

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
MEDICĪNAS FAKULTĀTE
ĀRSTNIECĪBAS PROGRAMMA

ĀRSTA AMBULATORĀ DARBA STRUKTŪRA PSIHIATRIJĀ

DIPLOMDARBS

Autors: **Laura Freimane**

Studenta apliecības Nr.: lf09059

Darba vadītājs:

Asoc. prof. Dr. Vladimirs Kuzņecovs, MD, PhD

RĪGA, 2017

Satura rādītājs

IEVADS	5
1. LITERATŪRAS APSKATS	7
1.1. Garīgās veselības uzlabošanas nepieciešamība	7
1.2. Ambulatorā darba struktūra psihiatrijā	9
1.3. Psihiatra loma ambulatorā aprūpē.....	11
1.4. Galvenie ārsta psihiatra darba pienākumi ambulatorajā aprūpē	12
1.4.1. Profilakse, diagnostika, ārstēšana, rehabilitācija.....	12
1.4.2. Invaliditātes dokumentācijas aizpildīšana.....	13
1.4.3. Konsīliju organizēšana un slēdziena došana	14
1.5. Pacientu stāvokļu iedalījums ambulatorajā aprūpē.....	15
1.6. Pacienta vajadzības un problēmas ambulatorā aprūpē.....	16
2. MATERIĀLI UN METODEDES.....	19
3. REZULTĀTI	22
3.1. Respondentu skaits un materiāla iedalījums grupās	22
3.2. Laika sadalījums	23
4. DISKUSIJA	32
SECINĀJUMI	38
LITERATŪRAS SARAKSTS	39

Kopsavilkums

Darba aktualitāte: Ambulatorās darba struktūras kvalitatīva darbība psihiatrijā ir sabiedrības garīgās veselības pamats. Šī pētījuma veikšanas iemesls ir arvien pieaugošās prasības dokumentācijas aizpildīšanai ambulatorajās praksēs, nepalielinot tam paredzēto laiku un personālu. Rezultātā, iespējams, zūd daba kvalitāte, ārsts tiek nevajadzīgi pārslogots, pietrūkst laika rekomendāciju sniegšanai.

Mērķis: Izvērtēt vizītei paredzētā laika izlietojumu, sniegt rekomendācijas psihiatra ambulatorā darba uzlabošanai.

Materiāli un metodes: Pētījums – aprakstošs, analītisks, vairāku grupu, salīdzinošs, nejaušināts. Izmantotā metode – hronometrēšana; tika uzņemts pacienta vizītes laiks pie psihiatra, noskaidrots, cik laika aizņem katra darbība. Iegūtā informācija tika apkopota un analizēta.

Rezultāti: Izvērtēts laika izlietojums 180 ambulatorās pacientu vizītēs, iedalot tās pēc mērķa.

Secinājumi:

- Lielākais ambulatoro vizīšu skaits psihiatram šajā pētījumā bija plānveida bez terapijas korekcijas 83 (66,11%) ar vidējo laiku 9,03 minūtes
- Lielāko vizītes laiku aizņēma dokumentācijas aizpildīšana visos vizīšu veidos, izņemot pirmreizēju pacientu
- Pieņemšanas laikā saruna ar pacientu un dokumentu rakstīšana lielākajā daļā vizīšu notika vienlaicīgi
- 25 vizītēs no apskatītajām tika pārsniegts tām paredzētais laiks
- Lielākais vidējais vizītes laiks bija plānveida vizītei pirms nosūtīšanas uz Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju (– 45,6 minūtes, bet mazākais – vizītei bez pieraksta, recepšu izrakstīšanai – 4,93 minūtes

Summary

The outpatient department work structure of a medic in psychiatry

Author: Laura Freimane, 6th year student of medicine, Faculty of Medicine, University of Latvia.

Thesis supervisor: Asoc. prof. Dr. Vladimirs Kuzņecovs, MD, PhD.

Topicality of the thesis: A qualitative activity of the outpatient work structure is the basis for mental health of the society. The reason for this research is still increasing requirements for documentation fulfillment in outpatient practices without adding the time and personnel for this. This eventually results in a loss of quality, the doctor is unnecessarily overloaded and there is lack of time for giving recommendations.

The aim: To evaluate the use of estimated time for an appointment, give recommendations for improving psychiatrist's outpatient work.

Materials and Methods: The study/research - descriptive, analytical, multi-group, comparative, randomized. The method used – stopwatch: the patient's visit to a psychiatrist was timed, determined how much time each of activities took. The information was collected and analyzed.

The results: evaluated usage of the time for 180 outpatient visits, by dividing them by purpose.

The conclusion:

- The largest number of outpatient visits for a psychiatrist in this study was planned, without treatment adjustments 83 (66,11%) with average time 9,03 minutes
- Most of the time of the visit was spent on fulfillment of documentation in all types of a visit, except first-time patients
- For 25 of examined visits the evaluated usage of the time was exceeded
- The average time for a visit was longer for planned appointments before sending to State Medical Commission of Health and Working Expertise - 45,6 minutes, but the shortest for appointments without recording, for prescription - 4,93 minutes

IEVADS

Uzlabojot veselības aprūpi un veicinot sabiedrības veselību, aizvien vairāk tiek domāts par ambulatoro aprūpi, tās nozīmīgumu. Latvijas Republikas Valsts kontrole ir veikusi lietderības revīziju un sagatavojusi revīzijas ziņojumu “Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama?”, kurā tiek uzsvērts ambulatorās aprūpes nozīmīgums un nepieciešamība to pilnveidot (Valsts kontrole, 2016).

Mūsu pētījumā tika apskatīts psihiatra darba laika sadalījums ambulatorajā praksē, izvērtējot vizītei paredzētā laika sadalījumu. Ārsta pienākumi ambulatorā darbā ietver slimību diagnostiku, ārstēšanu un profilaksi, izmantojot arī psihoterapijas elementus, izglītojošu darbu ar ģimeni un aprūpētājiem, medicīniskās dokumentācijas aizpildīšanu atbilstoši likumdošanai.

Akūto saslimšanu gadījumā pacientiem ir nepieciešama ātra diagnostika, efektīva ārstēšana, hronisku slimību gadījumā – uzturošā terapija un rehabilitācija, sociālo jautājumu risināšana, un visos gadījumos – ārstēšana atbilstoši labai klīniskajai praksei, spēkā esošām vadlīnijām un likumdošanai.

Iemesls šī pētījuma veikšanai ir arvien pieaugošās prasības dokumentācijas aizpildīšanai, nepalielinot tam paredzēto laiku un personālu, kā rezultātā, iespējams, zūd daba kvalitāte, ārsts tiek nevajadzīgi pārslogots, pietrūkst laika rekomendāciju sniegšanai.

Pieaugot ārsta vecumam, mazinās psihe stresa noturība, spēja veikt vairākas darbības vienlaicīgi, piemēram, sarunāties un rakstīt receptes, sniegt telefoniskas konsultācijas un aizpildīt slimības lapu. Rezultātā pieaug gan kļūdas, gan ārsta pārslodzes risks.

Ir pierādīts, ka laika menedžments, garīgai slodzei un atpūtai paredzētā laika sadalījums, kā arī iespēja konsultēties ar kompetentiem kolēģiem, ir efektīvi mediķu izdegšanas sindroma profilakses pasākumi (Morse et al., 2012).

Pētījums tika veikts, lai noskaidrotu, cik efektīvi un racionāli tiek izmantots vizītei paredzētais laiks, lai pēc tā varētu uzlabot ambulatorās aprūpes kvalitāti, palīdzot gan psihietriem, gan pacientiem un sabiedrībai kopumā. Sabiedrības interesēs ir efektīva un operatīvi pieejama psihiatriska palīdzība, kas nodrošina ātru un kvalitatīvu traucējumu ārstēšanu un profilaksi. Tas uzlabo sabiedrības drošību un arī samazina izdevumus, pacienti var ātrāk atgriezties darbā vai ierastajā dzīves ritmā.

Pētījuma mērķis: Izvērtēt vizītei paredzētā laika izlietojumu, sniegt rekomendācijas psihiatra ambulatorā darba uzlabošanai.

Pētījuma uzdevumi:

1. Izveidot pētāmo ārstu - psihiatru grupu, kura pacientu vizīšu laiks tiks pētīts
2. Uzskaitīt laiku, ko prasa katra pacienta vizīte, dokumentu aizpildīšana un izvērtēšana - pēc protokola
3. Noteikt konsultācijas mērķi
4. Salīdzināt iegūtos datus ar literatūras datiem, vadlīnijām
5. Izstrādāt rekomendācijas psihiatra ambulatorā darba uzlabošanai

1. LITERATŪRAS APSKATS

1.1. Garīgās veselības uzlabošanas nepieciešamība

Psihiskie traucējumi ir nozīmīga problēma Eiropā, katru gadu ar tiem saskaras 25% populācijas. Tas ir iemesls kādēļ Pasaules veselības organizācija garīgo veselību ir izvirzījusi kā vienu no prioritātēm (WHO Europe, 2013). Garīgās veselības veicināšana – psihisku traucējumu profilakse, savlaicīga diagnostika, ārstēšana un rehabilitācija dod nozīmīgu labumu sabiedrībai. Ieguvumi ir gan pacientiem, kam uzlabojas dzīves kvalitāte un tie var realizēt savu potenciālu sabiedrībā, gan sabiedrībai kopumā, kam rodas drošāka vide. Nozīmīga loma garīgās veselības veicināšanā ir ambulatorajai aprūpei, lai pacients varētu savlaicīgi saņemt kvalitatīvu palīdzību, bez grūtībām regulāri apmeklēt psihiatru, jo liela daļa psihisko traucējumu ir jāārstē ilgstoši, katru mēnesi vai pat biežāk, kontrolējot veselības stāvokli.

Pasaulē tiek pievērsta uzmanība garīgajai veselībai, ir veikti pētījumi, cik bieži un kādi ir psihiskās veselības traucējumi un saslimšanas. Vienā no šādiem pētījumiem tika noskaidrots, ka katrs piektais iedzīvotājs no pētāmās grupas ir piedzīvojis kādu no psihiskiem traucējumiem pēdējā gada laikā. Pētījuma instruments bija meta-analīze, kurā tika apskatītas publikācijas no 1980. gada līdz 2013. gadam un izveidots sistemātisks pārskats, kā arī papildus izmantotas anketas, ar kuru palīdzību tika aptaujātas 63 valstis (Steel et al., 2014). Šāds rezultāts rāda, ka psihiski traucējumi rodas lielai daļai sabiedrības. Lai gan psihiski traucējumi nenozīmē, ka ir psihiska saslimšana, tomēr tādi dati rāda problēmas aktualitāti un nepieciešamību tai pievērst uzmanību.

Šīs problēmas risināšanai nozīmīga loma ir ambulatorai psihiatriskajai aprūpei, psihiatra pieejamībai. Lai ambulatorā veselības aprūpe sekmīgi strādātu, ir nepieciešama arī iedzīvotāju izpratne par biežākajiem psihiskās veselības traucējumiem un iespējām tos savlaicīgi pamanīt. Latvijas psihiatri arī cenšas par to informēt sabiedrību. Kampanjas „Nenovērsies” ietvaros tika izdota grāmata “Psihiskās saslimšanas, to pazīmes, diagnostika un ārstēšanas metodes”. Kampanjas mērķis bija palīdzēt iedzīvotājiem atpazīt psihisku traucējumu pazīmes un mazināt aizspriedumus pret vēršanos pēc palīdzības psihisku traucējumu gadījumā, kā arī palīdzēt sabiedrībai labāk izprast cilvēkus, kam ir šāda problēma. Pats cilvēks, iespējams, var neapzināties savu slimību, bet lai sekmētu labāku atveseļošanās periodu, ļoti svarīgs ir gan līdzcilvēku, gan sabiedrības atbalsts. Šajā grāmatā tika aprakstīti biežākie psihiskie traucējumi: depresija, neirotiski traucējumi, somatoforma veģetatīva disfunkcija, bipolāri afektīvi traucējumi, miega traucējumi, ēšanas traucējumi, šizofrēnija un demence (Zārde, 2014). Visus šos traucējumus sekmīgi var ārstēt ambulatori, tāpēc ambulatorās psihiatriskās aprūpes efektīva darbība ir tik nozīmīga.

Garīgās veselības veicināšana Eiropā tika uzsākta jau 2005. gadā, kad Eiropas Komisija 2005. gada oktobrī publicēja Zaļo grāmatu par garīgo veselību, kurā tika minēts, kādēļ jāpievērš uzmanību šai jomai. Tika izcelti trīs iemesli:

1. Psihiskās veselības problēmas skar ceturto daļu iedzīvotāju, kā rezultātā ir augsts pašnāvību risks un sekojoši daudz nāves gadījumi
2. Psihiskās slimības rada zaudējumus ekonomikā, izglītībā, sabiedrībā. Garīgo traucējumu izmaksas Eiropas savienībā (ES) ir 3–4% no iekšzemes kopprodukta, galvenokārt darbspējas zuduma dēļ. Garīgie traucējumi ir vieni no galvenajiem agrīnas pensionēšanās un invaliditātes pensiju pieprasījumu cēloņiem
3. Aizvien vēl ir daudz aizspriedumu par psihiskiem veselības traucējumiem, kā rezultātā pastāv diskriminēšana, stigmatizācija

Par vienu no biežākajām problēmām tiek atzīta depresija. Tiek prognozēts, ka 2020. gadā depresijas izplatība attīstītajās valstīs palielināsies. Ievērojams ir fakts, kas šajā grāmatā ir uzsvērts, ka ES ik gadu aptuveni 58 000 cilvēku iet bojā izdarot pašnāvību, kas ir nozīmīgs skaits un liels zaudējums (ES Zaļā grāmata, 2005). Īpaši jāatceras, ka pašnāvība skar ne tikai cilvēku, kas ir gājis bojā, bet arī apkārtējos, kas ir zaudējuši tuvinieku. Tas var sekmēt vainas apziņas, depresijas un atkarību attīstību, tāpēc var secināt, ka no pašnāvības cietušo skaits ir daudz lielāks par minēto.

2008. gadā tika izdots Eiropas pakts par garīgo veselību un labklājību. Tā mērķis ir atbalstīt ES valstis un citus dalībniekus labas prakses veicināšanā šajā jomā. Tika ieteikti virzieni par kuriem būtu jā rūpējas, lai sekmētu garīgo veselību un labklājību, jo daudzu valstu apzināšanas rezultātā tika noskaidrots, ka ES pieaug garīgo traucējumu apjoms. Tika aprēķināts, ka pašlaik aptuveni 50 miljoni pilsoņu (apmēram 11% no kopējā iedzīvotāju skaita) cieš no garīgiem traucējumiem ar dažādiem simptomiem un dažādām izpausmēm. Daudzās ES dalībvalstīs depresija ir visizplatītākā veselības problēma. Tika aicināts rīkoties piecās prioritāšu jomās: depresijas un pašnāvību profilakse, bērnu un jauniešu garīgā veselība un labklājība, garīgā veselība darbavietā, vecāku cilvēku garīgā veselība, stigmas un sociālās atstumtības novēršana (WHO Europe, 2008).

Latvijā 2011. gadā tika izdotas veselības ministrijas vadlīnijas pašvaldībām veselības veicināšanā, kurās tika minēta arī garīgā veselības aprūpe. Galvenie ieteikumi garīgās veselības veicināšanā bija, ka jāpievērš uzmanību dažādām sabiedrības grupām. Viena no tām arī bija veci cilvēki, kuriem rodas dažāda rakstura problēmas, piemēram, vientulība, darbspējas zudums un citas problēmas, kas var novest pie garīgiem veselības traucējumiem, kuri jāārstē ambulatori, ņemot vērā katra cilvēka individuālās vajadzības (Kukliča u.c., 2011).

