirms izrakstīšanas ir svarīgi novērtēt ne tikai pacienta teorētiskās zināšanas, bet arī viņa reālo spēju tās izmantot praksē. Ergoterapeits kopā ar pacientu izvirza konkrētus funkcionālos mērķus, trenē ikdienā nepieciešamās prasmes, palīdz izveidot līdzsvarotu dienas režīmu un sagatavo rekomendācijas turpmākajām ikdienas gaitām dzīvesvietā.

Sociālajam darbiniekam šajā modelī ir īpaša nozīme. Viņš izvērtē pacienta sociālo funkcionēšanu, dzīves apstākļus, ienākumus, dokumentu esamību, ģimenes un citu atbalsta personu loku, kā arī nodarbinātības iespējas. Sociālais darbinieks apkopo informāciju no pacienta, viņa piederīgajiem, valsts un pašvaldību institūcijām, kā arī citiem speciālistiem, lai iegūtu pēc iespējas pilnīgāku priekšstatu par apstākļiem, kuros pacients atgriezīsies pēc izrakstīšanas no stacionāra. Kopā ar pacientu viņš nosaka sociālā darba mērķus un izstrādā atbalsta plānu, savukārt nepieciešamības gadījumā piesaista sociālo dienestu, Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūru, Nodarbinātības valsts aģentūru, bāriņtiesu vai citas institūcijas.

Pacientiem ar psihoaktīvo vielu lietošanas traucējumiem būtiska ir atkarību psihiatra (narkologa) iesaiste, lai izvērtētu vielu lietošanas riskus, sagatavotu atbilstošas ārstēšanas rekomendācijas un nodrošinātu terapijas pēctecību ambulatorajā posmā. Fizioterapeits novērtē pacienta fizisko un funkcionālo stāvokli, kā arī kritienu riskus. Savukārt mākslas terapeits, darba terapeits vai kapelāns atbilstoši pacienta vajadzībām veicina emocionālo pašregulāciju, strukturētu dienas nodarbinātību, motivāciju, sociālās prasmes, kā arī palīdz risināt garīgos vai eksistenciālos jautājumus.

Komandas secinājumus apkopo vienotā pacienta vajadzību izvērtējumā. Tajā norāda ne tikai konstatētās problēmas un riska faktorus, bet arī pacienta stiprās puses, pieejamos resursus, sasniedzamos mērķus, nepieciešamos pakalpojumus un rekomendācijas turpmākajai aprūpei. Vienots izvērtējums ļauj izvairīties no situācijas, kurā katram speciālistam izveidojas tikai fragmentārs priekšstats par pacientu, un palīdz skaidri nošķirt jautājumus, kurus iespējams atrisināt pašā ārstniecības iestādē, no tiem, kuru risināšanai nepieciešama citu institūciju iesaiste. Tādējādi multidisciplinārās komandas darbs veido saturisko pamatu nākamajam modeļa posmam – starpinstitucionālās sadarbības sanāksmei, kurā individuālo pacienta vajadzību izvērtējumu pārvērš konkrētā, starp iesaistītajām institūcijām saskaņotā rīcības plānā.

Starpinstitucionālās sadarbības sanāksme

Ja pacienta vajadzības pārsniedz ārstniecības iestādes kompetenci, tiek organizēta starpinstitucionālās sadarbības sanāksme (STIS). Tās uzdevums ir veicināt iesaistīto institūciju vienošanos par konkrētiem uzdevumiem vēl pirms pacienta izrakstīšanas, nevis norobežoties ar vispārīgu informācijas apmaiņu. Sanāksmes dalībnieku sastāvu nosaka katrā gadījumā individuāli. Tajā var piedalīties stacionāra komanda, ambulatorais psihi-

atrs, ģimenes ārsts, pašvaldības sociālais dienests, bāriņtiesa, pašvaldības vai Valsts policija, Nodarbinātības valsts aģentūra, Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra, nevalstiskās organizācijas, kā arī pacienta piederīgie.

Ne katram pacientam nepieciešams vienāds iesaistāmo institūciju loks – katras institūcijas piesaiste ir jāpamato ar konkrētu pacienta vajadzību un risināmo uzdevumu. Piemēram, Valsts vai pašvaldības policijas līdzdalība nav nepieciešama tikai tādēļ, ka pacientam ir noteikts MRPL statuss. Policijas iesaiste ir pamatojama tikai tad, ja pastāv reāli drošības un vardarbības riski vai citi jautājumi, kas ietilpst tiešā policijas kompetencē.

STIS laikā speciālisti vienojas par to, kas pacientam nepieciešams līdz izrakstīšanas brīdim un pēc tā, kura institūcija atbildēs par katru konkrēto darbību, kā arī noteiks tās izpildes termiņu. Pieņemtās vienošanās fiksē protokolā. Gadījumos, kad pacienta situācija mainās vai sākotnējos uzdevumus nav iespējams izpildīt, sanāksmi var sasaukt atkārtoti. Būtiski uzsvērt, ka STIS pati nepieņem lēmumu par MRPL grozīšanu – šāda lēmuma pieņemšana ir tiesas kompetencē. Ārstniecības iestādes vadītājs, pamatojoties uz ārsta speciālista vai ārstu konsīlija atzinumu, ierosina tiesai MRPL grozīt vai atcelt, savukārt tiesa šo jautājumu izlemj Kriminālprocesa likumā noteiktajā kārtībā. [3]

Gadījuma piemērs

Pacients, 32 gadus vecs, kuram diagnosticēta paranoīdā šizofrēnija ar nepārtrauktu norisi, psihiatru redzeslokā atrodas kopš 2014. gada. Pēc pārvešanas no Olaines cietuma slimnīcas pacientam ar tiesas lēmumu tika noteikts MRPL – ārstēšana vispārējā tipa psihiatriskajā slimnīcā. Pirms stacionēšanas tika konstatēta arī alkohola un citu psihoaktīvo vielu lietošana. Stacionārā viņš ārstējas aptuveni divarpus gadus. Ārstēšanas laikā ir sasniegta medikamentozā remisija un būtiski mazinājies sabiedriskais apdraudējums, tomēr joprojām saglabājās izteikti emocionālās un gribas sfēras traucējumi, apātija, zema motivācija, kā arī nepietiekams kritiskums pret savu veselības stāvokli. Pacients spēj uztvert vienkāršu informāciju, taču viņam ir grūtības ilgstoši koncentrēties, patstāvīgi strukturēt ikdienas aktivitātes un plānot savu dzīvi pēc izrakstīšanas. Ņemot vērā veselības stāvokļa uzlabošanos, ārstējošais psihiatrs sagatavoja atzinumu tiesai ar priekšlikumu grozīt MRPL uz ambulatoro ārstēšanu.

Pacienta izrakstīšanu kavēja vairāki savstarpēji saistīti sociālie un funkcionālie riski. Viņa iepriekšējā dzīvesvieta bija nodegusi, nebija darba, pastāvīgu ienākumu, kā arī nebija noformēta invaliditātes grupa. Atgriešanos ģimenē neuzskatīja par drošu un stabilu risinājumu, jo tēvs pārmērīgi lietoja alkoholu. Papildu sarežģījumus radīja iepriekšējā psihoaktīvo vielu lietošanas pieredze, ierobežotas sociālās prasmes un skaidra plāna trūkums par ārstēšanās turpināšanu pēc izrakstīšanas no stacionāra.

Multidisciplinārās komandas ietvaros sociālais darbinieks izvērtēja pacienta dzīves apstākļus, ienākumus un sociālo pakalpojumu pieejamību; ergoterapeits novērtēja ikdienas funkcionēšanu, komunikāciju un nepieciešamību pēc strukturētām aktivitātēm; savukārt klīniskais un veselības psihologs analizēja motivāciju, emociju regulāciju, sociālās prasmes un pacienta izpratni par savu slimību. Komandas secinājumus apkopoja vienotā pacienta vajadzību izvērtējumā, kas kalpoja par pamatu turpmākajai starpinstitucionālajai sadarbībai.