2013. gadā ES sastādīja rīcības programmu garīgajai veselībai un labklājībai, lai izstrādātu instrumentus, kas palīdzētu dalībvalstīm uzlabot profilakses, diagnostikas un psihisko traucējumu ārstēšanas apstākļus. Rīcības programmā tika ņemts vērā, ka Eiropā biežākie psihiskie traucējumi un saslimšanas, kas izraisa darba nespēju, ir depresija, trauksme un šizofrēnija. Tajā minēts, ka ikvienam ir tiesības uz garīgo veselību dzīves laikā, īpaši tiem, kas ir riska grupā. Jāievēro, ka cilvēkiem ar garīgās veselības problēmām ir visas cilvēktiesības. Garīgajai veselības aprūpei ir jābūt pieejamai atbilstoši sabiedrības vajadzībām, kā arī jābūt kvalitatīvai, drošai un efektīvai. Garīgās veselības aprūpes speciālistiem jāsadarbojas ar citu nozaru profesionāļiem. Valstī ir jāveicina laba izglītība šajā veselības aprūpes jomā (WHO Europe, 2013).

Noslēguma konference notika Briselē 2016. gada 21.–22. janvārī, kurā tika minēts, ka puse no pacientiem ar psihiskās veselības traucējumiem un saslimšanām Eiropā nesaņem uz pierādījumiem balstītu ārstēšanu. Tika rekomendēti pasākumi, kas Eiropas valstīm palīdzētu sasniegt labāku garīgo veselību – valdībai jāatzīst garīgo veselību kā prioritāti, nepieciešams veicināt tās pieejamību visiem, kam tas nepieciešams, uzlabot primāro veselības aprūpi.

Pamatojoties uz Eiropas garīgās veselības rīcības programmu, ambulatorajai garīgās veselības aprūpei ir nozīmīga loma plānu un ieteikumu īstenošanā.

1.2. Ambulatorā darba struktūra psihiatrijā

Latvijā ir spēkā Psihiatriskās palīdzības likums, uz kura ir arī balstīta ambulatorā darba struktūra psihiatrijā. Šī likuma otrajā pantā ir minēts, ka psihiatriskā palīdzība ir specializēts veselības aprūpes veids, kas ietver personas (pacienta) psihiskās veselības izmeklēšanu atbilstoši indikācijām, psihisko traucējumu (psihiskās slimības, psihiskie traucējumi, personības un uzvedības traucējumi) diagnostiku, ārstēšanu, kā arī attiecīgās personas aprūpi un rehabilitāciju (Psihiatriskās palīdzības likums, 2. pants). Persona var ārstēties labprātīgi vai arī var tikt noteikta aktīvā ambulatoriskā psihiatriskā aprūpe un uzraudzība, ko var noteikt pacientam, kuram ir ilgstoši, hroniski psihiski traucējumi vai psihiska saslimšana, kura norit nelabvēlīgi, ar nestabilu, īslaicīgu uzlabošanos vai bez tās, kā arī, ja saslimšanas izpausmes ir smagas, ar biežiem saasinājumiem un sociālu dezadaptāciju. Par aktīvas ambulatoriskas psihiatriskās aprūpes vai uzraudzības noteikšanu, kā arī uzraudzības pārtraukšanu, lemj psihiatrs. Ja nepieciešams, var sasaukt psihiatru konsiliju (Psihiatriskās palīdzības likums, 22. pants).

Psihiatra viens no galvenajiem instrumentiem darbā ir saruna ar pacientu un pacienta uzvedības un izteikumu analīze. Grāmatā „Rekomendācijas psihiatrisko pacientu terapijā”, ko

sarakstījuši praktizējoši psihiatri, ir garš saraksts, kam jāpievērš uzmanība, uzsākot psihisko traucējumu diagnostiku un ārstēšanu. Sarakstā ir uzskaitīts, ka ir nepieciešams pilnīgi izvērtēt pacienta psihisko stāvokli, kas sastāv no sekojošām traucējumu grupām – apziņa, orientācija (dezorientācija), kontakts ar pacientu, uzvedība, pacienta ārējais izskats, uzvedība sarunas laikā, attieksme pret sarunu, pacienta sūdzības apskates laikā, šo sūdzību attīstība, uztveres traucējumi, domāšanas traucējumi, pārvērtēšanas un murgu idejas, emociju sfēra un garastāvoklis, gribas-kustību sfēra, pacienta intereses, uzmanība, atmiņa, intelekts, spriešanas spējas, spēja zināšanas izmantot sadzīvē, nodomi, kā ārstēties, risināt sadzīves problēma. Garīgās atpalcības un demences gadījumā – rēķināšana, rakstība, pārnestā nozīme, aktuāli jautājumi sabiedrībā un vispārējo zināšanu apjoms, pacienta personība (Tērauds u.c., 2013).

Lai to visu pēc iespējas precīzāk noskaidrotu, ir vajadzīgs laiks un psihiatra nedalīta uzmanība pacientam. Tāpēc pirmreizējai pacienta apskatei Latvijā tiek dots par 15 minūtēm vairāk nekā atkārtotai pacienta vizītei, tas ir 30 minūtes, bet atkārtotai tikai 15 minūtes. Tomēr, ja apskata šo ārstu profesionāļu iepriekš minēto sarakstu, pacienta traucējumi ir ne tikai precīzi jādiagnosticē pirmās vizītes laikā, tie ir arī jāārstē, un ārstēšanas rezultāts atkārtotā vizītē ir jānovērtē ar tieši tādu pašu metodi, pievēršot uzmanību tām pašām traucējumu grupām. Izvēloties ārstēšanu, to rūpīgi jāizskaidro pacientam. Ir situācijas, kad ārstēšanas procesā ir jāiesaista arī pacienta piederīgie un viņiem ir jāskaidro slimības būtība un ārstēšanas iespējas. To arī paredz profesijas standarts. Līdz ar to rodas jautājums, kādēļ laiks atkārtotai vizītei tiek saīsināts un vai tā nav nepareiza ambulatorās darba struktūras uzbūve.

2013. gada Latvijas Ministru kabineta rīkojumā par iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošanas plānu minēts, ka informācijas analīze par situāciju Latvijā garīgās veselības aprūpes jomā liecina, ka psihisko saslimšanu incidences rādītājam kopš 2007. gada ir tendence pieaugt, bet 2009. un 2010.gadā kāpums bijis īpaši straujš. Turklāt vislielākais saslimstības pieaugums (par 38%) ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem 2009. un 2010.gadā bija vecuma grupā, kas ietver personas, kas ir 70 gadu vecas un vecākas. Līdz ar sabiedrības novecošanos, gados vecu psihiatrijas pacientu veselības aprūpes jautājums kļūst arvien aktuālāks. Hospitalizāciju skaita pieaugums sakarā ar psihiatriskām saslimšanām (neieskaitot psihiskus un uzvedības traucējumus psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ (F10-F19 grupas diagnozes)), kas 2010.gadā, salīdzinot ar 2009.gadu, palielinājies par 11,5%, bet 2011.gadā, salīdzinot ar 2010.gadu, par 8,9%, liecina par ambulatoro garīgās veselības aprūpes pakalpojumu nepietiekamību (Ministru kabinets, 2013). No tā var secināt, ka ambulatoro veselības aprūpi būtu jāuzlabo, noskaidrojot, kas ir galvenās problēmas. Kopš Eiropas garīgās veselības un labklājības pakta 2008. gadā, Latvijā situācija nav uzlabojusies, bet ir pasliktinājusies, kā minēts jau iepriekš.

Daudzi speciālisti, kas strādā maksas medicīnā, atkārtotai vizītei atvēl nevis 15 minūtes, bet vismaz 30 minūtes. Rodas jautājums, kādi ir šādas prakses motīvi – kāpēc ārsti izvēlas pacientiem veltīt vairāk laika, vai tikai tāpēc, ka pacients tad “vairāk maksā”, vai tomēr arī tāpēc, ka šis laiks ārstam ir nepieciešams, lai kvalitatīvi izvērtētu pacienta stāvokli dinamiskā.

Noskaidrojot pacienta sūdzības, tās ir arī jādokumentē, lai nākošās vizītes laikā būtu vieglāk redzēt ārstēšanas rezultātu, kā arī, ja pacients griežas pie cita speciālista, viņam, lasot ierakstu, būtu skaidrība par pacienta veselības stāvokli. Jo ir iespējama arī situācija, ka pacients nevar tikt pie tā ārsta, pie kura bijis iepriekšējā reizē – šim ārstam var būt pilns pieraksts uz mēnesi (ja pacients nav pierakstījies savlaicīgi), vai arī ārsts var būt slims vai atvaļinājumā. Tāpēc dokumentācijā pēc iespējas precīzāk un izsmeļošāk jāapraksta pašreizējie pacienta slimības simptomi, lai otrs speciālists varētu izvērtēt slimības gaitu – uzlabojumu vai pasliktināšanos.

1.3. Psihiatra loma ambulatorā aprūpē

Lai uzlabotu garīgās veselības aprūpi, ir svarīgi zināt, kas ir galvenie faktori, kas to ietekmē. Viens no svarīgākajiem punktiem par ko jādomā, ir ārsta psihiatra darba kvalitāte, kas ir atkarīga no ārsta kvalifikācijas, vietas, kur viņš strādā un pienākumu daudzuma, kas viņam jāveic, pacienta vizītei paredzētā laika, pacientu skaita vienas pieņemšanas laikā.

Būtu jādomā, vai ārstam nebūtu jādomā vairāk laika vizītei, nekā tas ir paredzēts pašreiz. Pieaugot prasībām dokumentācijas aizpildīšanā, ārsta darba apjoms palielinās, kas var būt risks izdegšanas sindromam, kura rezultātā psihiatrs vairs nespēj veikt savu darbu ar pilnu atdevi. Izdegšanas sindroms ir ar darbu saistīti garīgās veselības traucējumi, kas izpaužas kā emocionāls un fizisks izsīkums, kas ietekmē darba spējas, kā arī darbinieka personību. Lai to novērstu, ir jāsamazina darba apjoms, tādā veidā pasargājot no pārslodzes (Awa et al., 2010). Ja nekas netiek darīts un darba apjoms tikai palielinās, cilvēks vairs nevar strādāt tik produktīvi kā to darījis iepriekš. No tā tad cieš ne tikai ārsts, bet arī pacients.

Lietuvā tika veikts pētījums par izdegšanas sindromu personām, kas strādā garīgās veselības aprūpes jomā – psihiatriem, psihologiem, medicīnas māsām un sociālajiem darbiniekiem. Tajā tika noskaidrots, ka izdegšanas sindroma attīstībā nav būtiskas nozīmes dzimumam, bet nozīmīgs faktors ir darba organizācijai. Tika noskaidrots, ka emocionāls izsīkums rodas visās pētāmajās grupās, no kā secināts, ka garīgās veselības aprūpes speciālisti ir riska grupa izdegšanas sindromam (Endriulaitienė et al., 2016). Arī profesijas aprakstā ir minēts, ka psihiatra darbā ir liela atbildība un psiholoģiskā slodze, kas var radīt izdegšanas sindromu. Lai no tā izvairītos, psihiatram būtu regulāri jāpiedalās speciālās sanāksmēs –

supervīzijās, kurās pieredzējušu speciālistu vadībā tiek risinātas dažādas problemātiskas darba situācijas (Profesiju apraksta katalogs).

2008. gada paktā par Eiropas garīgo veselību un labklājību ir minēts, ka jāveicina garīgā veselība darbavietas ietvaros, kas nozīmē, ka jāuzlabo darba organizācijas un vadības praksi, lai veicinātu garīgo labklājību darbā. Tam vajadzētu attiekties arī uz garīgās veselības aprūpē strādājošajiem. Arī šiem cilvēkiem var attīstīties garīga rakstura veselības traucējumi, sakarā ar pieaugošām prasībām darba vietā vai nepiemērotu darba vidi. Par galvenajām papildus problēmām izdegšanas sindroma gadījumā tiek minētas depresija, trauksme, miega traucējumi, atmiņas traucējumi, kakla un muguras sāpes, paaugstināta alkohola patēriņa risks (Morse et al., 2012). Starp pētījumos iegūtajiem datiem īpaša nozīme ir atklājumam, ka izdegšanas sindroma gadījumā speciālistiem var pasliktināties atmiņa, jo tas ir būtisks instruments psihiatra darbā. Ārstam ir jāatceras (vismaz daļēji) savi pacienti, lai rastos labāka komunikācija, kā arī atmiņa ir svarīga, apgūstot jaunas ārstēšanas iespējas, kas palīdz ārstam celt savu kvalifikāciju, rezultātā panākot ātrāku pacienta veselības stāvokļa uzlabošanos. Tāpēc tik nozīmīga ir izdegšanas sindroma novēršana garīgās veselības aprūpē strādājošiem.

1.4. Galvenie ārsta psihiatra darba pienākumi ambulatorajā aprūpē

1.4.1. Profilakse, diagnostika, ārstēšana, rehabilitācija

Galvenos ārsta psihiatra darba pienākumus ambulatorajā aprūpē nosaka Latvijas valsts psihiatriskās palīdzības likums. Šī likuma 4. pantā, aprakstot psihiatriskās palīdzības principus, ir minēts: „Atbilstības princips — psihisko traucējumu diagnostika, ārstēšana un pacienta rehabilitācija atbilstoši pacienta īpašajam stāvoklim un slimības pakāpei, nodrošinot pacientam iespēju saglabāt ierasto vidi un hospitalizējot viņu tikai tādā gadījumā, ja tas ir īpaši nepieciešams” (Psihiatriskās palīdzības likums, 4. pants). Šis likumā noteiktais princips norāda uz to, ka ambulatorai garīgai aprūpei ir galvenā loma, jo skaidri ir minēts, ka hospitalizācija būtu jāveic tikai tad, kad tas ir īpaši nepieciešams.

Ir situācijas, kad, uzsākot medikamentu lietošanu, pacienta veselības stāvoklis sākotnēji ir jākontrolē jau pēc nedēļas, nepieciešamības gadījumā mainot medikamentu un atkal vērtējot situāciju vēl pēc dažām dienām. Daudziem pacientiem paiet pat mēneši, pirms tiek atrasts piemērots medikaments efektīvā devā (National Institute of Mental Health, 2008).

Ārstēšanas procesā nozīmīga loma ir ambulatorās aprūpes sadarbībai ar stacionāro aprūpi, jo pacientam var tikt nozīmēti pareizi medikamenti, bet var trūkt līdzestības, kā rezultātā patients nonāk stacionārā. Svarīga ir sadarbība ar ģimenes ārstiem, kas var izrakstīt receptes hroniskiem pacientiem ar psihiskām saslimšanām, bet šo sadarbību un iespēju traucē tas, ka arī

ģimenes ārstiem ir maz laika un daudz pacientu, tomēr daļa ģimenes ārstu veiksmīgi iesaistās psihiatrisko pacientu ārstēšanā (Ričika, 2008).

1.4.2. Invaliditātes dokumentācijas aizpildīšana

Liela daļa pacientu, kuriem ir garīgās veselības problēmas, nav spējīgi strādāt, kā rezultātā Latvijas valsts šīm personām piešķir invaliditātes pabalstu. Pacienta novērtējums, ir jāsniedz ārstējošam ārstam pēc likuma. Ir jāaizpilda dokumentācija atbilstoši prasībām, kas aizņem daudz laika. Ārstējošā ārsta pienākumos pēc likuma ietilpst arī šis pants: „Pamatojoties uz Valsts komisijas un personas ar prognozējamu invaliditāti ārstniecības procesā iesaistīto speciālistu ieteikumiem, laikus izstrādāt individuālo rehabilitācijas plānu personai ar prognozējamu invaliditāti un kontrolēt tā izpildi; pēc individuālajā rehabilitācijas plānā personai ar prognozējamu invaliditāti noteikto pasākumu īstenošanas, ja nepieciešams, nosūtīt personu uz atkārtotu invaliditātes ekspertīzi” (Invaliditātes likums, 10. pants).