Sadarbības rezultātā pacientam nodrošināja pagaidu dzīvesvietu īslaicīgās uzturēšanās mītnē, kurā viņš varēja saņemt atbalstu arī medikamentu lietošanā. Speciālisti uzsāka dokumentu sagatavošanu invaliditātes grupas un trūcīgās personas statusa noteikšanai, kā arī izveidoja turpmāko sadarbību ar pašvaldības sociālo dienestu. Šis gadījums uzskatāmi parāda, ka klīniskā stabilizācija pati par sevi vēl nenodrošina drošu izrakstīšanu – ir nepieciešams arī praktiski īstenojams plāns dzīvesvietas nodrošināšanai, ārstēšanas pēctecībai un sociālajam atbalstam.

Juridiskie izaicinājumi

Starpinstitucionālā sadarbība nav iespējama bez efektīvas informācijas apmaiņas. Tomēr attiecībā uz personām, kurām noteikts MRPL, šī informācija ietver īpašas kategorijas personas datus, tostarp informāciju par veselību, tādēļ sadarbības lietderība pati par sevi vēl nav pietiekams tiesiskais pamats neierobežotai datu nodošanai starp institūcijām. Pacientu tiesību likums paredz, ka informāciju par pacientu drīkst izpaust tikai ar viņa rakstveida piekrišanu vai gadījumos, kas noteikti likumā. [10] Pilotprojekta laikā pacienta informāciju STIS vajadzībām apstrādāja, pamatojoties uz paša pacienta sniegto rakstveida piekrišanu.

Piekrišana pilotprojekta laikā bija tikai īstermiņa risinājums, jo ilgtermiņā tas rada vairākus būtiskus riskus. Pacients jebkurā brīdī var atteikties no sadarbības vai savu piekrišanu atsaukt – pat tad, ja viņa sociālā situācija ir sarežģīta un koordinēts atbalsts būtu objektīvi nepieciešams. Lai STIS kļūtu par pastāvīgu un jēgpilnu ārstniecības procesa daļu personām, kurām noteikts MRPL, būtu nepieciešams skaidrs tiesiskais regulējums. Tam būtu jānosaka STIS mērķi, iesaistāmās institūcijas un to pienākumi, apstrādājamo datu apjoms, datu saņēmēji, protokolu glabāšanas termiņi, kā arī pacienta tiesību aizsardzības mehānismi. Līdzīgs regulējums šobrīd darbojas attiecībā uz STIS, ko īsteno krimināls odu izpildes laikā. [6]

Viens no būtiskākajiem pilotprojektā identificētajiem šķēršļiem ir sociālo pakalpojumu pieejamība. Sociālās aprūpes pakalpojums ir pasākumu kopums, kas vērsts uz to personu pamatvajadzību apmierināšanu, kurām ir objektīvas grūtības aprūpēt sevi vecuma vai funkcionālo traucējumu dēļ, un ietver sevī pakalpojumus personas dzīvesvietā un ilgstošas sociālās aprūpes institūcijās. [12] Tieši šāda veida atbalsts daudziem pacientiem ir izšķirošs, lai viņi varētu droši un pilnvērtīgi atgriezties sabiedrībā.

Ministru kabineta 2019. gada 2. aprīļa noteikumu Nr. 138 "Noteikumi par sociālo pakalpojumu saņemšanu" 1. pielikumā fakts, ka personai ar tiesas lēmumu ir noteikts MRPL, ir minēts kā viena no speciālajām psihiatriskajām kontrindikācijām sociālo pakalpojumu saņemšanai. [4] Tādējādi MRPL kļūst par automātisku šķēršli pakalpojuma saņemšanai – savukārt šī pakalpojuma trūkums apgrūtina pacienta izrakstīšanu no stacionāra un sekmīgu reintegrāciju sabiedrībā.