Psihiatram, nosūtot pacientu uz veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju, jā sagatavo apraksts par pacientu, kurā iekļautas sekojošas sadaļas – diagnoze, blakusdiagnozes, veselības traucējumu apraksts, ieskaitot anamnēzi, veikto ārstēšanu, tās rezultātus, kā arī paredzamo ārstēšanu un prognozi, ja tāda iespējama, izmeklējumi un konsultantu atzinumi, kas pamato minētās diagnozes, fizikālās/psihiskās izmeklēšanas dati, ķermeņa funkciju traucējumu un aktivitāšu ierobežojuma novērtējums (VDEĀK, 2015). Ja apskata šo sarakstu, kas ārstam jāiesniedz, tad var secināt, ka, lai to iesniegtu, ir jāizanalizē pacienta slimība, jāiedziļinās konkrētajā pacienta ambulatorajā kartiņā, jāapskata izraksti no slimnīcas, kā arī ir jārunā vēlreiz ar pašu pacientu. No tā var secināt, ka tas ir laikietilpīgs process, ko ambulatori strādājošs psihiatrs nevar izdarīt savas pieņemšanas laikā. Lai visu varētu precīzi sarakstīt, tas ir jā dara ārpus pieņemšanas laika. Ņemot vērā, ka ārstam psihiatram, ambulatori strādājot, ir daudz pacientu, un lielākai daļai slimības dēļ ir darba nespēja, tad ar šo dokumentācijas aizpildīšanu nākas saskarties vairāk nekā citu specialitāšu ārstiem, izņemot ģimenes ārstus. Arī invaliditāte pacientam ne vienmēr tiek piešķirta uz visu mūžu, bet uz periodu no 6 mēnešiem līdz 5 gadiem pieaugušajam, bet bērnam, kurš nav sasniedzis 18 gadu vecumu, līdz tā sasniegšanas dienai. Bez atkārtota ekspertīzes termiņa, invaliditāti uz mūžu nosaka tikai retos gadījumos (VDEĀK, 2015). Jo ilgāks ir pacienta slimības ilgums un jo vairāk blakusdiagnožu pacientam ir, jo ilgāks laiks psihiatram jāpatērē, lai aizpildītu prasīto dokumentāciju.

1.4.3. Konsiliju organizēšana un slēdziena došana

Psihiatriem ambulatorā darba ietvaros ir arī jāpiedalās konsīlijos. Konsīlijs ir ne mazāk kā trīs ārstu apspriede, lai noteiktu diagnozi un turpmāko ārstēšanas taktiku (Ārstniecības likums, 1. pants). Gadījumi, kad ir nepieciešamība sasaukt psihiatru konsīliju:

- Ja pacientu ievieto psihiatriskajā stacionārā pret viņa gribu, psihiatru konsīlijs 72 stundu laikā izmeklē pacientu un pieņem lēmumu par turpmāko ārstēšanu (Psihiatriskās palīdzības likums, 19. pants).
- Ambulatoriskas psihiatriskās aprūpes vai uzraudzības noteikšanu var veikt psihiatrs, bet var būt nepieciešamība konsīlija atzinums (Psihiatriskās palīdzības likums, 22. pants).
- Nepieciešamības turpināt vai pārtraukt piespiedu ārstēšanu gadījumā, tiek sasaukts psihiatru konsīlijs, ne vēlāk kā septiņas dienas pirms tiesneša lēmumā noteiktā termiņa beigām, psihiatru konsīlijs atkārtoti izmeklē pacientu un izsaka savu viedokli (Ārstniecības likums, 68. pants).
- Konsīlijs var tikt sasaukts arī tādos gadījumos, ja ir neskaidra diagnoze.
- Ilgstošas darba nespējas gadījumos.
- Ja pacients ir grūtniece un jāprecizē turpmākā ārstēšana.
- Nosakot kontraindikācijas mašīnas vadīšanai, ieroča nēsāšanai.
- Izskatot pacientu sūdzības.

Ja tiek sasaukts konsīlijs, nepieciešams tā laikā gan uzklaut iesaistītās personas, gan konsīlija ārstiem apspriesties savā starpā un pieņemt atbilstošu lēmumu, kas nāktu par labu pacientam. Konsīlija atzinums arī jāuzraksta, tas prasa daļu laika no psihiatra darba laika un ir viena no dokumentācijām, kas jāaizpilda darba ietvaros.

Psihiatram var būt arī situācija, kad jāpiedalās tiesā, jo Latvijas ārstniecības likuma 68. pantā ir teikts: „Izskatot materiālus, tiesnesis uzklaut psihiatru konsīlija pārstāvi, pacienta pārstāvi vai advokātu, pacientu (ja tas ir iespējams), kā arī prokuroru un pieņem lēmumu uz laiku līdz diviem mēnešiem apstiprināt psihiatru konsīlija lēmumu par psihiatriskās palīdzības sniegšanu vai par atteikumu apstiprināt psihiatru konsīlija lēmumu.” (Ārstniecības likums, 68. pants). Ir situācijas, kad psihiatram ir jābrauc uz tiesu, neskatoties uz to, ka tiesa ir neilgi pēc pieņemšanas, netiek arī ierēķināts laiks, ko psihiatrs pavada ceļā uz tiesu, apmaksāta tiek tikai piedalīšanās tiesā, kur pārsvarā tiek nolāsīts konsīlija lēmums. Tomēr tiesu nav jāpemeklē jebkuram ambulatoram psihiatram, bet tikai tiem, kam ir tiesu eksperta sertifikāts. Mēdz sakrist, ka eksperts ir arī ambulatori strādājošs psihiatrs (Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs).

1.5. Pacientu stāvokļu iedalījums ambulatorajā aprūpē

Ambulatorajā veselības aprūpē ārsts psihiatrs sastopas ar vairākiem pacientu veselības stāvokļiem, sākot ar akūtu stāvokli un beidzot ar pacientu, kas jūtas labi un kuram nepieciešamas tikai medikamentu receptes.

Akūts pacienta veselības stāvoklis prasa psihiatram rūpīgi izvērtēt slimības simptomus, noteikt iespējamo iemeslu un diagnozi, ja tas iespējams, izskaidrot to pacientam vai viņa pārstāvim, un izvēlēties tālāko taktiku: vai nu mēģināt atrisināt radušos problēmu ambulatori, vai ar pacienta piekrišanu nolemt nosūtīt pacientu uz stacionāru. Ja pacients rada draudus sev vai apkārtējiem, jālemj par piespiedu ārstēšanu stacionārā. Iespējamie akūtie ar garīgo veselību saistītie stāvokļi, ar kuriem pacients ierodas pie psihiatra – agresija, kādas psihiskas saslimšanas paasinājuma dēļ; suicidālas domas ar reāliem plāniem vai mēģinājumiem; pacients neatzīst savu garīgo saslimšanu, kā rezultātā veselības stāvoklis pasliktinās; problēmas ar diagnostiku (New South Wales Ministry of Health, 2015).

Akūtas ar pacientu saistītas problēmas var rasties ne tikai pašas slimības dēļ, bet arī medikamentu dēļ, kas lietoti tās ārstēšanai. Medikamentu izraisītās blaknes, kas var radīt neatliekamu situāciju garīgās veselības aprūpē, piemēram, lietojot neiroleptiskos līdzekļus, var radīt vairākas blakusparādības – ekstrapiramidālie traucējumi, reibonis, miegainība, depresija, vājums, eiforija, ortostatiska hipotensija, tahikardija, aritmijas, antiholīnērgiskas blakusparādības (Biksone, 2008). Ne visas blakusparādības rada akūtu situāciju, bet, apskatot pacientu, ir jāņem vērā visas iespējas, piemēram, pacientam var attīstīties ļaundabīgais neiroleptiskais sindroms, kurš izpaužas ar akūtiem termoregulācijas traucējumiem, veģetatīvām reakcijām, muskuļu stīvumu, aptumšotu apziņu (Biksone, 2008). Tādu stāvokli būtu jāpamana ārstam. Šāds pacients var nokļūt arī pie citu speciālistu ārstiem, ne tikai psihiatra, tāpēc tik svarīga ir dažādu speciālistu sadarbība savā starpā.

Ja psihiatrs pieņem lēmumu ārstēt pacientu ambulatori vai pacients atsakās ārstēties stacionārā pat tad, ja to ir rekomendējis ārsts, ir jānozīmē atkārtota vizīte pēc iespējas ātrāk atbilstoši situācijai, lai varētu lemt par tālāku ārstēšanu un novērtēt sniegtās ārstēšanas rezultātus, un ja nepieciešams, mainītu terapiju. Jāizskaidro pacientam vai viņa pārstāvim, ko darīt, ja stāvoklis pasliktinās, pastāstīt, ka vienmēr ir iespēja izsaukt neatliekamo medicīnisko palīdzību.

Ir pacienti ar psihisku saslimšanu, kam ir nepieciešama terapijas korekcija vai veselības stāvokļa kontrole. Tie ir pacienti ar depresiju, pacienti ar hronisku saslimšanu, kuriem ir slimības paasinājums, vai radušās medikamentozas blakusparādības, kas nav akūtas, bet traucē dzīves kvalitāti.

Pacienti ar psihisku saslimšanu, kam nav nepieciešama terapijas korekcija, ambulatori apmeklē psihiatru, lai saņemtu nepieciešamo medikamentu recepti, jo piemērots medikaments un tā deva jau ir atrasta.

Pirmreizējs pacients ir pacients, kurš griežas pie psihiatra pirmo reizi pēc paša iniciatīvas vai ar kāda speciālista nosūtījumu. Psihiatram, tā pat kā citu specialitāšu ārstiem, redzot pacientu pirmo reizi, ir rūpīgi jāievāc slimības anamnēze, jo svarīgi ir zināt arī blakusslimības, jo tās var būt par iemeslu pacienta psihiskā stāvokļa nestabilitātei. Tā pat arī, psihiatram izrakstot medikamentus, jādomā, vai šie medikamenti neietekmēs citas pacienta veselības problēmas.

1.6. Pacienta vajadzības un problēmas ambulatorā aprūpē

Daudzi pacienti psihiatru neapmeklē, jo baidās no diskriminācijas, stigmatizācijas, vai arī ir saņēmuši negatīvu pieredzi garīgās veselības aprūpē (WHO, 2013). Negatīva pieredze nenozīmē tikai ārsta speciālista nekompetenci, bet problēmu var arī radīt garas rindas, īss paredzētais laiks vizītei, kurā pacients nevar paspēt pateikt un pajautāt visu sev svarīgo informāciju, kā arī vēlamā speciālista nepieejamība konkrētajā brīdī.

Pacienti ar psihiskiem traucējumiem un saslimšanām ir pacientu grupa, kam īpaši nepieciešama sapratne un komunikācija ar ārstu. Veselības ministrijas un Slimību profilakses un kontroles centra organizētās kampaņas „Nenovērsies!” ietvaros tika izdots materiāls: „Padomi saskarsmē, komunikācijā un sadzīvē ar cilvēkiem ar dažādām psihiskām saslimšanām”, ko sagatavoja ārsts psihiatrs, kurā šīs vajadzības tika uzskaitītas. Tas attiecas gan uz sabiedrību, gan uz ambulatoro aprūpi, no kuras pacients sagaida atbalstu un veselības problēmu veiksmīgu risināšanu. Par vienu no galvenajām vajadzībām tika minēta drošības sajūta, jo lielai daļai šo cilvēku ir raksturīga trauksme, sajūta, ka jebkurā brīdī var notikt kaut kas slikts. Cilvēki ar garīgām slimībām baidās ne tikai par savu fizisko drošību, bet arī par to, ka tiks kritizēti, nosodīti, izsmieti, atstumti un nepieņemti (Zārde, 2015). Psihiatram jāpievērš īpaša uzmanība šai vajadzībai, lai pacientam neradītu diskomfortu, kā arī sargātu savu personīgo drošību, jo, ja ārsts visu laiku kaut ko tikai pieraksta un maz paskaidro pacientam, pacients, kas slimo, piemēram, ar šizofrēniju, var nodomāt, ka ārsts viņu apdraud, un var rasties ārsta veselībai bīstama situācija.

Pacientiem ir arī vajadzīga sajūta, ka viņus pieņem, saprot un nenosoda – šīs ir kā pamatvajadzības, jo veiksmīga komunikācija ir sākums labai terapijai. Ārstam ir jāpanāk pacienta uzticība, lai viņš varētu nebaidīties atklāt savus iekšējos pārdzīvojumus. Tas ir viens no galvenajiem veiksmīgas diagnostikas pamatiem – jāpanāk situācija, kurā pacients atklāti

stāsta, ko domā, redz vai dzird. Īpaši svarīgi tas ir šizofrēnijas pacientiem, kuri slimības dēļ dzird balsis, kas var arī pacientam likt neko neteikt ārstam, savukārt ārstam ir to svarīgi zināt. To, ka pacients dzird balsis, var noteikt arī pēc pacienta izturēšanās, viņš skatās apkārt, ieklausās, sarunas vidū min ar sarunu nesaistītas frāzes. Ja ārsts šajā laikā aizpilda dokumentāciju un tādā veidā pacientam rodas nedrošības sajūta, pacients var nepateikt, ka dzird balsis un ārsts var neredzēt objektīvās pazīmes, jo nevar pacientam pievērst nedalītu uzmanību. Tas savukārt var radīt nepietiekošu ārstēšanu, pacients var kļūt bīstams sabiedrībai kā rezultātā var akūti nonākt stacionārā. Tāpēc, pēc manām domām, ir tik svarīgi, ka ambulatorajā garīgās veselības aprūpē būtu paredzēts veltīt pietiekoši daudz laika sarunai ar pacientu. Tas ir visas sabiedrības, ne tikai konkrētā pacienta interesēs.

Problēmas ambulatorās aprūpes kvalitātei rada arī ārstu atalgojuma sistēmas balkusefekti. Uz vienu ambulatorā aprūpē strādājošu psihiatru parasti ir liels skaits pacientu cita starpā arī tāpēc, lai ārsts varētu nopelnīt minimālo atalgojumu, jo par katru atsevišķo pacienta vizīti samaksa ir pārāk maza. Tas palielina to psihiatru skaitu, kas izvēlas strādāt maksas veselības aprūpē, kur var saņemt labāku atalgojumu un veltīt vairāk laika pacientam. Tomēr ne visiem valsts iedzīvotājiem šie speciālisti ir pieejami, jo viņu pakalpojumus valsts neapmaksā, bet paši pacienti to nevar atļauties, jo nespēj strādāt un saņemt invaliditātes pabalstu. Rezultātā samazinās speciālistu skaits, kas stādā valsts ambulatorajā aprūpē, un līdz ar to pagarinās rindas pie valsts apmaksātiem psihietriem.

Pacienta negatīva pieredze apmeklējot psihiatru var traucēt turpmākai ārstēšanai, kas arī ir minēts Pasaules veselības organizācijas rīcības plānā (WHO Europe, 2013). Šis rīcības plāns tika uzrakstīts, lai tajā minētā informācija tiktu ņemta vērā un, balstoties uz to, tiktu uzlabota garīgā veselības aprūpe. Latvijā šī negatīvā pieredze ir viegli iegūstama, jo pacients, atnākot pie psihiatra atkārtoti, var vēlēties garāku sarunu, un pacients nezina, ka viņam tiks veltītas tikai 15 minūtes. Šāda informācija pacientiem nav viegli pieejama, to var tikai nojaust, piemēram, pēc tā, kā notiek pieraksts – redzot, ka piedāvātais laiks ir ik pa 15 minūtēm. Ņemot vērā, ka pirmajā vizītē paredzētais laiks bija 30 minūtes, pacients, nezinot reālo situāciju, var kļūdaini pieņemt, ka atkārtotas vizītes laikā ārsts vairs nav ieinteresēts veltīt viņam pienācīgu uzmanību. Pacients var negribēt vairs ārstēties, “apgrūtināt ārstu, kam tāpat nav laika”, līdz slimība progresē un pacients nonāk stacionārā. Par to arī liecina hospitalizāciju skaita pieaugums sakarā ar psihiatriskām saslimšanām (neieskaitot psihiskus un uzvedības traucējumus psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ (F10-F19 grupas diagnozes)), kas 2010. gadā, salīdzinot ar 2009. gadu, palielinājies par 11,5 %, bet 2011. gadā, salīdzinot ar 2010. gadu, par 8,9 % (Ministru kabinets, 2013).