Raksta sagatavošanas laikā Labklājības ministrija virza grozījumus iepriekš minētajos noteikumos, paredzot speciālo psihiatrisko kontrindikāciju saglabāt tikai tajos gadījumos, kad personai noteikts MRPL ar ievietošanu vispārēja tipa psihiatriskajā slimnīcā vai specializētajā psihiatriskajā slimnīcā ar apsardzi. [13] Tādējādi ambulatorā ārstēšana medicīnas iestādē kā MRPL veids pati par sevi vairs nebūtu automātiska psihiatriskā kontrindikācija sociālo pakalpojumu saņemšanai. Grozījumu anotācijā ir uzsvērts, ka savlaicīga sociālā pakalpojuma pieejamība ļauj novērst atbalsta pārrāvumu un sekmē personas sociālās funkcionēšanas stabilizēšanu vai uzlabošanos.

Pirmie mēneši pēc pārejas uz ambulatoro ārstēšanu ir kritisks periods, kurā pacientam ir jāpielāgojas jaunai videi, patstāvīgi jāievēro

dienas režīms un jāuztur kontakts ar ārstniecības un sociālā atbalsta sistēmu. Pirms izrakstīšanas pacientam jābūt zināmam ambulatorajam psihiatram, konsultāciju vietai un laikam, medikamentu saņemšanas kārtībai un rīcībai krīzes situācijā. Vēlams ieplānot ne tikai pirmo, bet arī nākamās konsultācijas, jo viena atsevišķa vizīte pati par sevi nenodrošina aprūpes pēctecību. Atsevišķiem pacientiem būtiskas var būt mobilās psihiatriskās komandas vizītes dzīvesvietā. Tās ļauj novērtēt ne tikai pacienta stāstīto, bet arī viņa faktiskos dzīves apstākļus, reālo funkcionēšanu un pieejamo atbalstu. Pacientiem ar psihoaktīvo vielu lietošanas risku vai šaubām par nozīmētās terapijas lietošanu klīniski pamatotos gadījumos var apsvērt ķīmiski toksikoloģiskos izmeklējumus vai terapeitisko medikamentu monitorēšanu. Tomēr svarīgi uzsvērt, ka šādi pasākumi nedrīkst kļūt par automātisku kontroli visiem pacientiem – tiem jābūt individualizētiem, medicīniski pamatotiem un tiesiski skaidri regulētiem.

Krimināprocesa likuma 607. panta otrā daļa paredz, ka gadījumā, ja persona nepilda tai noteikto MRPL, ārstniecības iestādes vadītājs, pamatojoties uz ārsta speciālista vai ārstu konsīlija atzinumu, ierosina tiesai šo līdzekli grozīt uz vairāk ierobežojošu. Tomēr tiesību aktos nav noteikts vienots un pietiekami konkrēts pienākumu kopums personai, kurai MRPL veidā noteikta ambulatora ārstēšana, kā arī nav konkretizēts, kāda rīcība uzskatāma par MRPL "nepildīšanu". Nav skaidrs, vai nepildīšana aptver tikai neierašanos uz psihiatra ambulatorajām konsultācijām vai arī, piemēram, nozīmētās terapijas nelietošanu, atteikšanos no klīniski pamatotiem izmeklējumiem un citu individuālajā ārstēšanas plānā ietverto norādījumu neievērošanu. Tādējādi tiesiskais regulējums nenosaka pietiekami skaidru uzvedības standartu, kura neievērošana šīs sekas varētu izraisīt. Šāda nenoteiktība ne tikai apgrūtina skaidru un pacientam saprotamu pienākumu izskaidrošanu, bet arī ierobežo ārstniecības iestādes iespējas konsekventi izvērtēt MRPL izpildi un pamatot nepieciešamību to grozīt uz vairāk ierobežojošu.