Ambulatorās psihiatrijas darba struktūras uzbūves detaļu apraksta nepieejamība publiskai apskatei var pacientam radīt šo nepareizo viedokli par psihiatra attieksmi pret pacientu. Liela problēma ir arī tas, ka ārstam vizītes laikā ir jāaizpilda dokumentācija atbilstoši prasībām. Rezultātā var iznākt, ka vizītes laikā vienlaicīgi ir jāraksta un jāuzklausā pacients, kā rezultātā pacientam netiek veltīta nedalīta uzmanība. Tieši psihiatra un pacienta komunikācijai ir nozīmīga loma veiksmīgam terapijas iznākumam – to atzīst psihiatrijā strādājošie ārsti, kas veikuši literatūras izpēti, iesakot piecus principus, kam būtu jāpievērš uzmanība komunikācijā ar pacientu, kam ir garīgas veselības problēmas. Šajos principos ir uzsvērts, ka jāpievērš uzmanība pacienta sūdzībām un viņa vēlmēm; jāciens pacienta personība, ļaujot izteikt savas domas un jūtas nebaidoties no nosodījuma; iesaistīt pacientu lēmuma pieņemšanā – tas nozīmē uzklaut arī viņa domas par nozīmēto ārstēšanu; jābūt atklātam; būtu vēlams izmantot arī psiholoģisku pieeju. Ievērojot šos principus, iegūst uz pacientu centrētu ārstēšanas modeli, kas veicina labāku pacienta dzīves kvalitātes attīstību (Priebe, et al., 2011). Ieteikumi ir labi, bet Latvijā, valsts apmaksātā 15 minūšu vizītē, tie ir ļoti grūti realizējami. Pat neņemot vērā visus ieteikumus, nepietiek laika, jo ir jāuzklausā pacienta sūdzības, jāizskaidro iespējamā ārstēšana, jāsaraksta receptes, un neatliek laika, lai uzklautu pacienta domas par terapiju vai lai izmantotu psiholoģiskās pieejas metodes. Varētu likties, ka psihiatrs pacienta ambulatoro karti var aizpildīt pēc pieņemšanas, tomēr, ņemot vērā to, ka vienas pieņemšanas laikā ir liels skaits pacientu, tad par visiem visu nevar atcerēties, līdz ar to vizītes laikā tomēr ir jāpieraksta, kādi medikamenti tiek izrakstīti, un tas jādara uzreiz, lai nerastos neprecizitātes un kļūdas. Līdz ar to arī tas nebūtu risinājums, pat ja ārsts ļoti gribētu pacientam veltīt vairāk laika. Vienīgā iespēja, kā var pagarināt pieņemšanu, ir samazināt vizītes laiku citam pacientam, kam situācija nav tik akūta. Ja tiek pagarināta pieņemšana, tās laiku neapmaksā, un citiem pacientiem nākas gaidīt savu pieraksta laiku, līdz aiz ārsta kabineta durvīm veidojas rinda. Būtu arī jāatceras, ka šajā gadījumā visi pacienti, kas gaida savu vizītes laiku, ir ar dažāda veida garīga rakstura traucējumiem, kā rezultātā viegli var rasties konfliktsituācijas.

2. MATERIĀLI UN METODES

Pētījums – aprakstošs, analītisks, vairāku grupu, salīdzinošs. Nejaušināts – tika uzrunāti visi psihiatri, kas strādāja divās ambulatorās psihiatriskās iestādēs. Vizītes tika iekļautas pētījumā pēc kārtas, bez izlases. Šajās iestādēs vizītes notiek pēc iepriekšēja pieraksta vai pēc pacienta lūguma, ja tam piekrīt ārsts. Dalība pētījumā bija brīvprātīga, atalgojums nebija paredzēts.

Izslēgšanas kritēriji – netika uzskaitītas tās vizītes ārsta pieņemšanā, kurās pacients nevēlējās, ka kāds cits, izņemot ārstu, ir klāt, tādas vizītes visu ārstu pieņemšanu laikā bija astoņas. Ieslēgšanas kritēriji – piekrišana piedalīties pētījumā.

Pētījumā izmantotā metode – hronometrēšana; tika uzņemts vizītes laiks no pacienta ienākšanas kabinetā līdz viņš kabinetu pamet, vai ārsts pabeidz visas ar pacienta medicīnisko aprūpi saistītās darbības. Bija ārsti, kas nākamo pacientu sauc iekšā tikai tad, kad ir pabeiguši rakstīt visu, kas saistīts ar iepriekšējo pacientu, bet bija arī tādi, kuriem pacienti nāca iekšā, līdz ko iepriekšējais pacients iziet. Šī iemesla dēļ visās vizītēs jauna laika uzskaitē notika no brīža, kad ārsts sāk runāt ar jaunu pacientu, pat ja paralēli raksta ambulatoro kartiņu citam pacientam. Vizītes laikā tika mērītas vairākas darbības:

- Psihiskā stāvokļa noteikšanai, anamnēzes ievākšanai
- Somatoneiroloģiskai izmeklēšanai
- Analīžu, izmeklējumu rezultātu izvērtēšana, konsultācijām ar kolēģiem
- Receptu izrakstīšanai, tika uzskaitīts arī receptu skaits
- Nosūtījumu, ambulatoro kartiņu, darba nespējas lapu un citu dokumentu aizpildīšanai
- Veselības un darbības ekspertīzes ārstu valsts komisiju veidlapas aizpildīšana
- Sarunai ar pacientu un radniekiem – diagnozes skaidrošanai, ieteikumiem, izglītošanai
- Cits
- Konsīliju organizēšana
- MRPL – medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis
- Mērīts kopējais konsultācijas laiks

Pētījumā tika izmantota iPhone mobilā aplikācija „Timer+“ . Tā ļauj vienlaicīgi uzskaitīt gan kopīgu vizītes laiku, gan dažādām manipulācijām veltītu laiku, operatīvi starp tām pārslēdzoties (skat. 1. attēlā).

Laiks sekundēs tika noteikts iespējami precīzi visām iedaļām, ar vidējo nobīdi 3 sekundes vienas vizītes laikā, tā tika aprēķināta, saskaitot laiku visām darbībām kopā vienā vizītē un atņemot iegūto laiku no kopējā vizītes laika, kas tika uzņemts precīzi, to nepārslēdzot.



1.att. Hronometrs

Pētījums notika laika posmā no 11.01.2017 līdz 28.03.2017. Pētījuma veikšanai tika saņemta Ētikas komisijas un iestādes valdes priekšsēdētāja atļauja, kā arī abu centru vadītāju piekrišanas.

Ambulatorās pacientu vizītes tika iedalītas grupās pēc konsultācijas steidzamības pakāpes un mērķa. Atbilstoši iestādēs pieņemtajai kārtībai par vizītei paredzētā laika pārsniegšanu tika uzskatīta tāda pirmreizējā vizīte pie psihiatra, kas pārsniedza 30 minūtes ilgumu, un tāda atkārtotā vizīte, kas pārsniedza 15 minūtes. Vizīšu mērķi noteica psihiatrs, tika izdalīti vairāki mērķi:

- Plānveida, bez terapijas korekcijas – hronisks pacients, kam nepieciešama recepte uzturošai medikamentozai terapijai.
- Plānveida, ar terapijas korekciju – pacients, kuram nepieciešama terapijas korekcija, medikamentu devu korekcija vai arī cita medikamenta izrakstīšana, esošās terapijas neefektivitātes jeb blakusparādību dēļ.
- Neatliekama vizīte – pacients akūtā stāvoklī, nepieciešama ārstēšana un izvērtēšana vai pacientam var nozīmēt terapiju un viņš ārstēsies mājās, vai arī ir nepieciešama ārstēšanās stacionārā. MK noteikumos Nr. 35. punktā 6.5.6. noteikts, ka primāra neatliekama palīdzība ir nepieciešama gadījumos, kad ir akūti psihiskās darbības traucējumi, kuriem raksturīga agresīva rīcība vai pašnāvības mēģinājums, kā arī šo noteikumu punktā 5.1 minēts, ka primāra neatliekama palīdzība ir, ja neatliekamā medicīniskā palīdzība nepieciešama pirmajās minūtēs pēc traumas (saslimšanas), ieskaitot vitālo funkciju stabilizācijas pasākumus.
- Subakūta vizīte ar veselības stāvokļa pasliktināšanos – pacients, kuram stāvoklis vēl nav akūts, bet kuram ir veselības stāvokļa pasliktināšanās, nepieciešama novērošana un kontrole tuvākā laikā, lai spriestu par tālāko ārstēšanas taktiku. Šie gadījumi ir

pieskaitāmi pie sekundāras neatliekamas palīdzības. MK noteikumos Nr. 35 punktā 8.6 minēts, ka sekundāra neatliekama palīdzība jāsniedz gadījumos, kad ir psihisko slimību paasinājumi bez agresijas parādībām, kā arī šo noteikumu punktā 5.2 minēts, ka sekundāra neatliekama palīdzība ir, ja neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu var atlikt uz laiku, ne ilgāku par trim stundām.

- Sakarā ar nosūtīšanu uz veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju, kur var tikt piešķirta vai pagarināta invaliditāte.
- Bez pieraksta, recepšu izrakstīšanai – pacientam ir beigušies medikamenti, bet pacients dažādu iemeslu dēļ nav savlaicīgi ieplānojis vizīti pie ārsta; šādi pacienti ir jāpieņem, jo viņu stāvoklis bez medikamentiem var krasi pasliktināties. Pētījuma laikā gandrīz visi šādi pacienti arī tika pieņemti, šī grupa būtu pieskaitāma pie pacientiem, kuriem nav nepieciešama terapijas korekcija.
- Pirmreizējs pacients – pacienta pirmā vizīte pie psihiatra.
- Izziņas izsniegšana – var būt vajadzīga izziņa ģimenes ārstam, citu specialitāšu ārstiem, sociāliem aprūpes centriem par pacienta psihisko veselības stāvokli.

Iegūtie dati tika apkopoti un analizēti ar Excel programmu, rezultāti salīdzināti ar literatūras datiem, apskatīti no pētnieka subjektīvā viedokļa. Salīdzināti ar Ministru kabineta noteikumiem attiecīgajā jomā.

3. REZULTĀTI

3.1. Respondentu skaits un materiāla iedalījums grupās

Tika uzrunāti 15 psihiatri, kas sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus divos no Rīgas ambulatoriem centriem, piedalīties pētījumā piekrita astoņi psihiatri – trīs vīrieši un piecas sievietes, tika apskatītas un analizētas 180 pacientu vizītes. Pēc konsultācijas mērķa un steidzamības vizītes tika iedalītas astoņās grupās (skat. 1.tabulu).

Atsevišķi tika analizētas divu ārstu vizītes – vienā gadījumā visu medicīnisku dokumentāciju aizpildīja ārsts – rezidents; otrā gadījumā – ārsts dokumentāciju aizpildīja pēc pieņemšanas laika beigām.

1. tabula – vizīšu veids (absolūtos skaitļos un procentuāli).

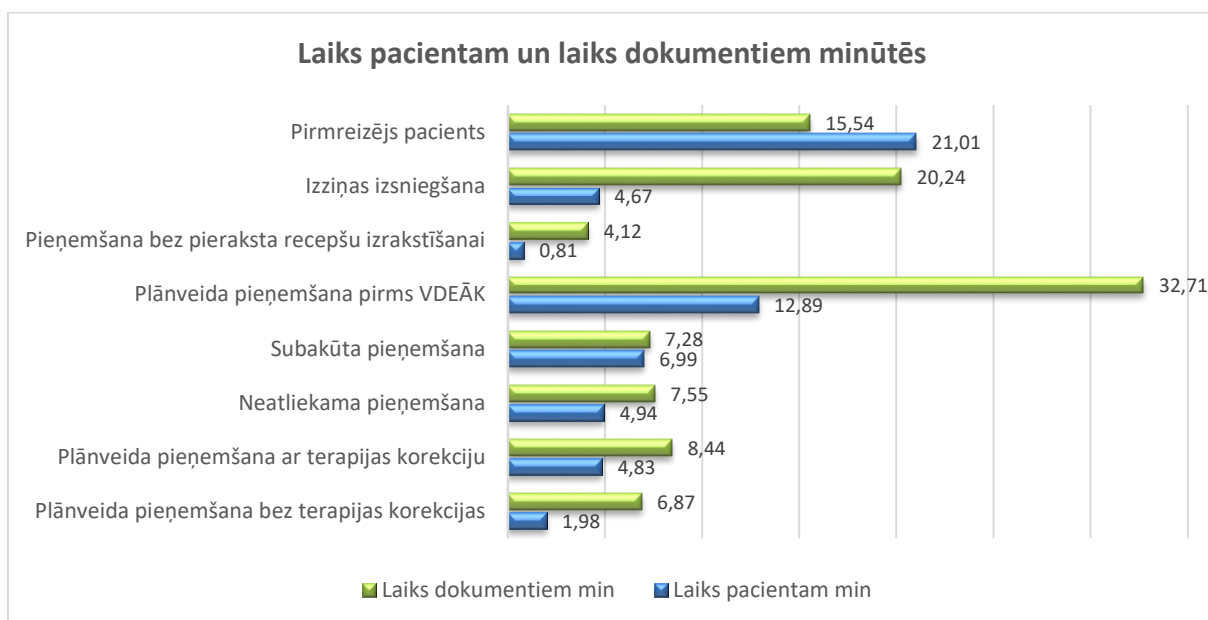
Vizītes veids	Absolūtais skaits	%
1. Plānveida bez terapijas korekcijas	83	46,11
2. Plānveida ar terapijas korekciju	42	23,33
3. Neatliekama vizīte	4	2,22
4. Subakūta vizīte	9	5,00
5. Plāna pirms veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas	2	1,11
6. Bez pieraksta, recepšu izrakstīšanai	4	2,22
7. Pirmreizējs pacients	2	1,11
8. Izziņas izsniegšana	2	1,11
9. Pieņemšana, kuras laikā dokumentāciju raksta rezidente	13	7,22
10. Pieņemšana, kuras dokumentāciju ārsts raksta pēc pieņemšanas	19	10,56
Kopā	180	100,00

Vidējais skaits vienā pieņemšanā bija 15 pacientu vizītes, lielākais skaits bija 29 pacientu vizītes vienas pieņemšanas laikā, mazākais skaits bija 12 pacientu vizītes vienas pieņemšanas laikā. Bija trīs pieņemšanas, kuras sākās pirms paredzētā laika, kā rezultātā nebija zināms, cik

pacienti jau tikuši pieņemti un šis skaitlis nav precīzs, kā rezultātā vidējais pacientu skaits pieņemšanā nevarētu būt mazāks, bet varētu būt lielāks.

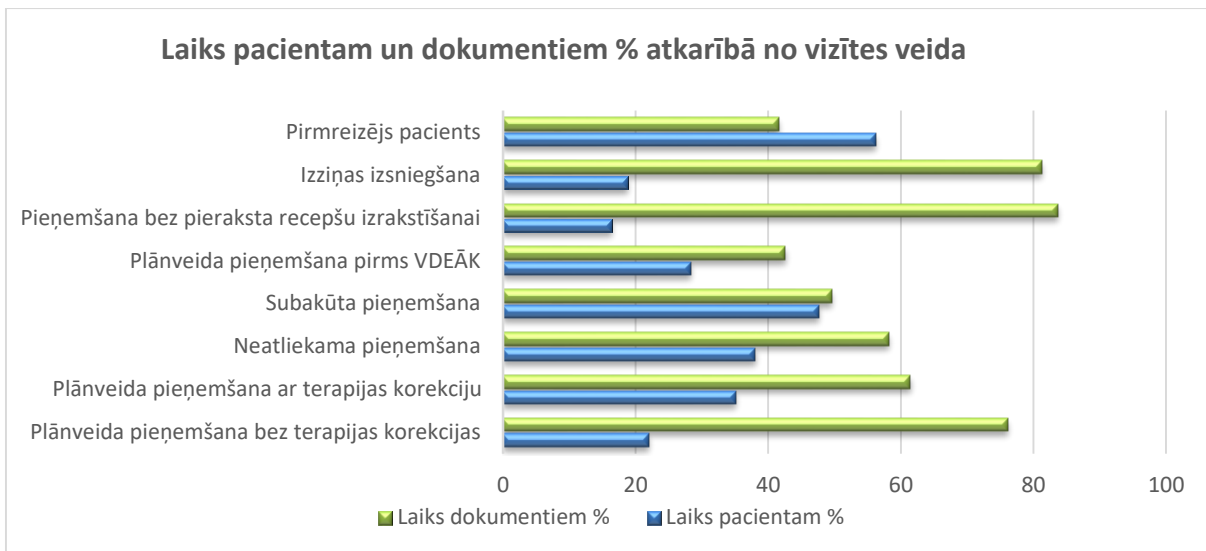
3.2. Laika sadalījums

2. attēlā redzams laiks pacientam un laiks dokumentiem, kas ir izteikts minūtēs, attēls parāda, cik vidēji katrā no vizītēm minūtes aizņēma dokumentu rakstīšana un cik saruna ar pacientu. Laikā, kas nepieciešams dokumentiem šajā grafikā, tika ierēķināta analīžu un izmeklējumu rezultātu izvērtēšana, recepšu izrakstīšana, nosūtījumu, ambulatoro kartiņu, darba nespējas lapu un citu dokumentu aizpildīšana. Laikā, kas nepieciešams pacientam, tika ierēķināta psihiskā stāvokļa noteikšana, anamnēzes ievākšana, somatoneiroloģiskā izmeklēšana, saruna ar pacientu un radniekiem – diagnozes skaidrošana, ieteikumi, izglītošana.



2.att. Laiks pacientam un laiks dokumentiem minūtēs

Pēc 2. attēla redzams, ka ilgāks laiks dokumentu sarakstīšanai ir nepieciešams pirms nosūtīšanas uz veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju (VDEĀK), izziņu izsniegšanai un pirmreizējam pacientam, nekā tas ir citos vizīšu veidos. Mazāk laika dokumentu rakstīšanai aizņem vizīte bez pieraksta recepšu izrakstīšanai un plānveida vizīte bez terapijas korekcijas, tās ir arī vizītes, kurās arī laiks pacientam aizņem mazāk nekā citās vizītēs.



3.att. Laiks dokumentiem un laiks pacientam atkarībā no vizītes veida (procentos)

Grafikā, kas attēlots 3. attēlā redzams, ka visos vizīšu veidos, izņemot pirmreizēju pacienta vizīti, laiks dokumentiem procentuāli aizņem vairāk laiku no kopējā vizītes laika, nekā tas laiks, ko psihiatrs velta pacientam.

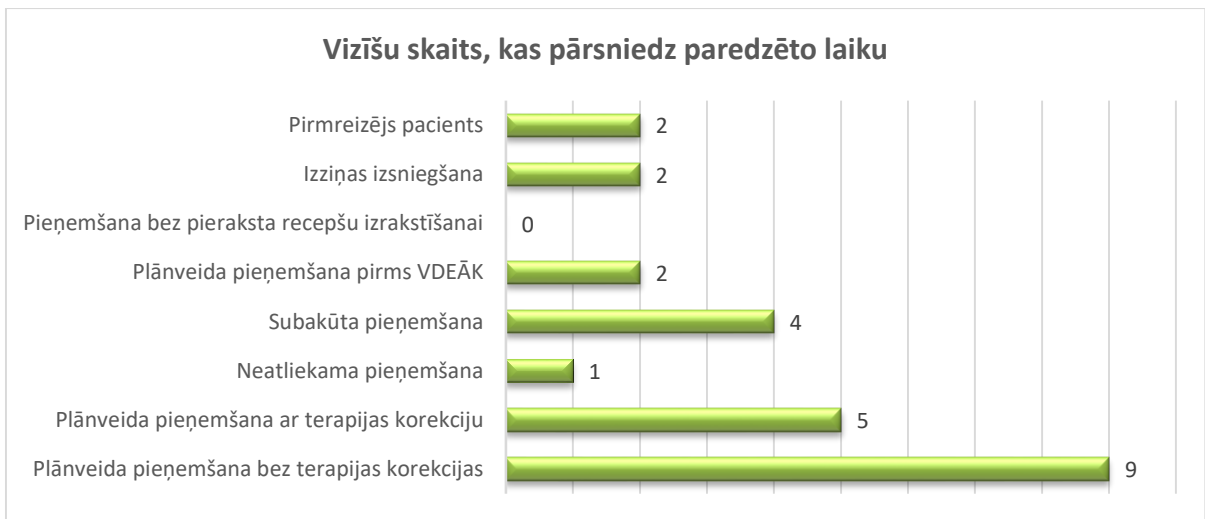
4. attēlā redzams, cik vidēji laika minūtēs aizņem katra ambulatorā psihiatra vizīte atkarībā no iedalījuma.



4.att. Vidējais vizītes laiks minūtēs

Vidējais vizītes laiks vismazākais ir plānveida vizītei bez terapijas korekcijas un vizītei bez pieraksta recepšu izrakstīšanai, un lielākais pirms nosūtīšanas uz veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju (VDEĀK), pirmreizējam pacientam un izziņu izsniegšanai.

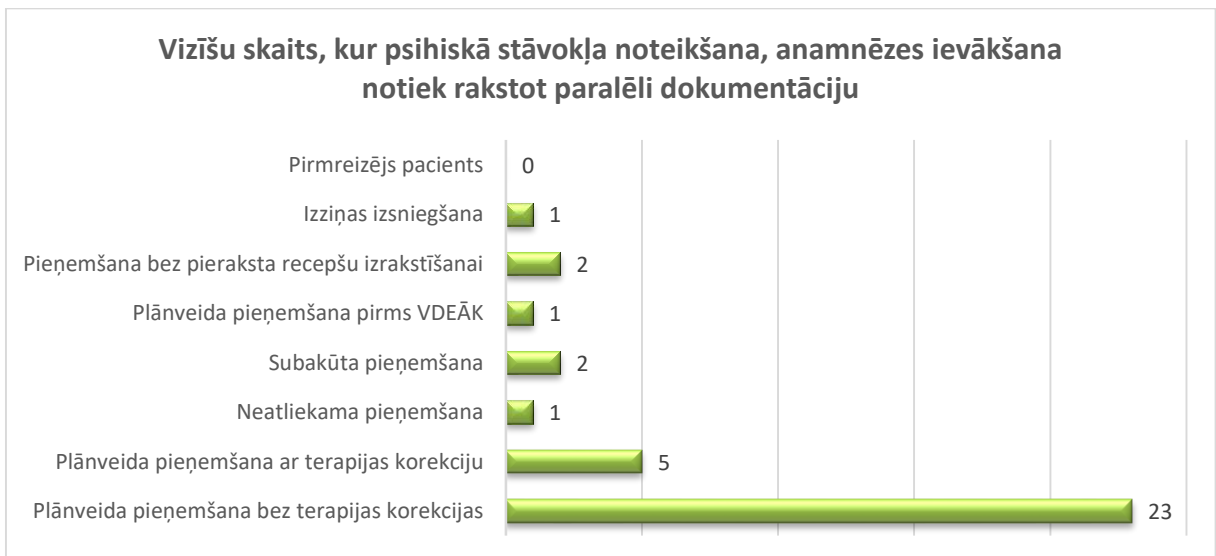
Tā kā iepriekšējos attēlos tika attēloti tikai vidējie laiki, bet ambulatoro vizīšu laikā katrā no veidiem bija pārsniegts vizītei paredzētais laiks, 5. attēlā redzams, cik vizītēs katrā no to veidiem bija vizītes, kas pārsniedza tām atvēlēto laiku.



5.att. Vizīšu skaits, kas pārsniedz paredzēto laiku

Laiks tiek pārsniegts nelielā daudzumā ambulatoro vizīšu, vairāk tas ir plānveida vizītēs bez terapijas korekcijas un ar terapijas korekciju, tas skaidrojams ar to ka šīs vizītes bija vislielākajā skaitā no reģistrētām, kā bija redzams 1. tabulā.

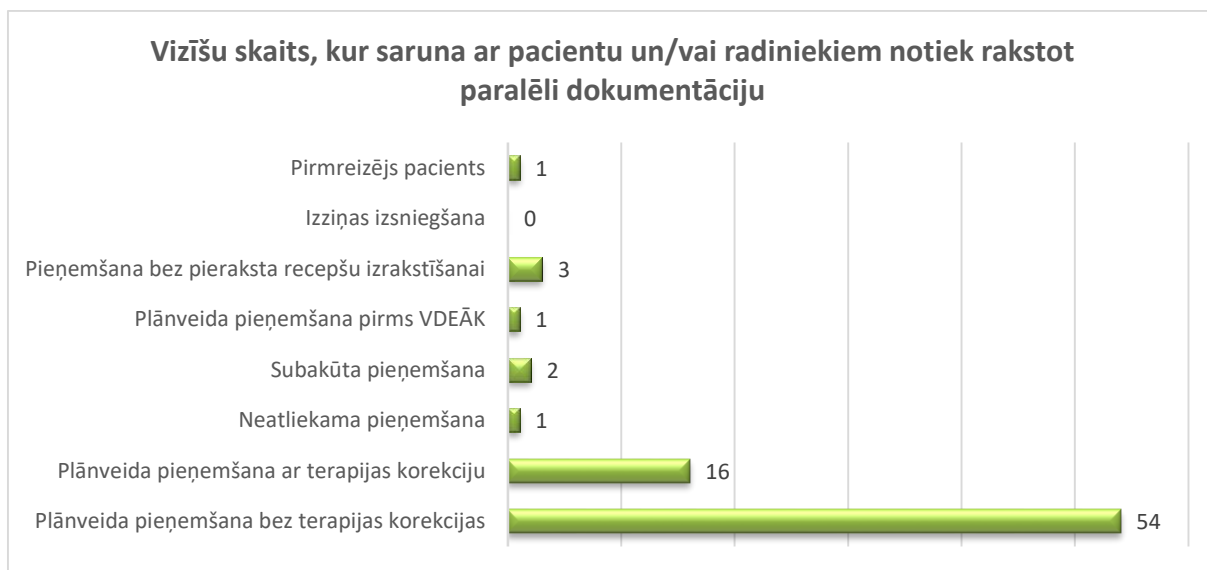
2. un 3. attēlā ir redzams, cik ārsts velta laiku sarunai ar pacientu un dokumentu rakstīšana, kas neattēlo visu kopējo situāciju, jo ir vizītes, kurās ārstam, lai iekļautos laikā, ir jāveic vairākas darbības vienlaicīgi. 6. attēlā ir redzams, cik vizītēs ārstam psihiatram nesanāk veltīt pacientam nedalītu uzmanību, tādās darbībās kā psihiskā stāvokļa noteikšana un anamnēzes ievākšana, bet viņš to dara paralēli rakstot dokumentāciju vai receptes. Vizīšu skaits, kas ir parādīts 6. attēlā, attēlo to, ka šajā pieņemšanā ārstam nebija neviena minūte, lai pievērstos tikai pacientam, anamnēzes un psihiskā stāvokļa noteikšanas laikā, visu laiku paralēli bija jādara citas darbības.



6.att. Vizīšu skaits ar divām darbībām vienlaicīgi (anamnēze un dokumentācija)

7. attēlā redzams, cik vizītēs ārstam psihiatram nesanāk veltīt pacientam nedalītu uzmanību tādās darbībās kā saruna ar pacientu un/vai radniekiem – diagnozes skaidrošanai,

ieteikumiem, izglītošanai. Arī šeit ir uzskaitītas tikai tās vizītes, kurās ārstam nebija neviena minūte, lai veltītu pacientam nedalītu uzmanību šajā darbībā, bet paralēli runājot tika darīts kas cits.



7.att. Vizīšu skaits ar divām darbībām vienlaicīgi (saruna un dokumentācija)

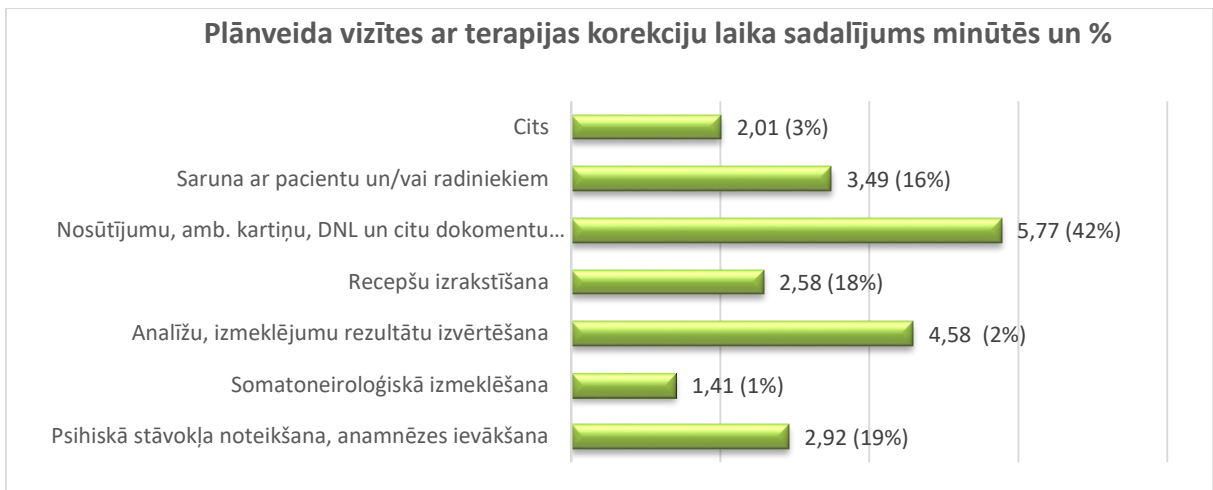
Šeit varam redzēt, ka vizītēs, kuras ir plānveida bez terapijas korekcijas, visvairāk sanāk rakstīt dokumentāciju un runāt par terapiju ar pacientu vai viņa radiniekiem vienlaicīgi. Bet tas nenozīmē, ka pārējās vizītēs saruna un dokumentācijas aizpildīšana nenotiek vienlaicīgi, pārējās gandrīz visās tā notika, bet bija kaut viena minūte, kad pacientam tika veltīta nedalīta uzmanība, neko citu paralēli nedarot.

Vienas ambulatorās vizītes laikā tika apskatītas vairākas ārsta psihiatra darbības, 8. attēlā ir redzams, kā iedalās vidējais vizītes laiks katrai darbībai, un iekavās norādīts, cik lielu daļu (procentos) no kopējā vizītes laika darbība aizņēmusi.



8.att. Plānveida vizītes bez terapijas korekcijas laika sadalījums

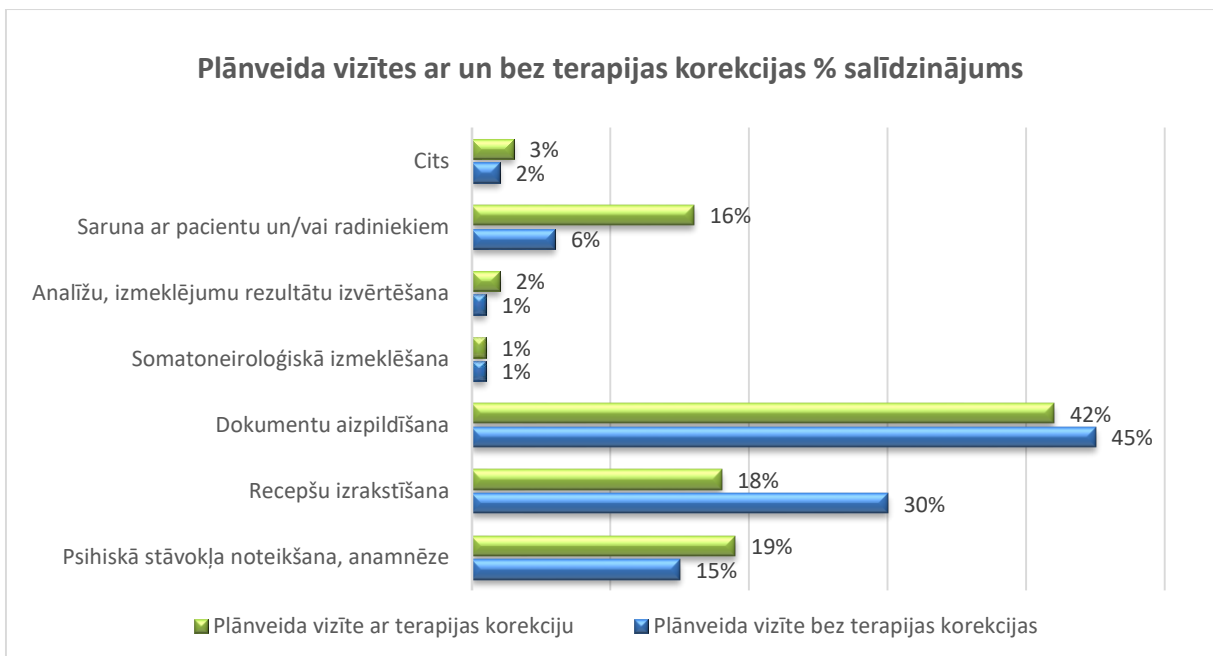
Tādā pašā veidā kā 8. attēlā, 9. attēlā attēlots plānveida vizītes ar terapijas korekciju laika sadalījums minūtēs un procentos no kopējā laika.