Starpinstitucionālo sanāksmju iekļaušana valsts apmaksāto pakalpojumu grozā

Starpinstitucionālās sadarbības modelis nevar darboties tikai kā papildu brīvprātīgs pienākums jau tā noslogotajiem speciālistiem. Pacienta funkcionēšanas izvērtēšana, saziņa ar ārējām institūcijām, sanāksmes sagatavošana, tās norises dokumentēšana un pieņemto uzdevumu izpildes kontrole prasa būtiskus laiku resursus. Ņemot to vērā, ar 2026. gada jūliju Nacionālais veselības dienests valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sarakstā ir iekļāvis jaunu manipulāciju, kas sedz starpinstitucionālās sadarbības nodrošināšanas izmaksas ārstniecības iestādēm. Šis finansējums paredzēts gan stacionāra speciālistu komandas darbam, gan piesaistīto ambulatoro veselības aprūpes speciālistu, piemēram, ģimenes ārsta vai ambulatorā psihiatra, līdzdalībai. [8]

Jaunas manipulācijas ieviešana ir būtisks priekšnoteikums, lai STIS no pilotprojekta kļūtu par regulāru un ilgtspējīgu veselības aprūpes procesa sastāvdaļu. Šāds solis apliecina, ka starpinstitucionālās sadarbības organizēšana ir patstāvīgs, resursietilpīgs un pilnvērtīgs ārstniecības procesa elements.

Nobeigums

Klīniskā stāvokļa stabilizēšanās pati par sevi vēl nenodrošina to, ka pacients spēs veiksmīgi turpināt ārstēšanos, patstāvīgi organizēt ikdienu un droši dzīvot sabiedrībā. Izrakstīšanas iznākumu būtiski ietekmē dzīvesvietas pieejamība, sociālais atbalsts, ārstēšanas līdzestība, psihoaktīvo vielu lietošanas riski un personas funkcionālās spējas. Pilotprojektā aprobētais modelis ļauj šos jautājumus risināt savlaicīgi, uzsākot pacienta sagatavošanu izrakstīšanai jau stacionēšanas laikā. Multidisciplinārās komandas izvērtējums sniedz visaptverošu priekšstatu par pacienta vajadzībām, savukārt starpinstitucionālā sadarbības sanāksme palīdz šo izvērtējumu pārvērst konkrētā rīcības plānā, skaidri nosakot veicamos uzdevumus, atbildīgās institūcijas un to izpildes termiņus.

Modeļa ilgtspējīgai ieviešanai nepieciešams novērst vairākus būtiskus tiesiskos un organizatoriskos šķēršļus. Tiesiskajā regulējumā ir skaidri jānosaka starpinstitucionālās sadarbības mērķis, iesaistāmo institūciju kompetence un personas datu apmaiņas kārtība. Tāpat nepieciešams konkretizēt arī ambulatorā MRPL pacienta pienākumu apjomu un kritērijus, pēc kuriem konstatējamas noteiktā līdzekļa nepildīšanas sekas. Turklāt starpinstitucionālo sadarbību nedrīkst īstenot kā papildu brīvprātīgu pienākumu jau tā noslogotajiem speciālistiem. Tās ilgtspējīgai nodrošināšanai ir nepieciešams mērķtiecīgs finansējums, koordinatora funkcijas noteikšana un iespēja apmaksāt gan sanāksmju organizēšanu, gan tajās iesaistīto stacionāro un ambulatoro speciālistu darbu.

Izstrādātais modelis nodrošina strukturētu un sistēmisku pieeju vienai no sarežģītākajām MRPL piemērošanas procesa daļām – drošai un koordinētai pacienta pārejai no stacionārās uz ambulatoro ārstēšanu, vienlaikus veicinot līdzsvaru starp pacienta pamattiesībām, sabiedrības drošības interesēm un veselības aprūpes sistēmas ilgtspēju.

Normatīvie akti un literatūra

1. Augstākās tiesas Krimināllietu departamenta 2017. gada [..] lēmums lietā Nr.[..] SKK-[D]/2017.
2. Krimināllikums: Latvijas Republikas likums. 68. panta pirmā daļa. Pieejams: https://likumi.lv/ta/id/88966-kriminallikums. (sk. 09.07.2026.).
3. Krimināprocesa likums: Latvijas Republikas likums. 607. panta otrā daļa. Pieejams: https://likumi.lv/ta/id/107820-kriminalprocesa-likums. (sk. 09.07.2026.).
4. Ministru kabineta 2019. gada 2. aprīļa noteikumi Nr. 138 "Noteikumi par sociālo pakalpojumu saņemšanu". Pieejams: https://likumi.lv/ta/id/305995-noteikumi-par-socialo-pakalpojumu-sanemsanu. (sk. 09.07.2026.).
5. Ministru kabineta 2020. gada 29. aprīļa rīkojums Nr. 223 "Par konceptuālo ziņojumu "Par risinājumu medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa izpildes regulējumam"". Pieejams: https://likumi.lv/ta/id/314366-par-konceptualo-zinojumu-par-risinajumu-mediciniska-rakstura-piespiedu-lidzekla-izpildes-regulejumam. (sk. 09.07.2026.).
6. Ministru kabineta 2025. gada 7. oktobra noteikumi Nr. 586 "Noteikumi par starpinstitūciju sadarbības sanāksmju īstenošanu krimināsodu izpildes laikā". Pieejams: https://likumi.lv/ta/id/363577-noteikumi-par-starpinstituciju-sadarbibas-sanaksmju-istenosanu-kriminalsodu-izpildes-laika. (sk. 09.07.2026.).
7. Nacionālais psihiskās veselības centrs. Pilotprojekts "Uz cilvēku centrētas, visaptverošas, integrētas veselības aprūpes sistēmas ilgtspēja un noturība": starpinstitucionālas sadarbības modeļa psihiskās veselības jomā aprobācija. Rīga: Nacionālais psihiskās veselības centrs; 2025. Nepublicēts materiāls.
8. Nacionālais veselības dienests. Valsts apmaksājamo manipulāciju un to apmaksas nosacījumu saraksts no 01.07.2026. 13240 "Starpinstitūciju sanāksme par pacientu, kas saņem medicīniska rakstura piespiedu ārstēšanu, gatavojoties pārejai no stacionāra uz ambulatoru aprūpi". Pieejams: https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/44261/download?attachment. (sk. 09.07.2026.).
9. Noland E., Strandh M. Historical, clinical and situational risk factors for post-discharge recidivism in forensic psychiatric patients: a Swedish registry study. Int J Law Psychiatry. 2021; 79: 101749.
10. Pacientu tiesību likums: Latvijas Republikas likums. 10. panta otrā daļa. Pieejams: https://likumi.lv/ta/id/203008-pacientu-tiesibu-likums. (sk. 09.07.2026.).
11. Probst T., Bezzel A., Hochstadt M., Pieh C., Mache W. Criminal recidivism after forensic psychiatric treatment: a multicenter study on the role of pretreatment, treatment-related, and follow-up variables. J Forensic Sci. 2020; 65(4): 1221–1224.
12. Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums: Latvijas Republikas likums. 1. panta 20. punkts. Pieejams: https://likumi.lv/ta/id/68488-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-likums. (sk. 09.07.2026.).
13. Valsts kancelejas Tiesību aktu portāls. Grozījumi Ministru kabineta 2019. gada 2. aprīļa noteikumos Nr. 138 "Noteikumi par sociālo pakalpojumu saņemšanu". Pieejams: https://tapportals.mk.gov.lv/legal_acts/990ea865-4901-46aa-b0a2-a1cbf4c69019. (sk. 09.07.2026.).