9.att. Plānveida vizītes ar terapijas korekciju laika sadalījums

8. un 9. attēlā vairāk uzmanības jāpievērš procentuālajam sadalījumam, kas rakstīts iekavās, jo tas precīzāk attēlo, cik no pieņemšanai paredzētā laika tika veltīts katrai darbībai. Jo, piemēram, redzams, ka somatoneiroloģiskā izmeklēšana plānveida pieņemšanā bez terapijas korekcijas vidēji aizņem 6 minūtes, kas pēc skaita ir daudz, bet jāņem vērā, ka tas ir vidējais laiks, un daudzās ambulatorajās vizītēs šī darbība vispār netika veikta, ko atspoguļo iekavās rakstītais procentuālais sadalījums, ka somatoneiroloģiska izmeklēšana sastāda tikai 1% no kopējā laika.

10. attēlā ir parādīts procentuālais laika sadalījums plānveida vizītēs ar un bez terapijas korekcijas.



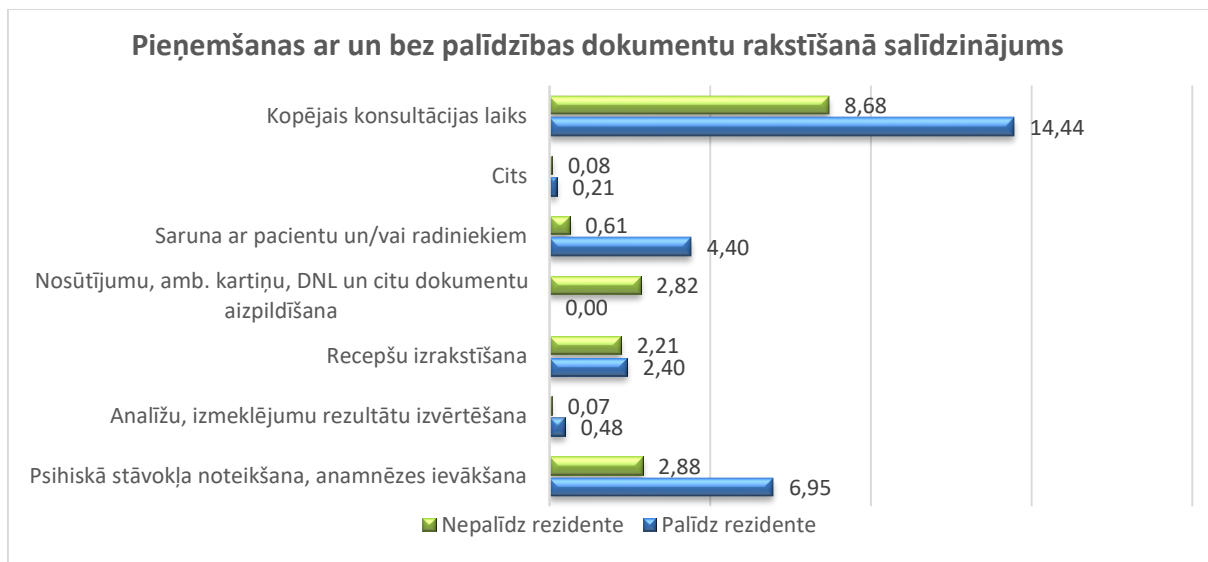
10.att. Plānveida vizītes ar un bez terapijas korekcijas darbību salīdzinājums

Redzams, ka 10. attēlā laika sadalījums ir gandrīz vienāds starp abām vizītēm, tomēr plānveida vizītēs ar terapijas korekciju vairāk laika aizņem saruna ar pacientu un/vai

radiniekiem, kā arī psihiskā stāvokļa noteikšana un anamnēze, savukārt plānveida vizītēs bez terapijas korekcijas vairāk laika aizņem recepšu rakstīšana. Ja saskaita kopā recepšu rakstīšanu un dokumentācijas aizpildīšanu, tad redzams, ka tas aizņem 75% no kopējā vizītes laika un tikai 25% paliek pārējām darbībām.

Viens ārsts savus 19 pacientus, kas bija atnākuši, pieņēma veltot viņiem nedalītu uzmanību un dokumentāciju aizpildīja savā brīvajā laikā, pieņemšanā sarakstot tikai receptes, šajā pieņemšanā bija tikai divi parametri – saruna ar pacientu un recepšu izrakstīšana, recepšu izrakstīšana aizņēma vidēji 4 minūtes (29%) no paredzētā laika, bet saruna ar pacientu 11 minūtes (71%). Katrai ambulatorajai vizītei tika patērēts tai paredzētais laiks, tas ir, vidēji 15 minūtes atkārtotai vizītei un 30 minūtes pirmreizējam pacientam. Šajā pieņemšanā bija viens pirmreizējs pacients, trīs plānveida ar terapijas korekciju, divi bez pieraksta, 13 plānveida bez terapijas korekcijas.

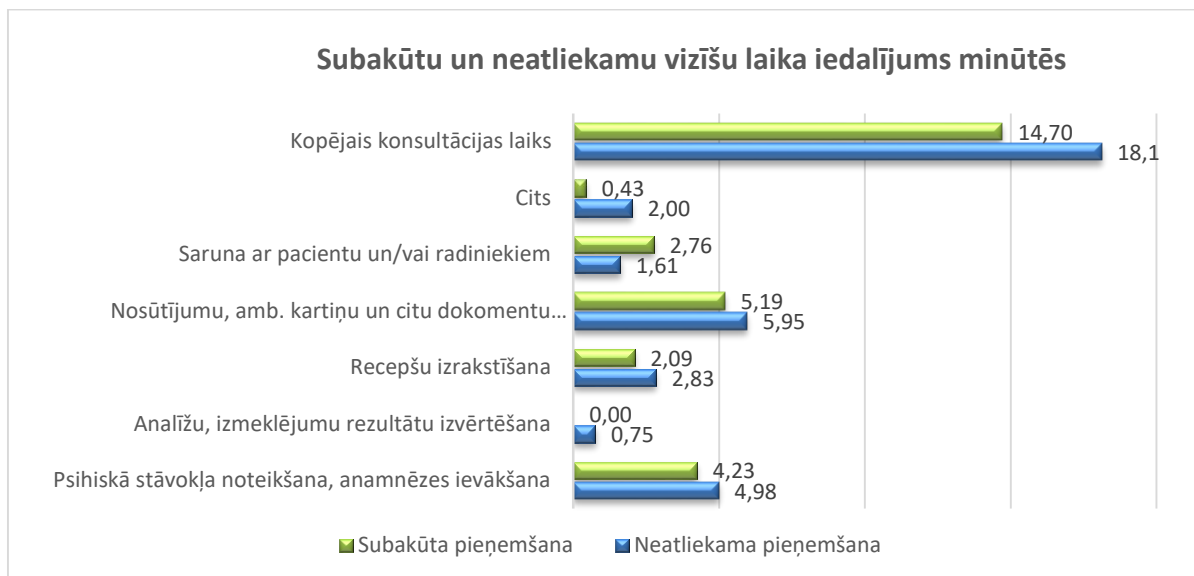
Citam ārstam vienā no viņa pieņemšanām dokumentāciju vizīšu laikā sarakstīja ārsts-rezidents, kura piedalījās pieņemšanā savas rezidentūras apmācības ietvaros. Pieņemšana sastāvēja no 13 pacientu vizītēm, kuru laikā psihiatrs sarunājās ar pacientu, bet ārsts-rezidents pa to laiku rakstīja dokumentāciju. 11. attēlā redzams šī viena ārsta pieņemšanas darbību salīdzinājums gadījumā, kad viņam dokumentācija ir jāraksta pašam, un tad, kad to palīdz sarakstīt rezidente.



11.att. Pieņemšanas ar un bez palīdzības dokumentu rakstīšanā salīdzinājums

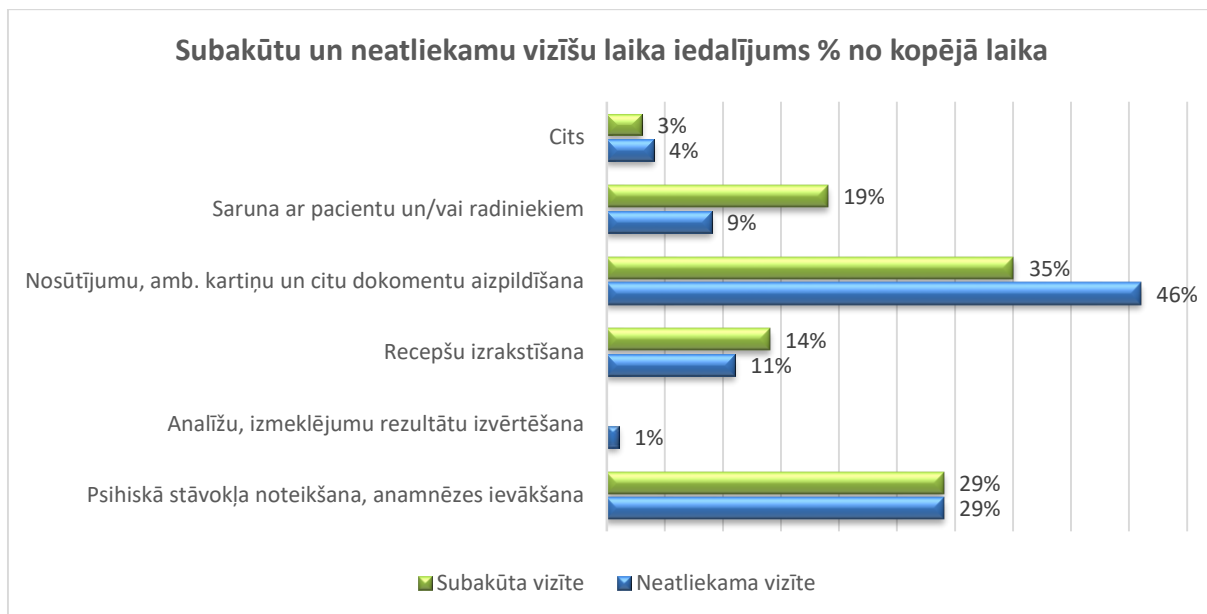
Redzams, ka pieņemšana, kurā psihiatram palīdz aizpildīt dokumentāciju, aizņem vairāk laika katra no veiktajām darbībām. Šis ir viens ārsts un divas viņa pieņemšanas dienas – rezidente palīdz 13 ambulatorajās vizītēs, bet nepalīdz 11 ambulatorajās vizītēs – līdz ar to tas ir salīdzināms vizīšu skaits, bez lielas atšķirības pacientu daudzumā un vizīšu mērķi, tomēr atšķirīgs rezultāts.

12. attēlā ir redzams laiks minūtēs, ko aizņem katra darbība akūtās un subakūtās vizītēs.



12.att. Subakūtu un akūtu vizīšu laika iedalījums minūtēs

Redzams, ka akūtas vizītes aizņem nedaudz vairāk laika visās darbībās, izņemot sarunā ar pacientu un/vai radniekiem, nekā subakūtas vizītes. Bet, ja skatās šo pašu iedalījumu % attēlojumā no kopējā vizītes laika, tad var precīzāk novērtēt darbību prioritātes konkrētajās vizītēs (skatīt 13. attēlu).



13.att. Subakūtu un neatliekamu vizīšu laika iedalījums procentos no kopējā laika

Te var redzēt, ka procentuālais iedalījums ir vienmērīgāks, un var novērtēt, ka dokumentācijas aizpildīšana aizņem lielāko laika daļu no kopējā vizītes laika. Psihiskā stāvokļa noteikšana aizņem procentuāli vienādu daļu no kopējā laika abos vizīšu veidos.

Bija divas vizītes, kuru mērķis bija nepieciešamība saņemt nosūtījumu uz veselības un darbības ekspertīzes ārstu valsts komisiju. Abas aizņēma 91 minūti, kas ievērojami pārsniedz

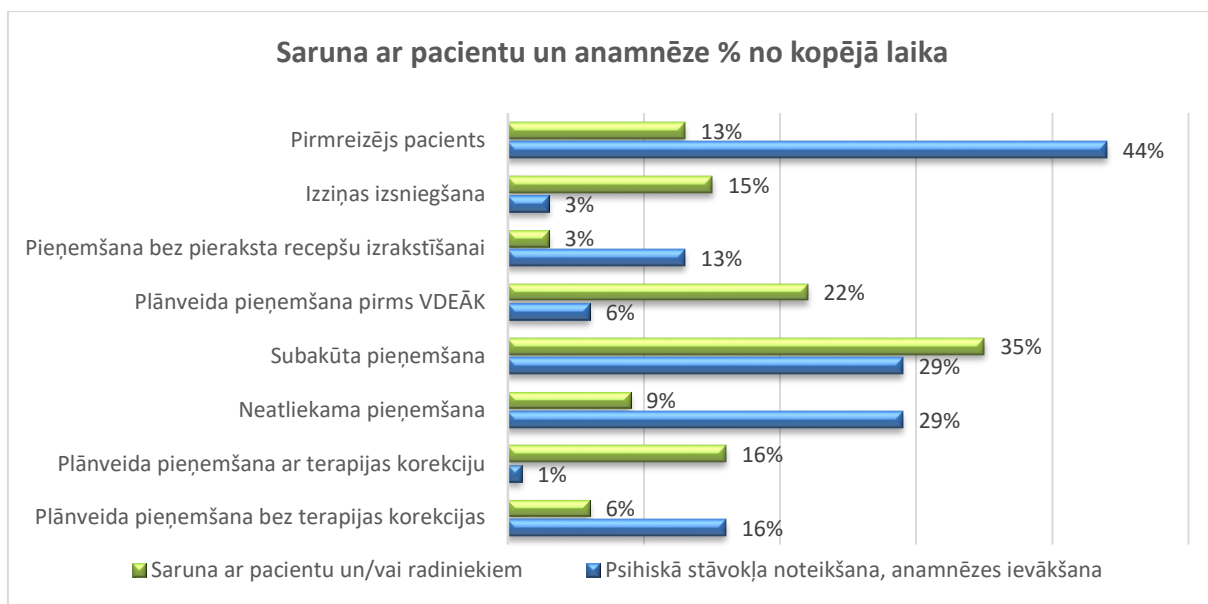
vizītei paredzēto laiku, un lielāko daļu no laika, 32 minūtes (69%), aizņēma dokumentācijas aizpildīšana.

Divas citas vizītes bija ar mērķi saņemt izziņu. Šo vizīšu laiks bija 49 min, kas arī pārsniedz oficiāli vizītei paredzēto laiku, un arī tur lielāko daļu laika, kas ir 20 min (70%), aizņēma dokumentācijas aizpildīšana.

Bija arī divas pirmreizējas pacientu vizītes, kas ilga 75 min (oficiāli paredzēto 30 min vietā), bet šeit lielāko vizītes daļu (21 min jeb 44%) aizņēma anamnēzes ievākšana un psihiskā stāvokļa novērtēšana, bet dokumentācijas sarakstīšana aizņēma 15 min (39%).

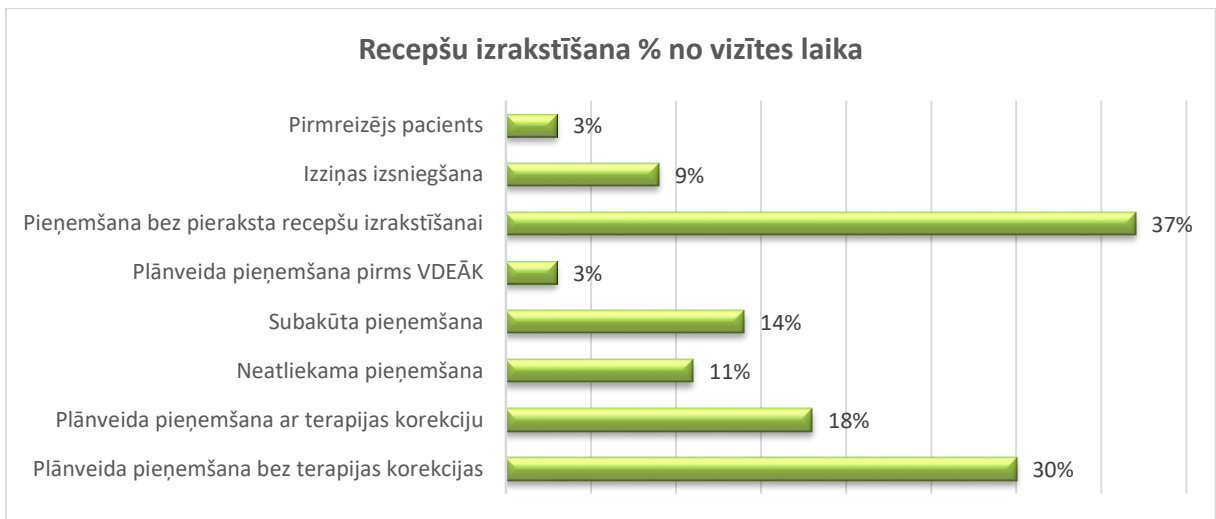
Pacientiem, kuri bija atnākuši bez pieraksta, vidējais vizītes laiks bija 5 min (no 2 min līdz 7 min), šiem pacientiem nebija nepieciešama terapijas korekcija. Bija arī astoņi pacienti, kuriem vizīte bez pieraksta tika atteikta laika trūkuma dēļ.

14. attēlā redzams, cik procentus no kopējā vizītes laika aizņem divi parametri – saruna ar pacientu un/vai viņa radniekiem un anamnēzes ievākšana. Šeit var redzēt, cik salīdzinoši maz tas ir procentuāli.



14. att. Saruna ar pacientu un anamnēze procentos no kopējā laika.

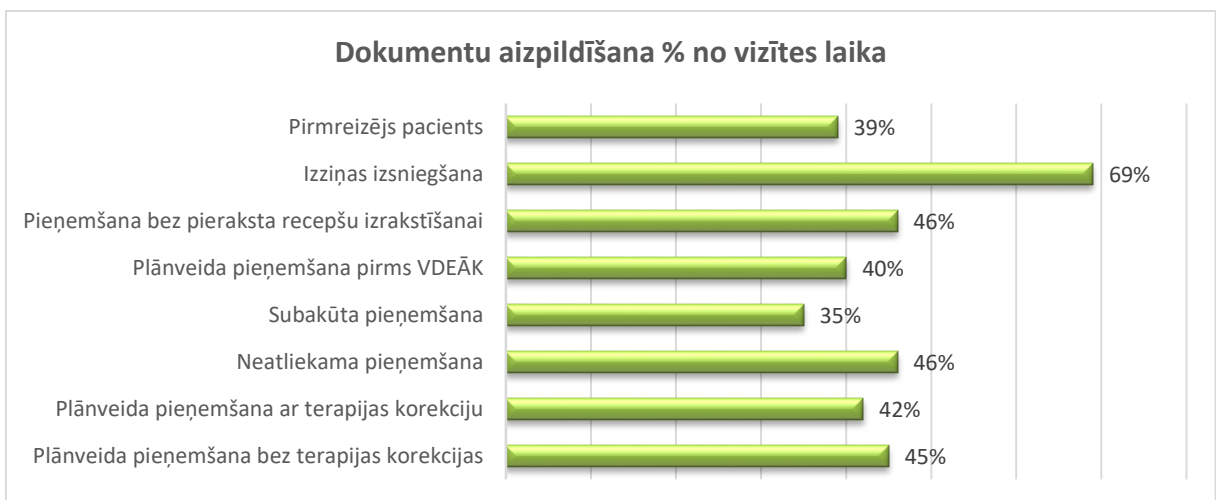
Recepšu skaits vienam pacientam bija no vienas līdz sešām receptēm - vidēji četras receptes. 15. attēlā redzams, cik procentus no kopējā vizītes laika aizņem recepšu rakstīšana visos apskatītajos vizīšu veidos.



15. att. *Recepšu izrakstīšana procentos no vizītes laika*

Kā var viegli pamanīt, recepšu izrakstīšana aizņem vislielāko vizītes daļu tieši plānveida vizītēs – ar un bez terapijas korekcijas.

Apskatot 16. attēlu, kurā redzams, cik procentus no kopējā laika aizņem dokumentācijas aizpildīšana, redzams, ka visos vizīšu veidos tā aizņem gandrīz pusi no vizītes laika.



16. att. *Dokumentu rakstīšana procentos no vizītes laika*

4. DISKUSIJA

Gandrīz puse pacientu (83 jeb 46%) atnāca uz pieņemšanu pēc uzturošiem medikamentiem un terapija netika koriģēta. Tas varētu liecināt par veiksmīgi piemeklētu terapijas shēmu un stabilu pacientu. Tomēr arī tad, ja pacientam nav akūtu sūdzību, viņam bieži vien psihiatrs ir jāapmeklē reizi mēnesī, lai saņemtu nepieciešamo medikamentu receptes, jo ir medikamenti, ko nevar izrakstīt vairākiem mēnešiem uz priekšu.

Ja vēlas optimizēt psihiatra pieņemšanu, varētu apsvērt, piemēram, iespēju stabiliem pacientiem receptes saņemt pie ģimenes ārsta, kurš, vajadzības gadījumā, pacientu nosūtītu pie psihiatra. Lai šādiem pacientiem nepazustu saikne ar psihiatru, viņi to varētu apmeklēt reizi trijos mēnešos vai reizi pusgadā (protams, jāņem vērā pacienta diagnoze). Šis ieteikums varētu īpaši attiekties uz slimībām, kas norisinās visas dzīves garumā, piemēram, šizofrēnija, epilepsija, garīgā atpalicība.

Iespējams, būtu jāapsver arī tas, vai psihiatrs nevarētu strādāt kopā ar medicīnas māsu, un šādiem ilgstošiem pacientiem, kuriem nav jaunu vai akūtu sūdzību, medikamentu receptes varētu izrakstīt psihiatrijas māsa, vajadzības gadījumā nosūtot pacientu pie psihiatra. Medicīnas māsas mācās četrus gadus, trīs gadus koledžā un ceturtajā iegūstot specialitāti psihiatrijā, viņām ir plašas zināšanas par medikamentiem un to blakusparādībām, jo studiju ietvaros viņas apgūst psihisko traucējumu simptomus un sindromus, psihisko traucējumu un slimību klasifikāciju, psihofarmakoloģiju un pacientu aprūpi, psihosomatiskus traucējumus un slimības (Grīnfelde u.c., 2009). Māsu profesijas aprakstā saistībā ar medikamentiem minēts, ka māsa nodrošina precīzu un drošu medikamentu saņemšanu hospitalizētiem un ambulatoriem pacientiem (Māsu profesijas standarts). Nav runa, ka māšai pašai būtu jānozīmē medikamenti, bet tikai jāuzraksta ārsta nozīmētie medikamenti atkārtoti, pirms tam novērtējot pacienta stāvokli. Medicīnas māsām ir plašas zināšanas par medikamentu devām un pacientu novērtēšanu. Šī ieteikuma realizēšanai šķērslis ir tas, ka pašlaik māsām nav oficiāli atļauts rakstīt receptes un ir māsu trūkums Latvijā.

Neatliekamas, subakūtas un pirmreizējas pacienta vizītes visas kopā bija tikai 15 (8,33%), ko varētu uzskatīt par labu un iepriecinošu rādītāju, ja vien Latvijā nebūtu liels psihiatrisko pacientu gultu noslogojums stacionāros. Šī situācija liecina, ka daudziem pacientiem ir nopietnas garīgās veselības problēmas, taču viņi dažādu iemeslu dēļ negriežas pie psihiatra ambulatori, bet uzreiz nokļūst stacionārā, kas palielina veselības aprūpes izmaksas un kopumā pasliktina pacienta veselības aprūpes iespējamo kvalitāti.

Pirmreizējās pacientu vizītes veiktajā pētījuma laikā bija 2 (1,11 %), kas, nekritiski skatoties uz šo rādītāju, liecina, ka sabiedrībai nerodas daudz jaunu psihisku saslimšanu vai

traucējumu. Tomēr šo rādītāju nevar uzskatīt par pozitīvu, jo RSU psihiatrijas un narkoloģijas katedras veiktajā iedzīvotāju aptaujā 120 000 pieaugušo ir atzīmējuši sev nozīmīgus depresijas simptomus, tomēr pie ģimenes ārsta vai psihiatra pēc palīdzības ir vērsušies vidēji tikai 9 000 pacientu gadā, kas ir daudz mazāk (Latvijas psihiatru asociācija, 2017). Tātad, no šiem datiem var secināt, ka daudzi, kuriem, piemēram, ir depresija un būtu jāgriežas pie speciālista, to nedara. Rodas jautājums, kāpēc tik daudz iedzīvotāju tomēr pēc palīdzības nav griezušies. Protams, tas var būt dažādu aizspriedumu dēļ, bet var būt arī tā, ka lielāko pieņemšanas daļu aizņem pacienti, kas regulāri nāk pēc receptēm, tāpēc tiem, kas grib pierakstīties pie psihiatra, ir ilgstoši jāgaida, un pacients var gaidot pārdomāt.

Bez pieraksta, recepšu izrakstīšanai, pētījuma gaitā ieradās tikai 12 pacienti, kas liecina, ka lielākā daļa pacientu, kas apmeklēja psihiatru, savlaicīgi pierakstās uz atkārtotu vizīti. Tas liecina par vēlēšanos ārstēties. Jāņem vērā, ka šajā pētījumā nav statistiski apskatīts tas, cik daudz ir pacientu, kuriem regulāri būtu jāierodas pie psihiatra, bet to nedara, medikamentus nelieto un nokļūst stacionārā.

Bija arī gadījums, kad psihiatrs atteica vizīti iepriekš nepierakstītam pacientam, jo savas pieņemšanas laikā jau bija pieņēmis 29 pacientus un laika trūkuma dēļ nevarēja pieņemt vēl kādu. Pēc MK noteikumiem Nr. 1046 punkta 4.2 ārstam psihiatram atbilst 13 pacientu vizītes dienā. No tā var secināt, ka ārstam slodze ir par lielu, ja pieņem pacientus arī bez pieraksta vai arī vairāk, nekā tas ir paredzēts. Tas var novest pie ārsta pārslodzes un izdegšanas sindroma. Kā parādīja šī pētījuma rezultāti, ārsti pieņem vairāk pacientus nekā tas paredzēts. Lai to novērstu, būtu jāparedz laiks pacientiem, kas ir atnākuši bez pieraksta.

Nopietni nepieciešams pārdomāt ārstu atalgojuma sistēmas uzlabošanas iespējas. Pašlaik, lai nopelnītu sev iztiku, ārsti pieņem vairāk pacientu, nekā tas būtu labi no veselības aprūpes kvalitātes un ārsta noslodzes viedokļa. Šāda situācija pasliktina darba kvalitāti un būtiski palielina ārsta izdegšanas sindroma riskus valsts veselības aprūpes sistēmā.

Pēc pētījuma rezultātiem veselības un darbspēju ekspertīzes ziņojumu aizpildīšana pieņemšanas laikā reti tiek veikta, bet ne jau tāpēc, ka šādus ziņojumus ārstiem reti jāraksta, bet tāpēc, ka psihiatri tos raksta pēc pieņemšanas, jo īsajā laikā, kas ir dots pacienta vizītei, šādu dokumentāciju nevar paspēt aizpildīt. Pētījumā bija tikai divas vizītes, kuras bija plānveida sakarā ar nosūtīšanu uz veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju un tās vidēji aizņēma 45 minūtes, bet arī pat tad netika aizpildīta visa dokumentācija. Šī iemesla dēļ ārsti psihiatri, lai nekavētu pārējo pacientu vizītes, dokumentu aizpildīšanu nereti pabeidz pēc pieņemšanas (jo, kā redzams, 45 minūtes ir trīs reizes vairāk par vienam pacientam paredzēto vizītes laiku). Laiks, ko psihiatrs patērē dokumentācijas sakārtošanai pēc pieņemšanas laika, netiek uzskaitīts. Ja tas pārsniedz ārsta darba laiku, par to nav papildus paredzēta samaksa.

Apskatot pieņemšanu, kur ārsts rakstīja tikai receptes, un citu dokumentāciju atstāja sarakstīšanai pēc pieņemšanas, jo uzskata, ka pacientam ir vajadzīga sajūta, ka viņā ieklausās, var secināt, ka ārstam pietrūkst laika sarunai ar pacientu, ja viņš visu dara paredzētajā laikā. Lai gan šajā situācijā pacients ir ieguvējs, jāņem vērā, ka ārstam vairāk jāstrādā savā brīvajā laikā, kā arī ir nepieciešama laba atmiņa, lai pēc pieņemšanas spētu pēc iespējas precīzāk atcerēties, ko ierakstīt ambulatorajā kartiņā par katru pacientu. Jāņem vērā, ka, šādi strādājot, psihiatrs var ātrāk nogurt un pastāv iespēja, ka var attīstīties izdegšanas sindroms, kura rezultātā var pasliktināties atmiņa un līdz ar to arī darba spējas, kā rezultātā šādi vairs ārsts nevarēs strādāt. Tāpēc ieguvumu būtu vairāk tad, ja šo situāciju risinātu, palielinot vizītei paredzēto laiku katram pacientam vismaz par 15 minūtēm. Tad kopumā ārsta rīcībā būtu 30 minūtes, kuru laikā varētu gan parunāt ar pacientu, gan sarakstīt dokumentāciju. Piemēram, pusi vizītes veltot sarunai ar pacientu, bet otru pusi dokumentācijas sarakstīšanai. Tā pat arī pirmreizējai pacienta vizītei palielinot laiku par 15 minūtēm, tad tās būtu 45 minūtes.

Īpaši gribas izcelt arī pētījuma gaitā novēroto pieredzi, kad kādam ārstam psihiatram dokumentāciju vizīšu laikā rakstīja ārsts-rezidents, kas piedalījās pieņemšanā savas rezidentūras apmācības ietvaros. Pieņemšana sastāvēja no 13 pacientu vizītēm, kuru laikā psihiatrs sarunājās ar pacientu, bet ārsts-rezidents pa to laiku rakstīja dokumentāciju. Ārsts, kuram palīdzēja rezidents, uzsvēra, ka šādi ir ievērojami vieglāk strādāt.

Protams, nevar būt mērķis katrā vizītē pacientu pieņemt diviem ārstiem. Tāpēc ir jābūt citiem risinājumiem, kā atvieglot darbu. Piemēram, ārstam varētu palīdzēt psihiatrijas māsa. Tiesa, arī pie šāda modeļa ārstam, lai labāk varētu izdarīt savu darbu, būtu nepieciešams vairāk laika, vēlams vismaz 30 minūtes. To apliecina tas, ka pieņemšana kopā ar rezidentu neaizņēma daudz mazāk laika nekā pieņemšana, kurā šim ārstam neviens nepalīdzēja. Salīdzinot šī divas ārsta pieņemšanas, var novērot, ka vizītēs, kurās palīdz rezidente, vidējais vienas vizītes laiks ir 14,44 minūtes, bet tajās, kurās ārstam neviens nepalīdz, vidējais laiks ir 8,68 minūtes. Tas varētu liecināt par to, ka tad, ja ārstam ir jāveic daudzas darbības un daudz jāraksta dokumentācija, viņš vairāk steidzas un nevar veltīt pacientam tik daudz uzmanības, cik varbūt pat gribētu, jo viss jā dara ļoti ātri un iespējams pazūd laika izjūta.

Rezultātos parādās, ka dokumentu rakstīšanai tiek patērēts vairāk laika nekā pacientam, visos vizīšu veidos, izņemot pirmreizēju pacienta vizīti. Par to, ka aizpildāmo dokumentu apjoms pieaug un aizņem ievērojamu daļu ārsta uzmanības liecina arī tas, ka 28 plānveida vizītēs (bez terapijas korekcijas) anamnēzes ievākšana notiek paralēli sarunai – nemitīgi rakstot, nevienu minūti šajā darbībā neveltot nedalītu uzmanību pacientam. Arī tāda darbība kā saruna ar pacientu un/vai radniekiem 54 plānveida vizītēs bez terapijas korekcijas un 16 vizītēs ar terapijas korekciju notiek paralēli rakstot dokumentāciju. Tas ir liels skaits, un nozīmē, ka ārsts

nevar vienmēr pievērsties pacientam, jo ir ierobežots laikā un ir spiests runāt rakstot, piemēram, skaidrot zāļu iedarbību, rakstot receptes, vai stāstīt par blakusparādībām, rakstot ambulatoro kartiņu. Rezultātā ārstam palēninās visas šīs darbības, rakstot recepti ir jārunā, tad palēninās arī receptes rakstīšana, runājot zūd uzmanības koncentrēšana uz receptes rakstīšanu, tajā var ieviesties kļūda, var tikt aizmirsts pierakstīt medikamentu devu vai uzlikt zīmogu, īpaši tas, kā atzīst ārsti, var notikt, kad pieņemšana iet uz beigām. Ja recepte netiek uzrakstīta pareizi, aptiekā tā ir nederīga un pacientam nepieciešams atgriezties, lai ārsts to varētu izlabot. Tas var sagādāt neērtības pacientam, bet ārstam to nevar pārņemt, jo, vairākas darbības darot vienlaicīgi, ir pilnīgi iespējama tāda kļūda. Laiku paildzina arī tas, ka ir jāuzraksta recepte un tad izrakstītie medikamenti ir jāfiksē arī ambulatorā kartiņā. Šādai situācijai ambulatorajā aprūpē nevajadzētu būt, šādi rezultāti parāda to, ka ambulatorai vizītei nepieciešams vairāk laika nekā tas ir dots pašlaik.

Subakūtas un neatliekamas vizītes vidējais laiks ir lielāks nekā plānveida ar un bez terapijas korekcijas vidējais vizīšu laiks. Tāds rezultāts bija gaidāms, jo šajās vizītēs nepieciešams veltīt vairāk laika pacientam, vairāk skaidrot par medikamentiem, kā arī ilgāk ievākt anamnēzi, jo ir jānoskaidro, kāpēc pacientam ir pasliktinājies veselības stāvoklis. Vienā no šīm vizītēm kāda paciente paskaidroja kāpēc uzreiz nav griezies pie sava ārsta, kad palika slikti, iemesls bijis pilns pieraksts un pie cita psihiatra nav gribējusi iet, kā rezultātā vajadzējis ilgi gaidīt. Tam par iemeslu var būt daudzu hronisku pacientu apmeklējumi, kas aizņem jau pieņemšanas uz priekšu, plānotas recepšu izrakstīšanai. Vajadzētu laiku, kas būtu paredzēts pacientiem, kam pasliktinājies veselības stāvoklis, un viņi varētu tikt pie sava ārsta, jo arī Pacientu tiesību likumā ir teikts, ka pacients var izvēlēties savu ārstu. Īpaši svarīgi tas ir psihiatrijā, jo svarīga ir pacienta uzticēšanās ārstam un ir saprotams, ka, ja pacientam pasliktinās veselības stāvoklis viņš grib tikt pie sava ārsta, bet pie šī ārsta var arī netikt, jo ir pilns pieraksts. Rezultātā pacients pierakstās tad, kad var, un gaida. Var būt situācija, ka veselības stāvoklis pasliktinās, pacients var nesagaidīt savu pierakstu un rezultātā, piemēram, nokļūt stacionārā.

Vizītēs bez pieraksta recepšu izrakstīšanai laiks nepārsniedza 15 min, bet tām laiks konkrētā pieņemšanā vispār nebija paredzēts, tādējādi var uzskatīt, ka pilnīgi visas vizītes bez pieraksta pārsniedz tām paredzēto laiku. Tāpēc būtu vēlams ārsta pieņemšanas dienā paredzēt laiku pacientiem, kas nāk bez pieraksta, jo bija arī situācijas, kad ārsts pacientam, kas nebija pierakstījies, vizīti atteica, jo jau vienas pieņemšanas laikā bija pieņēmis 29 pacientus, to starpā arī bez pieraksta, un laika trūkuma dēļ vairs nevarēja pieņemt. No tā var secināt, ka ārstam slodze ir par lielu, ja pieņem arī pacientus bez pieraksta vai arī vairāk pacientu nekā tas ir paredzēts, arī tas var novest pie ārsta pārslodzes un izdegšanas sindroma. Kā parādīja pētījuma rezultāti, ārsti pieņem vairāk pacientus nekā tas paredzēts.

Lai gan pēc vidējā vizītes laika minūtēs redzams, ka vizītes laiks tiek pārsniegts tikai trīs pieņemšanās, kas ir plānveida sakarā ar nosūtīšanu uz veselības un darbspēju ekspertīzes valsts komisiju, pirmreizējam pacientam un izziņas izsniegšanai. Tas nenozīmē, ka pārējās pieņemšanās pacientam nav nepieciešams vairāk laika, bet tas nozīmē to, ka ārsts vairāk steidzas un daudzas darbības dara vienlaicīgi. Pētījuma gaitā reizēm pat bija grūti izsekot tam, cik operatīvi ārsts visam velta laiku un pārslēdzas no vienas darbības uz otru, rakstot uzklusa pacientu un sniedz rekomendācijas, bet brīžiem uz pacientu pat nav laika paskatīties. Arī plānveida vizītēs bez terapijas korekcijas mēdz veltīt pacientam mazāk laika, lai iekonomēto laiku varētu veltīt citiem, kuriem vairāk jāskaidro par viņa slimību un terapijas korekcijas nepieciešamību.

Lai labāk izpētītu ambulatorā psihiatra darba efektivitāti un problēmas, būtu vēlams veikt pētījumu psihiatrijas pacientiem stacionārā, izzinot iemeslus, kādēļ pacienti ir nonākuši stacionārā un kāpēc radušos problēmu nav risinājuši ambulatori. Ja patvaļīgi beiguši lietot medikamentus, būtu svarīgi uzzināt iemeslu, kāpēc tā ir noticis, vai ir bijusi izpratne par pareizu medikamentu lietošanu. Šāda pētījuma ietveros varētu jautāt arī par pacienta domām par ambulatoro darba struktūru psihiatrijā un tās pozitīviem un negatīviem aspektiem, jo pašreiz veiktais pētījums apskata tikai laika iedalījumu ambulatorā psihiatra darbā, bet mērķtiecīgi nenoskaidro pacienta domas un maz apskata arī pašu ārstu domas. Lietderīgi arī būtu veikt aptauju visiem ambulatori strādājošiem psihietriem, kas sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. Turpmākais pētījums varētu būt „Psihiatra ambulatorās darba struktūras pozitīvie un negatīvie aspekti pacienta un psihiatra skatījumā”, tas varētu palīdzēt līdz galam sasniegt šajā pētījumā izvirzīto mērķi – izvērtēt vizītei paredzētā laika izlietojumu, sniegt rekomendācijas psihiatra ambulatorā darba uzlabošanai, jo pašlaik ir izvērtēts laika izlietojums un daļēji var tikt sniegtas rekomendācijas, bet ieteikumi varētu būt pilnvērtīgāki, ja tiktu noskaidrotas psihiatra un pacienta domas par ambulatoro darba struktūru psihiatrijā, labāk varētu redzēt trūkumus un pozitīvos aspektus.

Ieteikumi ambulatorās aprūpes uzlabošanai:

- Palielināt vizītes laiku atkārtotai pacienta vizītei no 15 min līdz 30 min, lai psihiatrs varētu neveikt vairākas darbības vienlaicīgi
- Palielināt vizītes laiku pirmreizējam pacientam no 30 min līdz 45 min
- Novirzīt pacientus stabilā slimības remisijā recepšu izrakstīšanai pie ģimenes ārsta vai paredzēt psihiatra darbu kopā ar psihiatrijas māsu, lai daļu pienākumus varētu uzņemt psihiatrijas māsa
- Paredzēt atsevišķu laiku pieņemšanā pacientiem bez pieraksta, kuriem vajadzīga medikamentu recepte

- Paredzēt pacientam oficiāli pieejamu viņa psihiatru, ja ir pasliktinājies veselības stāvoklis un pacients par to ziņo ambulatorajai iestādei

SECINĀJUMI

1. Lielākais ambulatoro vizīšu skaits psihiatram šajā pētījumā bija plānveida bez terapijas korekcijas 83 (66,11%) ar vidējo laiku 9,03 minūtes.
2. Mazākais ambulatoro vizīšu skaits psihiatram šajā pētījumā bija plānveida, sakarā ar nosūtīšanu uz VDEĀK, pirmreizējam pacientam un izziņas izsniegšanai 2 (1,11%).
3. Vidējais vizīšu skaits vienā pieņemšanā bija 15 pacienti.
4. Lielāko vizītes laiku aizņēma dokumentācijas aizpildīšana visos vizīšu veidos, izņemot pirmreizēju pacientu.
5. Pieņemšanas laikā saruna ar pacientu un dokumentu rakstīšana lielākā daļā vizīšu notika vienlaicīgi.
6. 25 (13,88%) vizītēs no apskatītajām tika pārsniegts tām paredzētais laiks.
7. Vidējais vizītes laiks lielākais bija plānveida vizītei pirms nosūtīšanas uz – 45,6 minūtes, bet mazākais pieņemšanai bez pieraksta, receptu izrakstīšanai – 4,93 minūtes.

LITERATŪRAS SARAKSTS

1. Ārstniecības likums. "Latvijas Vēstnesis", 1.07.1997., Nr. 167/168 (882/883) Citēts 12.03.2017. Pieejams: <https://www.vestnesis.lv/ta/id/44108-arstniecibas-likums>
2. Bikšone G. Medikamentozā ārstēšana un aprūpe, SIA „KERENA”, 2008, ISBN 978-9984-9300-2-2, 167 – 178. lpp.
3. Eiropas kopienu komisija. Zaļā grāmata. 25 lpp. Citēts 25.02.2017. Pieejams: https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_lv.pdf
4. Grīnfelde I., Zārdiņa I., Ļaščuka G., Čerņikova I., Kiršfelde A. Garīgās veselības aprūpes māsas pamatspecialitāte, SIA “Nacionālais apgāds”, 2009, 36 – 337. lpp.
5. Invaliditātes likums, 10. pants. Publicēts: "Latvijas Vēstnesis", 91 (4283), 09.06.2010. Citēts 01.03.2017. Pieejams: <https://likumi.lv/doc.php?id=211494>
6. Izglītības un zinātnes ministrija. Māsu profesijas standarts. Citēts 01.05.2017. Pieejams: <http://visc.gov.lv/profizglitiba/dokumenti/standarti/ps0146.pdf>
7. Kukliča S., Straume I., Kļaviņa S. Vadlīnijas pašvaldībām veselības veicināšanā. Latvijas Republikas Veselības ministrija, 2011, 85 – 90 lpp. Citēts 14.03.2017. Pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/phoebe/aktualitates_veselibas_veicinasana_8a03f52e8e639356c225792e00364f3b/vadlinijas_pasvaldibam_aprilis_2012.pdf
8. Latvijas psihiatru asociācija, RSU psihiatrijas un narkoloģijas katedra. Depresija Latvijā. Citēts 23.04.2017. Pieejams: <http://www.depresija.lv/depresija/depresija-latvija/>
9. Latvijas Republikas ministru kabinets. Noteikumi Nr. 1046, 17.pielikums. Fiksētā ikmēneša maksājuma aprēķins ārstu speciālistu kabinetiem un struktūrvienībām. Citēts 01.05.2017. Pieejams: https://likumi.lv/wwraksti/2009/025/B025/PIEL/17_01.PDF
10. Latvijas Republikas ministru kabinets. Noteikumi Nr. 35. Kārtība, kādā tiek nodrošinātas tiesības saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību. Citēts 01.05.2017. Pieejams: <https://m.likumi.lv/doc.php?id=21482>
11. Latvijas Republikas ministru kabinets. Par Pamatnostādņu "Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.-2014.gadā" īstenošanas plānu 2013.-2014.gadam. Publicēts: "Latvijas Vēstnesis", 109 (4915), 07.06.2013. Citēts 25.02.2017. Pieejams: <https://likumi.lv/doc.php?id=257273>

12. Latvijas Republikas valsts kontrole. Revīzijas ziņojums 16.12.2016. Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama? Citēts 25.02.2017. Pieejams: http://www.lrvk.gov.lv/uploads/reviziju-zinojumi/2015/2.4.1-11_2015/vaiambulatoraveselibasaprupessistemalatvijairpilnveidojama.pdf
13. Profesiju apraksta katalogs. 520 – 521 lpp. Citēts 25.02.2017. Pieejams: http://www.jsg.lv/wp-content/uploads/2009/02/profesiju_aprakstu_katalogs_A4.pdf
14. Psihiatriskās palīdzības likums. "Latvijas Vēstnesis", 10.10.2002., Nr. 146 (2721) Citēts 25.02.2017. Pieejams: <https://www.vestnesis.lv/ta/id/67201>
15. Ričika D. Atvērtāki garīgās veselības aprūpei. Citēts 14.03.2017. Pieejams: <http://www.doctus.lv/2008/9/atvertaki-garigas-veselibas-aprupei>
16. Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs. Tiesu ekspertīzes. Citēts 23.04.2017. Pieejams: <http://www.rpnc.lv/psihiatriska-palidziba/tiesu-ekspertizes>
17. Tērauds E., Andrēziņa R., Zārde I., Rekomendācijas psihiatrisko pacientu terapijā, SIA PS media, 2013, ISBN 978-9984-49-748-8, 10. lpp.
18. Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu komisija. Citēts 23.04.2017. Pieejams: <http://www.vdeavk.gov.lv/>
19. Zārde I, Slimību profilakses un kontroles centrs (2014) Psihiskās saslimšanas, to pazīmes, diagnostika un ārstēšanas metodes. Citēts 25.02.2017. Pieejams: https://www.nenoversies.lv/pdf/SPKC_e_gramata.pdf
20. Zārde I. Padomi saskarsmē, komunikācijā un sadzīvē ar cilvēkiem ar dažādām psihiskām saslimšanām. Citēts 01.03.2017. Pieejams: <http://vivendicentrs.lv/files/uploaded/PADOMIS>
[ASKARSME,KOMUNIKACIJAUNSAZDZIVEARCILVEKIEMARDAZADAMP](http://www.vivendicentrs.lv/files/uploaded/PADOMIS)
[SIHISKAMSASLIMSANAM.pdf](http://www.vivendicentrs.lv/files/uploaded/PADOMIS)
21. Awa, W. L., Plaumann, M., Walter, U. Burnout Prevention: A Review of Intervention Programs. Cited on 28.02.2017. Available: https://www.researchgate.net/publication/26239362_Burnout_prevention_A_review_of_intervention_programs
22. Endriulaitienė, A., Žardeckaitė – Matulaitienė, K., Markšaitytė, R., Pranckevičienė, A., Tillmanc, D.R., Burnout and Stigma of Seeking Help in Lithuanian Mental Health Care Professionals. Cited on 28.02.2017. Available: <http://www.futureacademy.org.uk/files/images/upload/25ichandhpsy2016.pdf>
23. Final Conference - Brussels, 21 - 22 January 2016, European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. Cited on 28.02.2017. Available:

[http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20\(1\)-20160119192639.pdf](http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20(1)-20160119192639.pdf)

24. Morse, G., Salyers, M.P., Rollins, A.L., Monroe-DeVita, M., Pfahler, C. Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation. *Adm Policy Ment Health*, 2012, September ; 39(5), 341–352, doi:10.1007/s10488-011-0352-1
25. National Institute of Mental Health. Mental Health Medications. Cited on 02.03.2017. Available: https://education.ucsb.edu/sites/default/files/hosford_clinic/docs/Mental_Health_Medications.pdf
26. New South Wales Ministry of Health. Mental Health for Emergency Departments – A Reference Guide. Cited on 02.03.2017. Available: <http://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/publications/Publications/mental-health-ed-guide.pdf>
27. Priebe, S., Dimic, S., Wildgrube, C., Jankovic, J., Cushing, A., McCabe, R. Good communication in psychiatry – a conceptual review. *European Psychiatry* 26, 2011, 403–407, doi:10.1016/j.eurpsy.2010.07.010
28. Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J., Patel, V., Silove, D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 2014, 476–493, doi: 10.1093/ije/dyu038
29. World Health Organization Europe (2008). Eiropas garīgās veselības un labklājības pakts. Citēts 25.02.2017. Pieejams: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_lv.pdf
30. World Health Organization Europe (2013). The European Mental Health Action Plan 2013–2020. Cited on 28.02.2017. Available: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf