

NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

OXFORD
RESEARCH



Finanšu ministrija



vieglās
valodas
aģentūra

Sabiedrībā balstītu sociālo pakalpojumu saturs, pieejamības un ietekmes uz sociālo atstumtību izvērtējums pirmspensijas un pensijas vecuma personām un personām ar garīga rakstura traucējumiem

GALA ZIŅOJUMS

RĪGĀ, 2021

Zināšanas labākai sabiedrībai

Oxford Research Baltics sniedz zināšanas labākai sabiedrībai, apvienojot mūsu kompetenci pētniecībā, stratēģijā un komunikācijā.

Mēs veicam izpēti, analizējam dažādas tematiskās jomas, tostarp Eiropas Savienības un valsts politikas instrumentus, reģionālo attīstību, labklājības politiku, darba tirgus un izglītības jautājumus, kā arī pētniecības un inovāciju sistēmas.

Oxford Research ir starptautiska pētniecības uzņēmumu grupa, kas 1995. gadā uzsāka darbu galvenajā mītnes zemē Dānijā. Šobrīd uzņēmumi aktīvi darbojas Zviedrijā, Norvēģijā, Somijā un Beļģijā. Baltijas valstīs Oxford Research ienāca 2015. gadā, atverot biroju Rīgā.

Oxford Research Baltics, SIA

Kr. Valdemāra iela 23, k 2-37

Rīga, LV-1010

Latvija

+371 67142503

info@oxfordresearch.lv

www.oxfordresearch.lv



Venna diagramma ir stilistisks atspoguļojums Oxford Research centieniem apvienot zināšanas pētniecībā, stratēģijā un komunikācijā, sniedzot zināšanas labākai sabiedrībai.

Pasūtītājs: Finanšu ministrija

Izpildītājs: SIA Oxford Research Baltics sadarbībā ar biedrību Viegļās Valodas Aģentūra

SATURS

SATURS.....	2
IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI	5
IZMANTOTIE TERMINI UN JĒDZIENI.....	8
IEVADS	11
1. DAĻA SABIEDRĪBĀ BALSTĪTO SOCIĀLO PAKALPOJUMU PIEEJAMĪBAS, ATBILSTĪBAS UN IETEKMES IZVĒRTĒJUMS	13
1. MĒRĶA GRUPAS RAKSTUROJUMS	14
2. SBSP PIEJAMĪBA.....	17
Personām ar GRT, tai skaitā ar multipliem traucējumiem, sniegto SBSP datu pieejamības izvērtējums	17
Personām ar GRT, tai skaitā ar multipliem traucējumiem, sniegto un plānoto SBSP kvantitatīvais raksturojums.....	23
Pasākuma “Deinstitutionalizācija” plānotās izmaiņas un progress	28
Primārās izpētes rezultāti par SBSP pieejamību personām ar GRT, tai skaitā multipliem traucējumiem	45
Personām virs 55 gadiem sniegto SBSP kvantitatīvais raksturojums	59
Primārās izpētes rezultāti par SBSP pieejamību personām vecumā virs 55 gadiem.....	62
Secinājumi.....	70
3. SBSP ATBILSTĪBA MĒRĶA GRUPU VAJADZĪBĀM.....	74
SBSP atbilstība personām ar GRT	74
SBSP atbilstība personām vecumā virs 55 gadiem	81
Secinājumi.....	87
4. MĒRĶA GRUPĀM SNIEGTO PAKALPOJUMU IZVĒRTĒJUMS	89
Pieprasījuma pēc SBSP no personām ar GRT	89
Pieprasījums pēc SBSP no personām virs 55 gadiem	93
Sniegto SBSP kvalitāte	95
Mērķa grupām nenodrošinātās vajadzības	102

Integrētie pakalpojumi	105
Nevalstisko organizāciju un komersantu loma sociālās aprūpes pakalpojumu sniegšanā	129
Pakalpojumu sniegšana lauku teritorijās	131
Secinājumi.....	132
5. PAKALPOJUMU ATTĪSTĪBA	136
Personas ar smagiem un ļoti smagiem GRT, kā arī personas ar multipliem traucējumiem.....	139
Personas virs 55 gadiem.....	149
Atbalsta pasākumi neformālajiem aprūpētājiem (ģimenēm, radniekiem)	155
2.DAĻA MĒRĶA GRUPU VAJADZĪBU UN DZĪVES KVALITĀTES MĒRĪŠANAS METODOLOĢIJU IZVĒRTĒJUMS	159
6. METODOLOĢIJA PERSONU AR GRT DZĪVES KVALITĀTES MĒRĪŠANAI	160
Dzīves kvalitātes definēšana	160
Mērķauditoriju analīze dzīves kvalitātes mērīšanai	161
Metodoloģijas lietotāju vajadzības un loma politikas ietekmes vērtēšanā.....	163
Pašreizējā situācija dzīves kvalitātes mērīšanā personām ar GRT un pasaulē lietoto metodoloģiju apzināšana	174
Dzīves kvalitātes mērīšanas instrumentu atlase pēc izvēlētajiem kritērijiem	178
Dzīves kvalitātes mērīšanas instrumentu testēšana.....	188
Kopsavilkums par metodoloģiju dzīves kvalitātes mērīšanai izvēli	207
Latvijā piemērojamā metodoloģija dzīves kvalitātes mērīšanai personām ar GRT	209
Dzīves kvalitātes mērīšanas pilotprojekts	212
Secinājumi.....	221
7. ATBALSTA INTENSITĀTES SKALAS LIETDERĪBAS IZVĒRTĒJUMS	223
Eiropas un pasaules pieredzes apkopojums par AIS lietderību un lietošanas iespējām.....	223
Izvērtējums par AIS saskanību un pretrunām attiecībā uz citu Latvijas likumdošanā paredzēto informācijas apkopošanu personām ar GRT	227
Izvērtējums par AIS pielietojumu Latvijā.....	228

SECINĀJUMI UN PRIEKŠLIKUMI	240
8. IZMANTOTĀ LITERATŪRA	259

IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI

Saīsinājums	Skaidrojums
AIATA	Amerikas Intelektuālo un attīstības traucējumu asociācija
AIS	Atbalsta intensitātes skala
ANO	Apvienoto Nāciju Organizācija
CSP	Centrālā statistikas pārvalde
DI	Deinstitutionalizācija
DI Pasākums	SAM 9.2.2.1. pasākums “Deinstitutionalizācija”
DI Infrastrukturā pasākums	SAM 9.3.1.1. pasākums “Pakalpojumu infrastruktūras attīstība deinstitutionalizācijas plānu īstenošanai”
FM	Finanšu ministrija
GRT	Garīga rakstura traucējumi
IAP	Individuālais atbalsta plāns
KPR	Kurzemes plānošanas reģions
LLPA	Latvijas lielo pilsētu asociācija
LM	Labklājības ministrija
LPR	Latgales plānošanas reģions
NVO	Nevalstiskā organizācija

Saīsinājums	Skaidrojums
AIATA	Amerikas Intelektuālo un attīstības traucējumu asociācija
AIS	Atbalsta intensitātes skala
ANO	Apvienoto Nāciju Organizācija
PVO	Pasaules veselības organizācija
RPR	Rīgas plānošanas reģions
SBSP	Sabiedrībā balstīts sociālais pakalpojums
SPKC	Slimību profilakses un kontroles centrs
SSK	Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija
TS	Tehniskā specifikācija
VDEĀVK	Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas
VM	Veselības ministrija
VPR	Vidzemes plānošanas reģions
VSAC	Valsts sociālās aprūpes centrs
WHOQOL	Pasaules veselības organizācijas dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģija
ZPR	Zemgales plānošanas reģions
9.2.2.SAM	9.2.2. specifiskais atbalsta mērķis “Palielināt kvalitatīvu institucionālai aprūpei alternatīvu sociālo pakalpojumu dzīvesvietā un ģimeniskai videi pietuvinātu pakalpojumu pieejamību personām ar invaliditāti un bērniem”

Saīsinājums	Skaidrojums
AIATA	Amerikas Intelektuālo un attīstības traucējumu asociācija
AIS	Atbalsta intensitātes skala
ANO	Apvienoto Nāciju Organizācija
9.2.2.2. Pasākums	9.2.2.2. pasākums “Sociālo pakalpojumu atbalsta sistēmas pilnveide”

IZMANTOTIE TERMINI UN JĒDZIENI

Termins	Skaidrojums
Cilvēka dzīves kvalitāte	Ar dzīves kvalitāti Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums saprot personas, ģimenes vai personu grupas labklājības rādītāju, kas ietver fizisko un garīgo veselību, brīvo laiku un tā izmantošanu, darbu, izglītību, saikni ar sabiedrību, tiesības patstāvīgi pieņemt lēmumus un tos realizēt, kā arī materiālo nodrošinājumu. ¹
Mērķa grupas	Šī izvērtējuma ietvaros tās ir personas ar GRT, personas ar multipliem traucējumiem un personas vecuma grupā vecumā virs 55 gadiem.
Cilvēki ar invaliditāti	Personas, kurām ir ilgstoši fiziski, garīgi, intelektuāli vai maņu traucējumi, kas mijiedarbībā ar dažādiem šķēršļiem var apgrūtināt to pilnvērtīgu un efektīvu līdzdalību sabiedrības dzīvē vienlīdzīgi ar citiem. ²
Efektivitāte	Pamatā tiks izmantota Valsts kontroles pieeja, kas lietderības revīzijā efektivitāti skaidro kā attiecību starp plānoto mērķi un rezultātu, t.i., cik lielā mērā ir sasniegti izvirzītie mērķi. ³ Tiks izmantots angļu valodas ekvivalents <i>effectiveness</i> , kas latviešu valodā tiek interpretēts kā mērķu sasniegšanas efektivitāte vai lietderība un atspoguļo attiecību starp plānoto mērķi un rezultātu, t.i., cik lielā mērā ir sasniegti izvirzītie mērķi, kā arī vai ieguldījumu veikšana bija atbilstoša mērķim.
Garīga rakstura traucējumi (GRT)	Psihiska saslimšana vai garīgās attīstības traucējums, kas ierobežo personas spējas strādāt un aprūpēt sevi, kā arī apgrūtina tās iekļaušanos sabiedrībā un kas noteikts atbilstoši spēkā esošajai Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas (SSK) redakcijai. ⁴

¹ Saskaņā ar TS.

² Apvienoto Nāciju organizācijas Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām. Pieejams: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

³ Valsts kontroles lietderības revīzija. Pieejams: <http://www.lrvk.gov.lv/reviziju-rezultati/kas-ir-revizija/reviziju-veidi/lietderibas/>

⁴ Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/68488-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-likums>

Termins	Skaidrojums
Personas ar GRT	Šī izvērtējuma ietvaros tās ir pilngadīgas personas ar psihiskām saslimšanām vai garīgās attīstības traucējumiem, kas ierobežo personas spējas strādāt un aprūpēt sevi, kā arī apgrūtina tās iekļaušanos sabiedrībā un kas noteikts atbilstoši spēkā esošajai Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas (SSK) redakcijai. ⁵
Ilgtermiņa aprūpe	Ilgtermiņa aprūpe ir saistīta ar dažādiem pakalpojumiem, kas izstrādāti, lai īsā vai ilgā laika posmā apmierinātu personas veselības vai personīgās aprūpes vajadzības. Ilgtermiņa aprūpes pakalpojumi palīdz cilvēkiem dzīvot pēc iespējas neatkarīgāk gadījumos, kad garīgu vai fizisku traucējumu dēļ tie vairs nespēj veikt ikdienas aktivitātes bez atbalsta ⁶ .
Integrētie pakalpojumi	Ar integrētajiem pakalpojumiem saprot savstarpēji papildinošu un mijiedarbojošos pasākumu kopumu, t.sk. tādu, kur sociālie pakalpojumi tiek papildināti ar ārstniecības, izglītības u.c. nozaru pasākumiem, kas ļauj apmierināt personas vajadzības, vienlaikus nodrošinot arī nepieciešamo atbalstu personas aprūpē iesaistītajiem ģimenes locekļiem. ⁷
Izmaksu efektivitāte	Pamatā tiks lietota ES fondu plānošanas un vērtēšanas pieeja, kas FM izstrādātajās vadlīnijās nosaka, ka izmaksu efektivitātes novērtējuma galvenais uzdevums ir noteikt investīciju sociālekonomisko atdevi naudas izteiksmē vai arī izmaksas uz vienu iegūtā labuma vienību.
Aprūpe mājās	Pakalpojumi mājās pamatvajadzību apmierināšanai personām, kuras objektīvu apstākļu dēļ nevar sevi aprūpēt. ⁸

⁵ Saskaņā ar TS un Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumu. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/68488-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-likums>

⁶ U.S. Department of Health and Human Services, Department of Aging - What Is Long-Term Care. Pieejams: <https://www.nia.nih.gov/health/what-long-term-care>

⁷ Saskaņā ar TS.

⁸ Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/68488-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-likums>

Termins	Skaidrojums
Personas virs 55 gadiem	Šī izvērtējuma ietvaros tās ir pirmspensijas un pensijas vecuma personas, kuras garīgu vai fizisku traucējumu dēļ nespēj pilnā apjomā veikt ikdienas aktivitātes bez atbalsta. ⁹
Personas ar multipliemiem traucējumiem	Personas ar kombinētiem traucējumiem, piemēram, intelektuāliem un fiziska rakstura traucējumiem, vairākiem sensoriem traucējumiem. ¹⁰
Personas ar smagiem un ļoti smagiem garīga rakstura traucējumiem	Personas ar GRT un ar 1. un 2. invaliditātes grupu. ¹¹
Sabiedrībā balstīts sociālais pakalpojums	Sabiedrībā balstīti sociālie pakalpojumi ir visi sociālie pakalpojumi, izņemot ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus institūcijās. ¹²

⁹ Autoru izstrādāts.

¹⁰ Autoru izstrādāts.

¹¹ LM, Ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumi. Pieejams: http://adm.lm.gov.lv/v/?option=com_content&view=article&id=81540

¹² LM Rīcības plāns deinstitutionalizācijas īstenošanai 2015.- 2020. gadam. Pieejams: http://www.lm.gov.lv/upload/aktualitates/null/2015_15_07_ricplans_final.pdf

IEVADS

Eiropas stratēģija invaliditātes jomā (2010–2020) paredz pamatprincipus, lai personām ar invaliditāti sniegtu iespēju pilnvērtīgi piedalīties sabiedrības dzīvē un izmantot savas pamattiesības. Stratēģijā ir atkārtoti uzsvērti ES apņemšanās veicināt personu ar invaliditāti dalību atpūtas pasākumos, nodarbinātībā, izglītībā, veselības un sociālo pakalpojumu izmantošanā, kā arī īstenot pāreju no institucionālās aprūpes uz kopienas nodrošinātu aprūpi jeb sabiedrībā balstītiem sociāliem pakalpojumiem (turpmāk – SBSP).¹³ Neskatoties uz līdz šim veiktajiem ieguldījumiem un Latvijai saistošo ANO konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām, pilngadīgām personām ar GRT pakalpojumu nodrošināšana institūcijās vēl arvien dominē pār sabiedrībā balstītiem sociāliem pakalpojumiem.

2015. gada beigās tika uzsākta Darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.2.1.pasākuma “Deinstitutionalizācija” īstenošana (turpmāk – DI pasākums), kas paredz personu ar GRT individuālo vajadzību izvērtēšanu un neatkarīgas dzīves atbalstam nepieciešamo SBSP plānošanu un nodrošināšanu. Saskaņā ar “Rīcības plānu deinstitutionalizācijas īstenošanai 2015.-2020.gadam” SBSP ir pakalpojumi, kas personai sniedz atbalstu funkcionālo traucējumu radīto ierobežojumu pārvarēšanai, dodot iespēju dzīvot mājās, ietverot preventīvos pasākumus, lai novērstu institūciju pakalpojumu nepieciešamību. SBSP ir pakalpojumi, kas tuvināti ģimenes videi – aprūpe mājās, pakalpojumi dienas aprūpes centrā, servisa dzīvoklis, grupu māja (dzīvoklis) u.c. SBSP būtiski atšķiras no institūcijās nodrošinātajiem pakalpojumiem, jo saņemot sociālos pakalpojumus institūcijās personas ir:¹⁴

- personas ir izolētas no plašākas sabiedrības un spiestas dzīvot kopā;
- personām nav pietiekamas kontroles pār savu dzīvi un lēmumiem, kas viņus ietekmē;
- organizācijas noteikumi ir prioritāri pār klientu individuālajām vajadzībām.

Sociālo pakalpojumu sniegšanai nepieciešamās infrastruktūras izveidei pašvaldībās piesaistīts Eiropas Reģionālās attīstības fonda finansējums. Pasākuma “Deinstitutionalizācija” ietvaros 2017. un 2018. gadā ir veikta gandrīz 2000 personu ar GRT individuālo vajadzību izvērtēšana un atbalsta plānu izstrāde, balstoties uz apzinātajām vajadzībām un pieejamo sociālo un vispārējo pakalpojumu analīzi, 2018. gadā katram plānošanas reģionam ir izstrādāts attīstāmo SBSP plāns sadalījumā pa pašvaldībām (turpmāk – DI plāns). Atbilstoši pasākumā “Deinstitutionalizācija” izstrādātajiem individuālajiem atbalsta plāniem

¹³ Eiropas Komisija: Pāreja no institucionāliem pakalpojumiem uz kopienas nodrošinātiem pakalpojumiem (deinstitutionalizācija). Pieejams: https://ec.europa.eu/regional_policy/lv/policy/themes/social-inclusion/desinstit/

¹⁴ LM Rīcības plāns deinstitutionalizācijas īstenošanai 2015.- 2020. gadam. Pieejams: http://www.lm.gov.lv/upload/aktualitates/null/2015_15_07_ricplans_final.pdf

2020. gada oktobrī SBSP sniegti 580 personām ar GRT un izveides procesā ir SPSP infrastruktūra: 53 grupu dzīvokļi, 34 specializētās darbnīcas, 57 dienas aprūpes centri un 7 “Atelpas brīža” pakalpojumi.

Izvērtējuma mērķis ir veikt sabiedrībā balstītu sociālo pakalpojumu personām ar GRT, personām ar multipliem traucējumiem un personām virs 55 gadiem, satura, sniegšanas veida, pieejamības un ietekmes uz dzīves kvalitāti izvērtējumu un sniegt priekšlikumus mērķtiecīgiem pasākumiem minēto pakalpojumu pieejamības, ietekmes uz dzīves kvalitāti, efektivitātes un ilgspējas uzlabošanai Latvijā. Pasākums “Deinstitutionalizācija” 2014.–2020. gada plānošanas periodā neaptver pirmspensijas un pensijas vecuma personu mērķa grupu, un atsevišķi neapsver personu ar multipliem traucējumiem vajadzības.

Gatavojoties nākamajam plānošanas periodam, grūtības objektīva novērtējuma iegūšanā radīja apstākļi, ka DI pasākuma ietvaros no jauna veidojamās infrastruktūras izbūve ir tikko uzsākta un to paredzēts pabeigt līdz 2022. gadam. Līdz ar to liela daļa pakalpojumu, kurus teorētiski vajadzētu ietvert SBSP atbilstības un pieejamības vērtēšanā, nav vēl uzsākti. Izvērtējuma pamatā ir primārā izpēte, kas ietvēra mērķa grupu pārstāvju un iesaistīto pušu padziļinātās intervijas, fokusa grupu diskusijas un anketēšanu, kā arī sekundārā izpēte, kas balstās uz statistikas datiem, plānošanas reģionu deinstitutionalizācijas plāniem un progresu ziņojumiem, kā arī iepriekš Latvijā, ES un citur pasaulē veiktiem pētījumiem. Tādēļ primārajā izpētē jautājumi tika rūpīgi pielāgoti, lai vērtētu gan šī brīža situāciju, gan hipotētisko situāciju pēc 2022. gada. Respondentu izvēlē tika meklēti tādi gadījumi, kas vairāk atbilstu 2022. gada kopējai Latvijas situācijai, tādējādi identificējot ieguvumus un problēmas, kādas pēc 2022. gada potenciāli sagaida mērķa grupu kopumā.

Pētījumu veido 7 daļas:

- 1) mērķa grupu raksturojums;
- 2) SBSP pieejamības vērtējums;
- 3) SBSP atbilstības vērtējums mērķa grupu vajadzībām;
- 4) mērķa grupām sniegto pakalpojumu izvērtējums;
- 5) pakalpojumu attīstība;
- 6) mērķa grupu vajadzību un dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģiju izvērtējums;
- 7) atbalsta intensitātes skalas instrumenta lietderības izvērtējums.

Izvērtējumu noslēdz pētījumā iegūtie galvenie secinājumi, priekšlikumi un pielikumi.

1. DAĻA
SABIEDRĪBĀ BALSTĪTO SOCIĀLO
PAKALPOJUMU PIEEJAMĪBAS, ATBILSTĪBAS
UN IETEKMES IZVĒRTĒJUMS

1. MĒRĶA GRUPAS RAKSTUROJUMS

Izvērtējuma mērķis ir veikt sabiedrībā balstītu sociālo pakalpojumu personām ar GRT, personām ar multipliem traucējumiem un personām virs 55 gadiem, satura, sniegšanas veida, pieejamības un ietekmes uz dzīves kvalitāti izvērtējumu un sniegt priekšlikumus mērķtiecīgiem pasākumiem minēto pakalpojumu pieejamības, ietekmes uz dzīves kvalitāti, efektivitātes un ilgspējas uzlabošanai Latvijā.

Personas ar smagiem GRT iedala apakšgrupās, balstoties uz funkcionēšanas ierobežojumu veidu un pakāpi. Praksē GRT tiek iedalīti pēc SSK-10 kodiem (1. attēls). Taču paredzams, ka nākotnē iedalījums mainīsies, jo PVO jau izstrādājusi jaunu klasifikāciju, kas aizstās līdzšinējo SSK-10.

1. attēls. GRT iedalījums

F00-F09 Organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos
• Ietver vairākus psihiskus traucējumus, kas apvienoti vienā grupā, pamatojoties uz kopīgu pierādāmu etioloģiju, kas saistīta ar smadzeņu slimību, smadzeņu ievainojumu vai citu bojājumu un izraisa cerebrālu disfunkciju.
F10-F19 Psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ
• Ietver plašu traucējumu spektru, kas atšķiras pēc to smaguma un klīniskajām formām, bet visi ir saistīti ar vienas vai vairāku psihoaktīvu vielu lietošanu, kas ir vai nav parakstītas ārstnieciskiem mērķiem.
F20-F29 Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi
• Apvieno šizofrēniju kā galveno sastāvdaļu, šizotipiskos traucējumus, persistējošus murgus un plašu akūtu un pārejošu psihotisku traucējumu grupu.
F30-F39 Garastāvokļa [afektīvie] traucējumi
• Iekļaujami gadījumi, ja galvenie traucējumi ir garastāvokļa vai afektīvas pārmaiņas ar depresiju (ar vai bez vienlaicīgas trauksmes) vai pacilātību.
F40-F48 Neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi
F50-F59 Uzvedības sindromi, kas saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem un somatiskiem faktoriem
F60-F69 Pieaugušo personības un uzvedības traucējumi
• Ietverti daudzi klīniski nozīmīgi stāvokļi un uzvedības stereotipi, kas ir ilgstoši un veido indivīdam raksturīgās dzīvesveida izpausmes un izturēšanās manieri pret sevi un citiem.
F70-F79 Garīga atpalcība
• Prāta atpalcības vai nepilnīgas attīstības stāvoklis, kas īpaši izpaužas ar to iemaņu traucējumiem, kas parādās attīstības periodā un iespaido vispārējo intelekta līmeni, <i>t.i.</i> , kognitīvās, valodas, motoriskās un sociālās iemaņas. Atpalcība var būt kopā ar citiem psihiskiem vai somatiskiem traucējumiem vai bez tiem.
F80-F89 Psihiskās attīstības traucējumi
• Traucējumi, kas: a) noteikti sākas zīdaiņa vecumā vai bērnībā; b) funkciju attīstības bojājums vai atpalcība ir cieši saistīti ar centrālās nervu sistēmas bioloģisko nobriešanu; c) traucējumi ir stabili bez remisijām un recidīviem.
F90-F98 Uzvedības un emocionāli traucējumi, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā
F99 Neprecizēti psihiski traucējumi

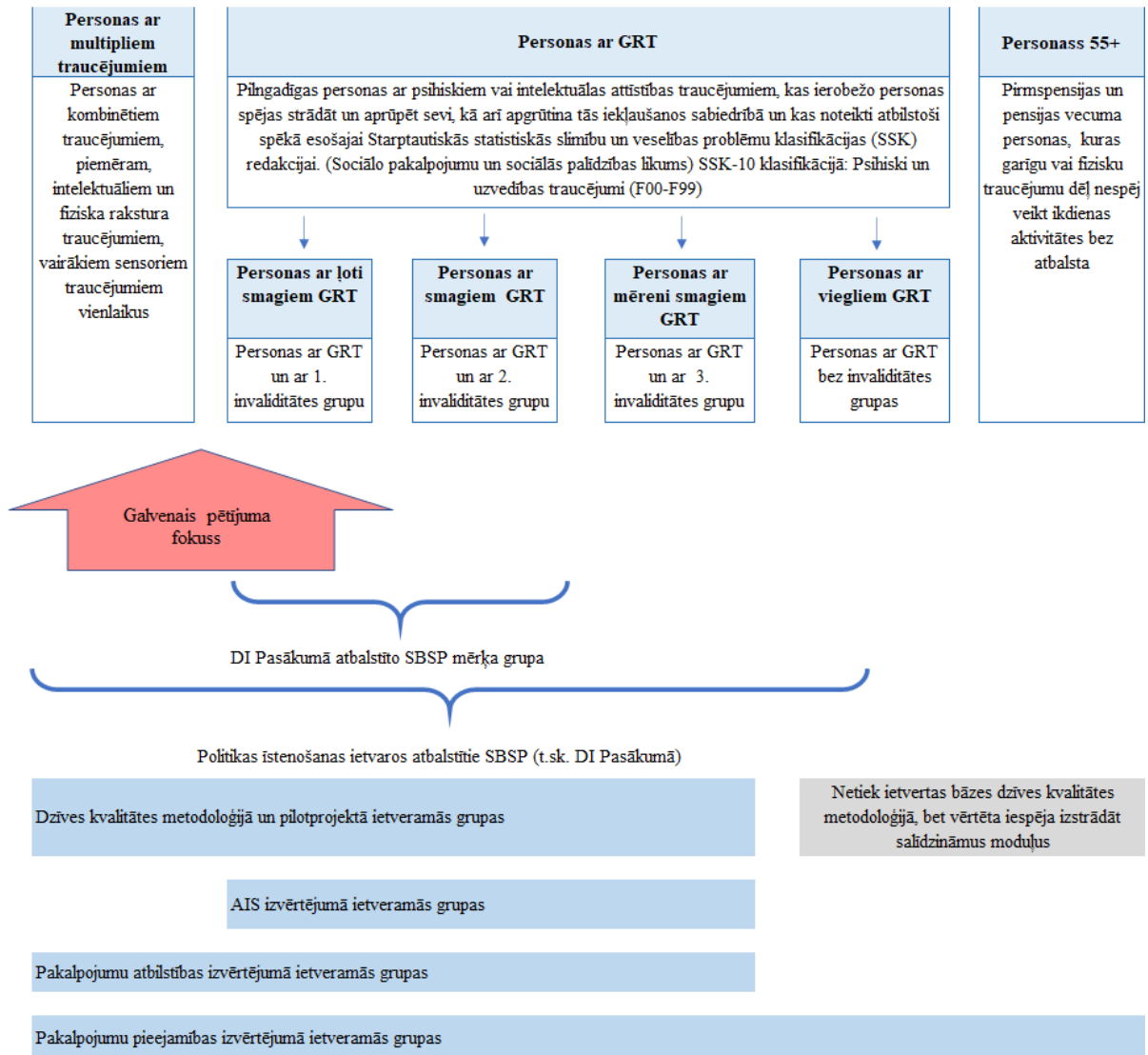
Avots: SPKC¹⁵

Lai īstenotu visus šī novērtējuma uzdevumus, tika izvērtētas dažādu mērķa apakšgrupu dalījuma pazīmes, to praktiskais pielietojums un pieejamie dati attiecīgajos griezumos. Praksē un likumdošanā tiek izmantoti dažādi dalījumi apakšgrupās, kas savstarpēji pārklājas, bet nav definēta precīza to sasaiste,

¹⁵ SPKC, Kodu tabularaksts un skaidrojumi - V Psihiski un uzvedības traucējumi (F00-F99). Pieejams: https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g_5

piemēram, daļījumi pēc GRT smaguma un invaliditātes līmeņa. Rezultātā tika izvēlēti tādi mērķa apakšgrupu formulējumi un interpretācijas, kas ļauj veikt loģisku analīzi tehniskajā specifikācijā noteikto uzdevumu ietvaros.

2. attēls. Mērķa grupu struktūra un sasaiste ar novērtējuma uzdevumiem



Avots: Autoru veidots

Mērķa grupa personām virs 55 gadiem primārās izpētes ietvaros un analīzes gaitā tiek sadalīta apakšgrupās, jo specifiskie dzīves apstākļi un vajadzības būtiski atšķiras:

- 55 g. līdz pensijas vecumam un strādā,
- 55 g. līdz pensijas vecumam un nestrādā,
- pensijas vecumā un strādā,
- pensijas vecumā un nestrādā, bet grib strādāt,
- pensijas vecumā un spēj sevi aprūpēt, nestrādā,
- pensijas vecumā un nespēj sevi aprūpēt.

Personas ar multipliem traucējumiem ir personas ar kombinētiem traucējumiem, piemēram, intelektuāliem un fiziska rakstura traucējumiem, vairākiem sensoriem traucējumiem u.c. Šajā novērtējumā uzmanība pievērsta tām personām, kam multiplie traucējumi ir diagnosticēti kopā ar GRT. Jēdziena “multiplie traucējumi” specifiskais izpausmes veids jeb saslimšanas veidu kombinācija turpmāk dažādās novērtējuma vietās var atšķirties atkarībā no primārās izpētes viedokļu sniedzēju tematiskā konteksta.

2. SBSP PIEJAMĪBA

IZPĒTES JAUTĀJUMI

Vai 2018. gadā sniegtie SBSP personām virs 55 gadiem un personām ar multipliem traucējumiem ir pietiekami pieejami apjoma, teritoriālā izvietojuma un attālumu ziņā, kā arī izmaksu ziņā? Kāda ir objektīvā informācija par SBSP pieejamību visos iepriekšminētajos aspektos, kā arī faktos pamatoti secinājumi un SBSP pieejamības salīdzinājums ar pakalpojumiem institūcijā?

Analīze papildināta ar pieejamības izvērtējumu visām personām ar GRT un vērtēti arī 2017. un 2019. gadi.

PIELIETOTĀ METODOLOĢIJA

Kvantitatīvai SBSP pieejamības analīzei izmantoti LM apkopotie dati par sniegtajiem pakalpojumiem – Pārskati par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībās; DI plāni un to aktualizētās versijas; LM atlasītie operatīvie dati par asistenta pakalpojumiem. Vērtēta esošā situācija attiecībā uz pakalpojumu sniedzēju un saņēmēju skaitu, DI pasākumā plānotie jaunie pakalpojumi, DI plānos veiktās izmaiņas. Balstoties uz vēsturiskajiem datiem un DI pasākumā plānoto, prognozēts iespējamais SBSP saņēmēju skaits un īpatsvars no mērķa grupas pēc 2023. g.

Kvalitatīvā analīze, kā arī daļa no kvantitatīvajiem datiem balstīti uz:

1. sociālo dienestu aptauju;
2. SBSP sniedzēju aptauju;
3. formālo aprūpētāju/ģimenes locekļu aptauju;
4. iesaistīto pušu intervijām.

Detalizētāka informācija par kvalitatīvajā analīzē iesaistītajiem respondentiem un primārās izpētes metodoloģiju pieejama pielikumos.

Personām ar GRT, tai skaitā ar multipliem traucējumiem, sniegto SBSP datu pieejamības izvērtējums

Lai izvērtētu SBSP pieejamību personām ar GRT, tai skaitā ar multipliem traucējumiem, pirmkārt, jāapzina sniegto pakalpojumu klāsts, apjoms un struktūra: kādi pakalpojumi, cik cilvēkiem, kurā gadā un kur bijuši pieejami un izmantoti?

Šāda informācija apkopotā veidā pieejama vairākos avotos:

- pārskati par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībā;
- Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrs;
- pētījums “Esošo sabiedrībā balstītu sociālo pakalpojumu sniegšanas un finansēšanas sistēmas analīze”;

- plānošanas reģionu DI plāni un to progresu ziņojumi.

Turpmāk izvērtēta šo avotu datu apjoms, struktūra un specifika.

Pārskati par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībā

LM organizē ikgadēju statistikas datu vākšanu un apstrādi. Oficiālā statistika sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības jomā atbilst Statistikas likumā noteiktajiem mērķiem un kritērijiem un ir iekļauta oficiālās statistikas programmā, kuru apstiprina Ministru kabinets. Viens no apkopoto datu masīviem ir Pārskati par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībā.¹⁶ Tas ietver ikgadējos datus par SBSP pašvaldību līmenī un atsevišķi izdalītu informāciju par personām ar GRT.

Apkopotā informācija

Atsevišķi izdalīta informācija par personām ar GRT ir šādiem SBSP:

- aprūpe mājās;
- dienas aprūpes centrs;
- grupu mājas;
- pusceļa mājas;
- specializēto darbnīcu pakalpojums.

2017., 2018., un 2019. gadā šiem SBSP ir norādīts pakalpojumu sniedzēju un klientu skaits, kā arī izlietotie līdzekļi katrā pašvaldībā šādos griezumos:

- personas deklarētās dzīves vietas pašvaldības institūciju nodrošinātie sociālie pakalpojumi;
- citu pašvaldību teritorijās nodrošināties sociālie pakalpojumi ;
- nevalstisko organizāciju nodrošinātie pakalpojumi personas deklarētās dzīves vietas pašvaldībā;
- nevalstisko organizāciju nodrošināties pakalpojumi citu pašvaldību teritorijās;
- privātpersonu nodrošinātie sociālie pakalpojumi personas deklarētās dzīves vietas pašvaldībā;
- privātpersonu nodrošināties sociālie pakalpojumi citu pašvaldību teritorijās.

Ierobežojumi

- Pārskatā norādītas personas, par kurām pašvaldības sociālais dienests ir izlietojis pašvaldības finanšu līdzekļus. Apkopojums neietver informāciju par pakalpojumiem, kas finansēti tikai no valsts vai privātiem līdzekļiem.
- Statistisko datu atskaites neietver datus par visiem SBSP.

¹⁶ LM, Statistika sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības jomā. Pieejams: <http://www.lm.gov.lv/lv/publikacijas-petijumi-un-statistika/statistika/valsts-statistika-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-joma>

- Servisa dzīvokļu nodrošinātie sociālie pakalpojumi ir netieši novērtējami – norādīti tikai personām ar smagiem funkcionāliem traucējumiem.
- Pusceļa mājas – 2018. gadā pakalpojumu sniedzēju un saņēmēju norādītais skaits ir 0.

Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrs

LM uztur un aktualizē sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistru¹⁷. Tajā apkopotā informācija ietver datus par sniegto pakalpojumu veidiem un pakalpojumu saņēmēju mērķa grupām.

Apkopotā informācija

Reģistra datu bāzē iespējams atlasīt informāciju par pakalpojumu sniedzējiem, kuri kā mērķa grupu norādījuši personas ar GRT. Informācija pieejama šādos griezumos:

- organizāciju atlase reģionālā griezumā;
- plānotais klientu skaits piedāvātajiem pakalpojumiem;
- citi organizāciju raksturojošie dati.

Atlasot pakalpojumu sniedzējus pēc mērķa grupas “GRT”, tiek iegūti dati par plašāku SBSP klāstu nekā iepriekš izvērtētajos pārskatos par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novadu/republikas pilsētu pašvaldībās:

- SBSP ar izmitināšanu:
 - grupu māja (dzīvoklis),
 - pusceļa māja,
 - īslaicīgās sociālās aprūpes pakalpojums jeb “Atelpas brīdis”.
- SBSP bez izmitināšanas:
 - dienas aprūpes centrs,
 - aprūpe mājās,
 - specializētās darbnīcas,
 - asistenta pakalpojums,
 - atbalsta personas pakalpojums lēmumu pieņemšanā,
 - atbalstītās dzīves pakalpojums – individuālās sociālās rehabilitācijas programma,
 - ģimenes asistenta pakalpojums,
 - individuālais sociālās rehabilitācijas pakalpojums,
 - sociālā rehabilitācija,
 - dienas aprūpes centrs,

¹⁷ Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrs. Pieejams: <https://vspmis.lm.gov.lv/Public/PublicetsPakalpojums>

- diennakts krīzes tālrunis.

Ierobežojumi

Plānotais klientu skaits piedāvātajiem pakalpojumiem var attiekties uz vairākām mērķa grupām, ja tādas norādītas. Diemžēl precīzs skaits nav norādīts visiem pakalpojumiem.

Pētījums “Esošo sabiedrībā balstītu sociālo pakalpojumu sniegšanas un finansēšanas sistēmas analīze”

Pētījuma ietvaros tika veikta 38 pašvaldību aptauja, kas ietvēra arī informāciju par dažādām mērķa grupām sniegtajiem SBSP.

Apkopotā informācija

2017. gada pētījumā 38 sociālo dienestu un citu pakalpojumu sniedzēju aptaujas rāda, ka personas ar GRT saņēmušas vairāk SBSP, nekā izriet no Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistra (pēdējie seši sarakstā):

- aprūpes mājās sociālie pakalpojumi,
- asistenta pakalpojums,
- “Atelpas brīža” pakalpojums,
- atbalsta grupas, grupu nodarbības,
- atbalsta ģimenes pakalpojums,
- atbalsta personas pakalpojums,
- dienas aprūpes centra sociālie pakalpojumi,
- grupu mājas (dzīvokļi) pakalpojums personām ar GRT,
- ģimenes asistenta pakalpojums,
- speciālistu individuālās konsultācijas (piem., psihoterapeita, ergoterapeita u.c. konsultācijas, neskaitot psihologa pakalpojumus),
- specializēto darbnīcu pakalpojumi,
- **Ārpus reģistra pakalpojumi:**
- krīzes centru, krīzes tālruņa un uzticības tālruņa sniegtie sociālie pakalpojumi,
- patversmes sociālie pakalpojumi,
- psihologa pakalpojumi,
- sociālās rehabilitācijas pakalpojumi no psihoaktīvām vielām atkarīgām personām,
- sociālās rehabilitācijas pakalpojumi personām pēc brīvības atņemšanas soda izciešanas,
- sociālās rehabilitācijas pakalpojumi no vardarbības cietušām pilngadīgām personām.

Sociālo dienestu un citu pakalpojumu sniedzēju vērtējumi par saņemto SBSP skaitu var tikt skaidroti ar to, ka daļa klientu pārstāv vairākas specifiskās mērķa grupas, no kurām “personas ar GRT” ir tikai viena. Līdz ar to šeit tiek uzrādīti arī tādi SBSP, kas sākotnēji paredzēti citām grupām, piemēram “Sociālās rehabilitācijas pakalpojumi no psihoaktīvām vielām atkarīgām personām”.

Ierobežojumi

Aptauja ir salīdzinoši sena (2016./2017. g.) un arī pārklājums ir daļējs, jo aptaujā piedalījās tikai 38 no 109 Latvijas pašvaldībām.

Plānošanas reģionu DI plāni un progresa ziņojumi

Plānošanas reģionu DI plāni un progresa ziņojumi ietver detalizācijas ziņā vispilnvērtīgāko informāciju, taču dažādiem plānošanas reģioniem ir atšķirīgi formāti, kas ierobežo salīdzināšanas un analīzes iespēju.

Apkopotā informācija

DI plāni ietver:

- datus par personu ar GRT skaitu pašvaldību griezumā un dalījumā pa mērķa grupām/riska grupām, kā arī pēc GRT smaguma pakāpes;
- detalizētus aprakstus par personām ar GRT pieejamiem SBSP pašvaldību griezumā un daļēji arī par šo pakalpojumu kapacitāti;
- detalizētus aprakstus par plānotajiem SBSP pašvaldību griezumā;
- apkopojumu par personu ar GRT skaitu, kam nepieciešams konkrētais SBSP, un DI Pasākumā plānoto personu skaitu, kas pakalpojumu saņems.

DI plānu progresa ziņojumi un LM aktuālo datu apkopojums ietver:

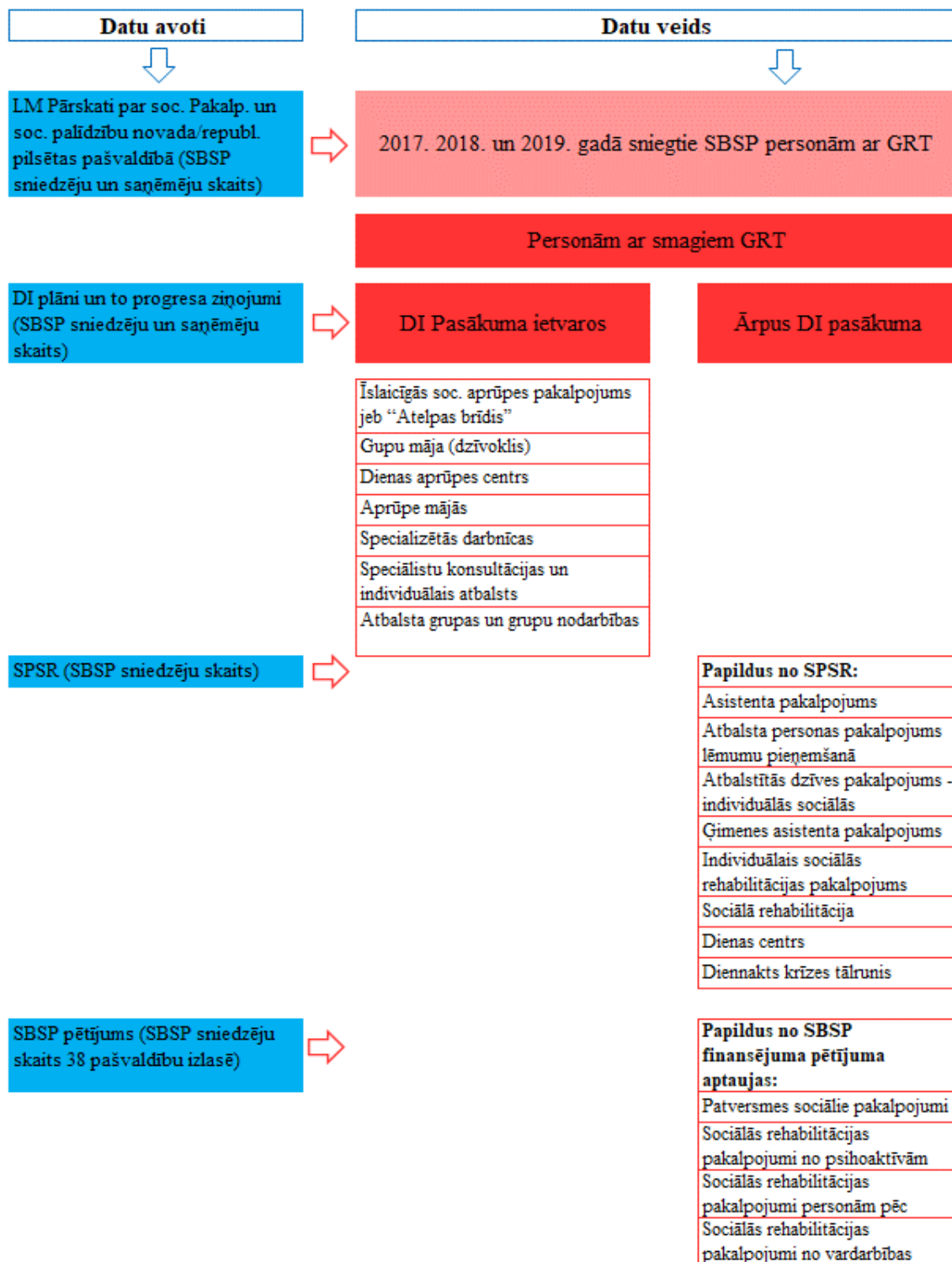
- personu ar GRT skaitu, kas saņēmuši katru no DI Pasākuma ietvaros īstenotajiem pakalpojumu veidiem;
- no jauna veidojamo SBSP kapacitāti dalījumā pa pasākumu veidiem un pašvaldībām.

Ierobežojumi

Atsevišķos DI plānos trūkst precīza analītiska kopsavilkuma par personu ar GRT skaitu, vajadzībām, esošajiem un plānotajiem SBSP DI Pasākuma ietvaros.

Kopsavilkums par datu pieejamību dalījumā pa mērķa grupām un SBSP sniegts 3. attēlā.

3. attēls. Datu avoti un datu struktūra par personām ar GRT sniegtajiem SBSP

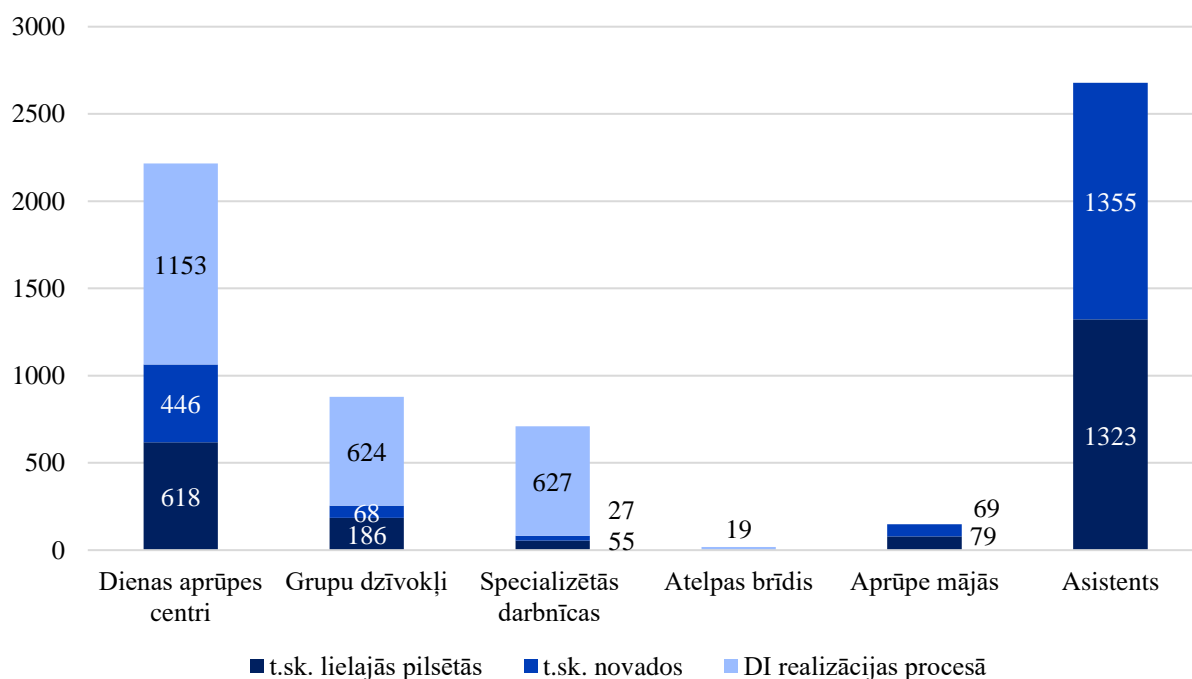


Avots: Autoru veidots

Personām ar GRT, tai skaitā ar multipliem traucējumiem, sniegto un plānoto SBSP kvantitatīvais raksturojums

Lai iegūtu kopainu par sniegto un plānoto SBSP apjomu, tika apkopoti dati no Pārskata par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībās 2019. gadā un LM apkopotās informācijas par DI pasākuma plāniem, balsoties uz aktuālākajiem plānošanas reģionu datiem (atbilstoši plānošanas reģionu DI plānu grozījumiem līdz 01.01.2021.). Šajos avotos ir pieejama informācija par tiem SBSP, kuru attīstībā veikti būtiskākie DI pasākuma ieguldījumi jaunu pakalpojumu izveidē. DI pasākuma ietvaros ar ERAF atbalstu plānots izveidot 151 sociālo pakalpojumu sniegšanas vietu – 57 dienas aprūpes centrus, 53 grupu mājas (dzīvokļus), 33 specializētās darbnīcas un 8 “Atelpas brīža” pakalpojumus. 4. un 5. attēlā atspoguļoti pieejamie apkopotie dati par SBSP sniedzēju un saņēmēju skaitu 2019. gadā, kā arī DI pasākuma ietvaros papildus plānoto līdz 2023. gadam.

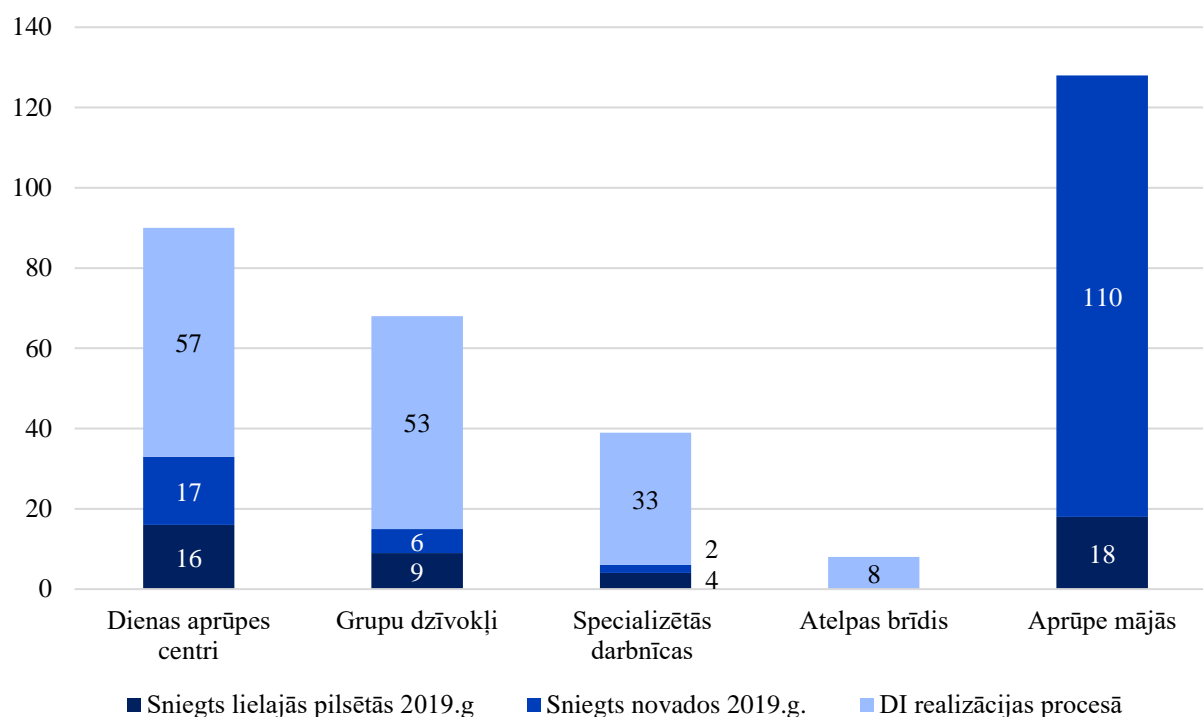
4. attēls. Pakalpojumu saņēmēju skaits Latvijā personām ar GRT¹⁸



Avots: Autoru veidots, balstoties uz Pārskatu par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībā 2019. g. un LM apkopotās informācijas par DI pasākuma plāniem

¹⁸ Neliela daļa no ERAF ieguldījumiem, kas attēlā norādīti kā “DI realizācijas procesā”, plānota esošo pakalpojumu pilnveidošanai/paplašināšanai, nevis jaunu izveidei, līdz ar to kopējais stabiņa apjoms attēlā ir nedaudz lielāks par faktisko pakalpojumu sniedzēju skaitu.

5. attēls. Pakalpojumu sniedzēju skaits Latvijā personām ar GRT



Avots: Autoru veidots, balstoties uz Pārskatu par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībā 2019. g. un LM apkopotās informācijas par DI pasākuma plāniem

Vēsturiskie dati par pakalpojumu saņēmējiem iegūti, summējot savas pašvaldības institūciju nodrošinātos sociālos pakalpojumus ar iepirktajiem no citas pašvaldības; no nevalstiskajām organizācijām savas pašvaldības teritorijā; no nevalstiskajām organizācijām ārpus savas pašvaldības teritorijas; no privātpersonām savas pašvaldības teritorijā un ārpus savas pašvaldības teritorijas. Summārie dati par pakalpojumu sniedzējiem iegūti, uzskaitot visus pakalpojumu sniedzējus savas pašvaldības teritorijā, lai novērstu dubultu uzskaiti. Šāda pieeja lietota pieņemot, ka nav neviena pakalpojumu sniedzēja, kas sniegtu pakalpojumus tikai citās pašvaldībās, bet ne savējā. Detalizēti apkopotie un analizētie dati pieejami pielikumā Nr. 19. Datu analīze dalījumā pēc SBSP sniedzēja veida (pašvaldības/ NVO/ privātie) izvērstā nodaļā par NVO lomu pakalpojumu sniegšanā.

Dienas aprūpes centra pakalpojumus personām ar GRT 2019. gadā sniedza 33 pakalpojumu sniedzēji, no tiem puse novados, puse – lielajās pilsētās. 67 % gadījumu pakalpojumu sniedzējs bija savā pašvaldībā, taču būtiski atšķiras lielo pilsētu un novadu dati. Lielajās pilsētās tika izmantoti tikai savas pašvaldības dienas aprūpes centri, savukārt novados 48 % pakalpojumu sniedzēju bija ārpus savas pašvaldības. Analogiski vērtējot pakalpojumu saņēmēju skaitu, kopumā pakalpojumi tika sniegti 1064 personām – 58 % lielajās pilsētās un 42 % novados. 93 % personu pakalpojumus saņēma savā pašvaldībā (100 % – lielajās pilsētās, bet 84 % – novados). Pusei pakalpojumu saņēmēju tika iepirkti (65 % lielajās

pilsētās, bet 35 % - novados). Vērtējot pakalpojumu saņēmēju skaitu uz vienu pakalpojumu sniedzēju novērojams, ka lielajās pilsētās pakalpojumu saņēmēju blīvums dienas aprūpes centrā ir ievērojami lielāks – vidēji 39 personas, turpretī novados – 14 personas.

DI pasākuma izveides procesā ir 57 dienas aprūpes centri, kas vērtējams kā 172 % pieaugums salīdzinājumā ar esošo pakalpojumu klāstu 2019. g. Procesā rezultātā pakalpojumu saņēmēju skaitam vajadzētu dubultoties, sasniedzot 2217 personas. Jaunveidojamo vietu skaits plānots 959 personām¹⁹, kam vajadzētu nodrošināt pakalpojumus 1153 personām ar GRT²⁰. Paredzamais pakalpojumu saņēmēju vidējais blīvums DI pasākumā veidotajos dienas aprūpes centros ir 20 personas. Ņemot vērā, ka pakalpojumi DI pasākuma ietvaros tiek prioritāri attīstīti novadu teritorijās, kur līdz šim tie nebija pieejami, plānotais klientu skaits, balstoties uz vēsturisko, vērtējams kā pamatots. Taču līdzšinējā pieredze lielajās pilsētās liek secināt, ka teorētiski dienas aprūpes centros ir iespējama papildu kapacitāte, lai varētu pakalpojumu saņēmēju skaitu dubultot. Taču tas atkarīgs arī no konkrēto infrastruktūras risinājumu tehniskās kapacitātes, kā arī cilvēkresursu pieejamības un sagatavotības.

Grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojumus personām ar GRT 2019. g. sniedza 15 pakalpojumu sniedzēji, no kuriem 40 % bija novados, bet 60 % – lielajās pilsētās. 63 % gadījumu pakalpojumu sniedzējs bija savā pašvaldībā, taču būtiski atšķiras lielo pilsētu un novadu dati. Lielajās pilsētās 90 % pakalpojumu sniedzēju bija no savas pašvaldības, savukārt novados – 43. Analogiski vērtējot pakalpojumu saņēmēju skaitu, kopumā pakalpojumi tika sniegti 254 personām – 73 % lielajās pilsētās un 27 % novados. 96 % personu pakalpojumus saņēma savā pašvaldībā (99 % – lielajās pilsētās, bet 87 % – novados). 58 % pakalpojumu saņēmēju tika iepirkti (74 % lielajās pilsētās, bet 16% – novados). Vidējais pakalpojumu saņēmēju skaits uz vienu pakalpojumu sniedzēju lielajās pilsētās bija 19 , bet novados – 5. Tas norāda, ka lielajās pilsētās dominē grupu mājas, bet novados – dzīvokļi.

DI pasākuma izveides procesā ir 53 grupu mājas (dzīvokļi), kas vērtējams kā 353 % pieaugums salīdzinājumā ar 2019. g. esošo pakalpojumu klāstu . Jaunveidojamo vietu un personu skaits plānots 626 personām^[20], jeb par 264 % vairāk, nekā sniegts 2019. g., rezultātā 2023. g. tiks nodrošināta pakalpojumu pieejamība 880 personām. Paredzamais pakalpojumu saņēmēju vidējais blīvums ir 12 personas, kas norāda, ka nozīmīgā apjomā ietverti gan grupu dzīvokļi, gan grupu mājas.

Specializēto darbnīcu pakalpojumus personām ar GRT 2019. g. sniedza 6 pakalpojumu sniedzēji: 4 no tiem lielajās pilsētās un 2 – novados. Visi pakalpojumi tika sniegti tikai savās pašvaldībās. Lielajās pilsētās 75 % no pakalpojumu sniedzējiem jeb 89 % no pakalpojumu saņēmējiem, pakalpojumi

¹⁹ Pašvaldību plānotie sociālie pakalpojumi cilvēkiem ar garīga rakstura traucējumiem DI ERAF projektos (atbilstoši plānošanas reģionu DI plānu grozījumiem līdz 01.01.2021.)

²⁰ Saskaņā ar DI plānos norādīto informāciju un autoru aprēķiniem, kas detalizētāk izklāstīti zemāk.

tika iepirkti, bet novados - visi. Pakalpojumi tika sniegti 82 personām, no kurām 67 % bija lielajās pilsētās, bet 33 % novados. Taču jāatzīmē, ka LM statistiskās uzskaites sistēma personas ar GRT šajos pakalpojumos uzskaita kopā ar personām ar redzes un dzirdes invaliditāti, tādēļ faktiskais skaits vērtējams kā zemāks. Vidējais pakalpojumu saņēmēju skaits uz vienu pakalpojumu sniedzēju bija 14 – vienādi lielajās pilsētās un novados.

DI pasākuma izveides procesā plānotas 33 specializētās darbnīcas, kas ir gandrīz 6 reizes vairāk par pašreizējo skaitu. Plānotais vietu skaits ir 488, kas pēc DI plānos ietvertās informācijas un autoru aprēķiniem nodrošinātu pakalpojumus 627 personām, jeb gandrīz 8 reizes vairāk nekā 2019. g. 2023. g. pakalpojumam vajadzētu būt pieejamam 709 personām. Vidējais pakalpojumu saņēmēju skaits uz vienu pakalpojumu sniedzēju plānots 19, kas ir vairāk nekā līdz šim un norāda uz potenciāli efektīvāku resursu izmantošanu.

1. tabula. Asistenta pakalpojumu saņēmēju skaits dalījumā pa saņemšanas mērķiem

Pakalpojuma saņemšanas mērķis	Personu ar GRT skaits	t.sk. 1. invaliditātes grupa	t.sk. 2. invaliditātes grupa
Strādā algotu darbu vai veic saimniecisko darbību	154	2	152
Iegūst izglītību pamata, vidējās vai augstākās izglītības iestādē, apmeklē pirmsskolas izglītības iestādi, kvalifikācijas celšanas vai profesionālās pilnveides kursus	195	74	121
Apmeklē dienas aprūpes centru, dienas centru vai citu sociālās aprūpes institūciju vai sociālās rehabilitācijas institūciju	649	338	311
Iesaistās dažādos sociālajos pasākumos	596	234	362
Saņem ārstniecības pakalpojumus, apmeklē ģimenes ārstu. Apmeklē valsts un pašvaldību iestādes, institūcijas, kurām ir deleģēta valsts un pašvaldību uzdevumu izpilde, finanšu institūcijas, kā arī institūcijas personas interešu	2348	848	1500
Iesaistīšanās sociālās iekļaušanas pasākumos	2583	949	1634
Iegūst izglītību pamata, vidējās izglītības iestādē, apmeklē pirmsskolas izglītības iestādi, kvalifikācijas celšanas vai profesionālās pilnveides kursus	62	26	36
Iegūst augstāko izglītību	1	0	1

Avots: Autoru apkopots no LM operatīvajiem datiem par Asistenta pakalpojumu sniegšanu

Papildus trim iepriekš izvērtētajiem SBSP, kas tiek veidoti DI pasākuma ietvaros, izveides procesā ir arī 8 “**Atelpas brīža**” pakalpojumi, kopumā nodrošinot 19 pakalpojumu saņēmēju vietas.

Aprūpe mājās 2019. g. tika sniegta 148 personām ar GRT, no kurām 53 % – lielajās pilsētās, bet 47 % – novados. 88 % pakalpojuma saņēmēju tos saņēma savā pašvaldībā (līdzīgi lielajās pilsētās un novados). 28 % saņēma iepirktos pakalpojumus (35 % – lielajās pilsētās, bet 19 % – novados). Kopējais pakalpojumu sniedzēju skaits bija 128, taču ietvēra arī citas mērķa grupas, tādēļ nevar precīzi pateikt, cik no tiem attiecināmi uz personām ar GRT.

Asistenta pakalpojumi 2019. g. tika sniegti 2678 personām ar GRT, uz pusēm lielajās pilsētās un novados.

Izplatītākie pakalpojuma sniegšanas mērķi bija “saņemt ārstniecības pakalpojumus, apmeklēt ģimenes ārstu. Apmeklēt valsts un pašvaldību iestādes, institūcijas, kurām ir deleģēta valsts un pašvaldību uzdevumu izpilde, finanšu institūcijas, kā arī institūcijas personas interešu” un “iesaistīšanās sociālās iekļaušanas pasākumos”. Abi šie mērķi bija salīdzinoši pieprasītāki personām ar 2. invaliditātes grupu. Tiem seko sociālās aprūpes vai rehabilitācijas institūciju apmeklēšana, tad izglītības aktivitātes un pēdējā vietā ierindojas atbalsts algota darba vai saimnieciskās darbības veikšanai. Attiecībā uz mērķu kategorizāciju turpmākai uzskaiti ieteicams precizēt ar izglītību saistītos mērķus, jo patreizējā iedalījumā nav skaidra sasaiste starp tabulas 2. un 7. rindu.

SBSP sniegto pakalpojumu dinamika pa gadiem

Vērtējot personām ar GRT sniegto SBSP dinamiku pa gadiem, kopumā novērojams pieaugums dienas aprūpes centru, grupu māju (dzīvokļi), specializēto darbnīcu pakalpojumos, bet samazinājums aprūpes mājās pakalpojumos (skat. 2. tabula).

2. tabula. Personas ar GRT, kas saņēmušas SBSP 2017.-2019.g., skaits

Gads	Dienas aprūpes centri	Grupu mājas (dzīvokļi)	Specializētās darbnīcas	Aprūpe mājās
2017	929	241	68	168
2018	931	253	94	150
2019	1064	254	82	148

Avots: Autoru veidots, balstoties uz Pārskatiem par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībā

Dienas aprūpes centros 2019. gadā bija pakalpojumu saņēmēju pieaugums par 15%, salīdzinot ar 2017. un 2018. g. Grupu dzīvokļu pakalpojumu saņēmēju skaits 2017-2019. g. pieauga par 13 cilvēkiem, jeb 5%. Specializēto darbnīcu pakalpojumu saņēmēju skaits strauji pieauga par 38% 2018.g. un tad 2019.g. samazinājās, taču joprojām bija par 21% lielāks, nekā 2017.g. Aprūpes mājās pakalpojumu saņēmēju skaitam bija novērojama samazinājuma tendence no 2017.-2019.g. samazinoties par 20 personām, jeb 12% (skat. 3. tabula).

3. tabula. Personas ar GRT, kas saņēmušas SBSP 2017.-2019.g., izmaiņas pret 2017.g., %

Gads	Dienas aprūpes centri	Grupu mājas (dzīvokļi)	Specializētās darbnīcas	Aprūpe mājās
2018	0%	5%	38%	-11%
2019	15%	5%	21%	-12%

Avots: Autoru veidots, balstoties uz Pārskatiem par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībā

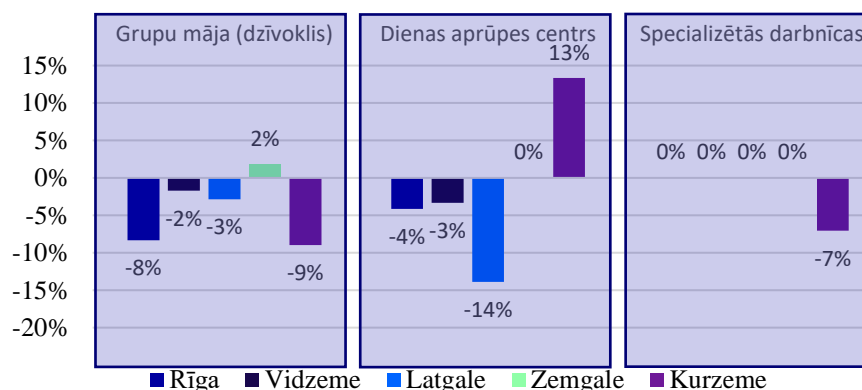
Pasākuma “Deinstitutionalizācija” plānotās izmaiņas un progress

Deinstitutionalizācijas plānu izmaiņu kopsavilkums

DI plānu ieviešanas gaitā vairākkārt tika veiktas plānu izmaiņas un korekcijas. Kopējo attīstības plānu izvērtēšanai tika izmantota aktuālākā informācija par 2021. g. janvāri – LM apkopojums “Pašvaldību plānotie sociālie pakalpojumi cilvēkiem ar garīga rakstura traucējumiem DI ERAF projektos (atbilstoši plānošanas reģionu DI plānu grozījumiem līdz 01.01.2021.)”, kā arī ZPR individuālās norādes, kā rezultātā jauno dienas aprūpes centru vietu skaits ZPR koriģēts no apkopojumā ietvertajām 223 vietām uz 193 vietām, kas saistīts ar labiekārtotajām, nevis jaunveidotajām vietām. Izmaiņu detalizētam vērtējumam izmantoti DI plānu progresā ziņojumi, kas iesniegti 2020. g. vidū, tādēļ detalizētais vērtējums ir daļējs, jo neietver 2020. g. otrajā pusē veiktās izmaiņas.

Salīdzinot plānoto, no jauna veidojamo SBSP vietu skaitu ar sākotnējo 2018. g. DI plānos paredzēto, var konstatēt vietu skaita samazinājuma tendenci, izņemot ZPR un dienas aprūpes centrus KPR, kur vērojams palielinājums. Saskaitot visas mainītās pakalpojumu vietas, kumulatīvi ir prognozējams neliels samazinājums par 46 pakalpojumu vietām jeb 2,2 % (no 2114 līdz 2068).

6. attēls. Plānoto no ja prognozējamā pakalpojumu apjoma un veidojamo SBSP vietu skaita izmaiņas, % pret sākotnēji plānoto



Avots: Autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegtajiem DI plānu ieviešanas progresā ziņojumiem

4. tabula. SBSP vietu skaita izmaiņas DI plānos

SBSP	Plānotās vietas 2018.g.red.	Plānotās vietas 2021.g.red.	Izmaiņas, vietas	Izmaiņas, %
Grupu māja (džīvoklis)	648	624	-24	-3.7%
Dienas aprūpes centrs	964	929	-35	-3.6%
Specializētās darbnīcas	502	496	-6	-1.2%
“Atelpas brīdis”	15	19	4	26.7%
Kopā	2114	2068	-46	-2.2%

Avots: Autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegtajiem DI plānu ieviešanas progresā ziņojumiem

Samazinājums novērojams grupu māju (dzīvokļu) vietu skaitā – par 3,7 % pret sākotnēji plānoto, specializētajām darbnīcām - par 1,2 %, bet dienas aprūpes centriem - par 3,6%. “Atelpas brīža” vietu skaits palielinājies no 15 vietām līdz 19 vietām (skat. 4. tabulu).

Deinstitutionalizācijas plānu izmaiņu detalizēts izvērtējums

2018. un 2019. gados DI pasākuma ietvaros plānošanas reģionu izstrādātajos DI plānos tika pieprasītas un apstiprinātas virkne izmaiņu. Izvērtējot plānošanas reģionu 2020. gadā iesniegtos DI plānu ieviešanas progresu ziņojumus, var konstatēt, ka būtiskākās apstiprinātās izmaiņas attiecas uz ERAF atbalsta (DI Infrastruktūras pasākums) ietvaros izveidojamo SBSP infrastruktūru. Daļa izmaiņu attiecas uz organizatoriskiem jautājumiem un sākotnēji plānotās adreses maiņu, pamatojot to ar saimnieciskiem vai citiem apsvērumiem. Taču būtiska daļa izmaiņu attiecas uz lēmumiem atteikties no infrastruktūras izveides vairākās pašvaldībās, kā arī piedāvātā pakalpojuma apjoma izmaiņām. Lai novērtētu, vai šīs izmaiņas neapdraud DI pasākuma mērķu sasniegšanu, tās tika detalizēti apkopotas un izvērtētas.

Starp iemesliem, kāpēc nolemts atteikties no SBSP izveides vai samazināt vietu skaitu, tiek minēts gan pieprasījuma trūkums, gan finansiāli un saimnieciski pakalpojuma nodrošināšanas aspekti, gan arī vienošanās ar esošajiem nevalstiskā un privātā sektora SBSP sniedzējiem, kas organizēs atbilstošā pakalpojumu apjoma nodrošināšanu. Vidzemes plānošanas reģiona (turpmāk – VPR) pašvaldību aptaujā identificēts, ka biežāk minētie iemesli ir problēmas saņemt Valsts Kases aizdevumu, ja iepirkuma rezultātā būtiski pārsniegtas būvniecības izmaksas, kā arī trūkst pieprasījuma no konkrētām mērķa grupām (piemēram, jaunieši). Tādēļ pašvaldības apsver arī iespēju īstenot pakalpojumus mazākā apjomā. Arī attiecībā uz izmaiņu iemeslu uzskaiti LM ieteicams izveidot vienotu ziņošanas formu (vēlams elektroniski vienotā datu bāzē), lai datus varētu salīdzinošā veidā izvērtēt un operatīvi lemt par preventīvām atbalsta aktivitātēm.

Zemāk DI plānu izmaiņas raksturotas katram plānošanas reģionam atsevišķi. Izmaiņu kopsavilkumiem izmantoti dati, ko LM apkopoja 01.01.2021., savukārt detalizēti apraksti balstīti uz 2020.g. pirmajā pusē DI progresu ziņojumos sniegtajiem skaidrojumiem par izmaiņām un neietver visas izmaiņas. Tādēļ summējot detalizēti raksturotās izmaiņas, rezultāti vietām atšķiras no kopsavilkuma datiem.

Rīgas plānošanas reģions

Rīgas plānošanas reģiona (turpmāk – RPR) plāna izmaiņu rezultātā kopējais jauno SBSP plānoto vietu skaits samazināts no 411 līdz 391 vietām jeb par 5 %. Lielāko daļu no tā veido grupu dzīvokļu vietu skaita samazināšana par 11 vietām. Par 8 samazinājies vietu skaits dienas aprūpes centros (skat. 5. tabulu).

5. tabula. RPR DI plānā veiktās izmaiņas infrastruktūras izveidē, vietu skaits

SBSP	Plānotās vietas 2018.g. red.	Plānotās vietas 2021.g. red.	Izmaiņas, vietas	Izmaiņas, %
Grupu māja (dzīvoklis)	132	121	-11	-9 %
Dienas aprūpes centrs	193	185	-8	-4 %
Specializētās darbnīcas	71	71	0	0 %
“Atelpas brīdis”	15	15	0	0 %
Kopā	411	392	-19	-5 %

Avots: Autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegto DI plānu ieviešanas progressa ziņojumu

Vērtējot konkrētu pašvaldību griezumā, skartas ir vismaz 5 pašvaldības (skat. 6. tabulu). Saulkrastu novada dome, nolēmjot atteikties no dienas aprūpes centra izveides pilngadīgām personām ar GRT, pamatoja, ka kopumā ir zudusi nepieciešamība attīstīt pakalpojumu paredzētajām 12 personām. Savukārt Ādažu novada dome nolēma palielināt vietu skaitu par 10. Lielvārdes un Ropažu novadu pašvaldības nolēma atteikties no grupu dzīvokļa izveides, savukārt Carnikavas novadā lemts veidot par 4 vietām vairāk.

6. tabula. RPR DI plānā veiktās izmaiņas infrastruktūras izveidē dalījumā pa pašvaldībām, vietu skaits

SBSP	Ropažu novads	Lielvārdes novads	Ādažu novads	Carnikavas novads	Saulkrastu novads	Kopā
Grupu māja (dzīvoklis)	-4	-10		4		-10
Dienas aprūpes centrs			10		-12	-2

Avots: Autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegto DI plānu ieviešanas progressa ziņojumu.

Vidzemes plānošanas reģions

Plāna izmaiņu rezultātā kopējais jauno SBSP plānoto vietu skaits samazinājies no 591 līdz 579 vietām jeb par 2 %, no kā lielāko daļu veido dienas aprūpes centra vietu samazināšana par 9 vietām. Par 3 vietām samazinājies grupu dzīvokļu vietu skaits (skat. 7. tabulu).

7. tabula. VPR DI plānā veiktās izmaiņas infrastruktūras izveidē, vietu skaits

SBSP	Plānotās vietas 2018.g. red.	Plānotās vietas 2021.g. red.	Izmaiņas, vietas	Izmaiņas, %
Grupu māja (dzīvoklis)	174	171	-3	-2 %
Dienas aprūpes centrs	272	263	-9	-3 %
Kopā	591	579	-12	-2 %

Avots: Autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegto DI plānu ieviešanas progressa ziņojumu

Vērtējot konkrētu pašvaldību griezumā, tiešā veidā skartas ir vismaz 2 pašvaldības un vēl 2 netiešā veidā (skat. 8. tabulu).

8.tabula. VPR DI plānā veiktās izmaiņas infrastruktūras izveidē dalījumā pa pašvaldībām

SBSP	Mazsalacas novads	Apes novads	Kopā
Grupu māja (dzīvoklis)	-3		-3
Dienas aprūpes centrs		-9	-9

Avots: Autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegto DI plānu ieviešanas progressa ziņojumu

Apes novada pašvaldība nolēma atteikties no SBSP izveides. Tika pieņemts lēmums Apes novadam plānoto finansējumu pārdalīt Smiltenes un Alūksnes pašvaldībām proporcionāli veidojamo vietu skaitam dienas aprūpes centros cilvēkiem ar GRT. Ņemot vērā to, ka gan Alūksnes, gan Smiltenes novada pašvaldības plānojušas ieguldīt pašvaldības līdzfinansējumu lielākā apmērā nekā noteikts MK noteikumos nr. 871, vietu skaits dienas aprūpes centros netiek palielināts, taču tiek palielināts pakalpojumu saņēmēju skaits (par 4 cilvēkiem Alūksnes novada pašvaldības dienas aprūpes centrā un par 5 cilvēkiem Smiltenes novada pašvaldības dienas aprūpes centrā). Mazsalacā grupu dzīvokļa vietu skaits samazināts no 16 līdz 13 vietām. Taču potenciāli izmaiņas var skart arī citas pašvaldības. Saskaņā ar VPR veikto pašvaldību aptauju riski neīstenot plānotās aktivitātes pilnā apjomā pastāvēja Valkas, Rūjienas, Mazsalacas, Kocēnu un Cēsu pašvaldībās, taču tie ir novērsti.

Latgales plānošanas reģions

Latgales plānošanas reģiona (turpmāk – LPR) plāna izmaiņu rezultātā kopējais jauno SBSP plānoto vietu skaits samazinājies par 7 % jeb no 479 vietām līdz 445 vietām (skat. 9. tabula). Lielāko daļu no tā veido dienas aprūpes centru vietu samazinājums par 30 vietām. Par 4 vietām samazinājies vietu skaits grupu dzīvokļos.

9. tabula. LPR DI plānā veiktās izmaiņas infrastruktūras izveidē

SBSP	Plānotās vietas 2018.g. red.	Plānotās vietas 2021.g. red.	Izmaiņas, vietas	Izmaiņas, %
Grupu māja (dzīvoklis)	140	136	-4	-3%
Dienas aprūpes centrs	216	186	-30	-14%
Kopā	479	445	-34	-7%

Avots: Autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegto DI plānu ieviešanas progressa ziņojumu

Vērtējot konkrētu pašvaldību griezumā, skartas ir vismaz 5 pašvaldības, un vietu skaita samazinājums pēc pašvaldību iesniegtajām ziņām ir lielāks nekā ziņotajā kumulatīvajā skaitā. Daļa no izmaiņām vairs nav aktuālas (skat. 10. tabula).

10. tabula. LPR DI plānā veiktās izmaiņas infrastruktūras izveidē dalījumā pa pašvaldībām

SBSP	Aglonas novads	Dagdas novads	Riebiņu novads	Krāslavas novads	Rēzeknes novads	Kopā
Grupu māja (dzīvoklis)		-8	-8	8	-8	-16
Dienas aprūpes centrs	-10	-8	-10	10	-12	-30
Specializētās darbnīcas		-4	-6			-10

Avots: Autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegto DI plānu ieviešanas progress ziņojumu

Trīs LPR pašvaldības ir atteikušās no projekta īstenošanas DI Infrastruktūras pasākuma ietvaros – Aglonas novads, Dagdas novads un Riebiņu novads. Krāslavas novada pašvaldība, pārņemot rezultatīvo rādītāju izpildi un finansējumu no Aglonas novada pašvaldības, veidos dienas aprūpes centru pilngadīgām personām ar GRT (10 vietas), un, pārņemot rezultatīvo rādītāju izpildi un finansējumu no Dagdas novada pašvaldības, veidos “Grupu māju (dzīvokli)” pakalpojumu personām ar GRT (8 vietas).

Zemgales plānošanas reģions

Zemgales plānošanas reģiona (turpmāk – ZPR) plāna izmaiņu rezultātā kopējais jauno SBSP plānoto vietu skaits palielinājies par 6 vietām jeb pieaugums par 2 %: 2 jaunas grupu dzīvokļu vietas un 4 “atelpas brīža” vietas (skat. 11. tabula).

11. tabula. ZPR DI plānā veiktās izmaiņas infrastruktūras izveidē

SBSP	Plānotās vietas 2018.g. red.	Plānotās vietas 2021.g. red.	Izmaiņas, vietas	Izmaiņas, %
Grupu māja (dzīvoklis)	113	115	2	2%
Dienas aprūpes centrs	193	193*	0	0%
Specializētās darbnīcas	78	78	0	0%
“Atelpas brīdis”		4	4	
Kopā	384	390	6	2%

**Saskaņā ar 2/2021 ZPR iesniegto aktualizēto informāciju, kas balstīta uz ZPR DI plāna stratēģiskās sadaļas 2. tabulu. LM 01/2121 apkopotie dati uzrāda 223 vietas, un tas var būt saistīts ar labiekārtoto, nevis jaunveidojamo vietu uzskaiti.*

Avots: Autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegto DI plānu ieviešanas progress ziņojumu

Neskatoties uz mazajām kumulatīvajām izmaiņām, vērtējot konkrētu pašvaldību griezumā, skartas ir vismaz 5 pašvaldības (skat. 12. tabula).

12. tabula. ZPR DI plānā veiktās izmaiņas infrastruktūras izveidē dalījumā pa pašvaldībām

SBSP	Aknīstes novads	Dobeles novads	Jelgavas pilsēta	Kokneses novads	Ļaviņu novads	Kopā
Grupu māja (dzīvoklis)		-6	4			-2
Dienas aprūpes centrs	-5			-8	5	-8

Avots: Autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegto DI plānu ieviešanas progressa ziņojumu

Aknīstes un Dobeles novados pakalpojumu vietu skaits samazināts, savukārt, Jelgavā – palielināts, turklāt labiekārtots par 30 vairāk esošo dienas aprūpes centru vietu, nekā sākotnēji plānots. Kokneses novadā dienas aprūpes centrs netiks veidots, jo pašvaldība atteicās no projekta īstenošanas, savukārt Ļaviņu novadā vietu skaits tiks palielināts.

Kurzemes plānošanas reģions

Plāna izmaiņu rezultātā kopējais jauno SBSP plānoto vietu skaits samazinājies no 264 līdz 262 vietām jeb par 1 %. Taču pakalpojumu vietu skaita ziņā izmaiņas ir būtiskākas – 12 jaunas vietas dienas aprūpes centros, bet vietu skaits grupu dzīvokļos samazinājies par 8 vietām un specializētajās darbnīcās – par 6 vietām (skat. 13. tabula).

13. tabula. KPR DI plānā veiktās izmaiņas infrastruktūras izveidē

SBSP	Plānotās vietas 2018.g. red.	Plānotās vietas 2021.g. red.	Izmaiņas, vietas	Izmaiņas, %
Grupu māja (dzīvoklis)	89	81	-8	-9 %
Dienas aprūpes centrs	90	102	12	13 %
Specializētās darbnīcas	85	79	-6	-7 %
Kopā	264	262	-2	-1 %

Avots: Autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegto DI plānu ieviešanas progressa ziņojumu

Neskatoties uz mazajām kumulatīvajām izmaiņām, vērtējot konkrētu pašvaldību griezumā, skartas ir vismaz 6 pašvaldības (skat. 14. tabula).

14. tabula. KPR DI plānā veiktās izmaiņas infrastruktūras izveidē dalījumā pa pašvaldībām

SBSP	Dundagas novads	Talsu novads	Kuldīgas novads	Rucavas novads	Saldus novads	Skrundas novads	Kopā
Grupu māja (dzīvoklis)	-16	-8	8			7	-9
Dienas aprūpes centrs				6		10	16
Specializētās darbnīcas		-17			14	14	11

Avots: Autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegto DI plānu ieviešanas progressa ziņojumu

Dundagas novads jau sākotnēji nolēma neīstenot un neiesniegt projektu DI ERAF programmas ietvaros. Talsu novada pašvaldība nolēma izslēgt no veidojamo objektu saraksta 2 grupu dzīvokļus un 2 specializētās darbnīcas. Savukārt Kuldīgas novada pašvaldība iekļāva sarakstā 8 grupu dzīvokļu vietu izveidi, bet Rucavas novada pašvaldība – dienas aprūpes centra ar 6 vietām izveidi. Saldus novada pašvaldība nolēma iekļaut sarakstā papildu specializēto darbnīcu izveidi. Skrundas novada pašvaldība nolēma iekļaut sarakstā papildu grupu dzīvokļu un papildu specializēto darbnīcu izveidi, kā arī palielināt pakalpojuma sniegšanas apjomu dienas aprūpes centrā personām ar GRT.

Kopumā vērtējams, ka DI Infrastruktūras pasākuma ietvaros izveidojamās SBSP infrastruktūras kapacitātes (vietu skaita) izmaiņas salīdzinājumā ar sākotnējiem plānošanas reģionu DI plāniem nav būtiski ietekmējušas paredzamo SBSP pieejamību. Virknē gadījumu atceltajām vai samazinātajām pakalpojumu vietām plānots līdzvērtīgs palielinājums kaimiņu pašvaldībās. Ir novērojama tendence pārcelt pakalpojumus uz pašvaldībām ar lielāku apdzīvotību, un to var skaidrot ar finanšu apsvērumiem, uzturēšanas kapacitāti un efektivitāti. Taču joprojām virknei pašvaldību identificēti riski, ka tās var samazināt vietu skaitu vai atteikties no SBSP izveides. Starp būtiskākajiem iemesliem tiek minētas problēmas saņemt Valsts Kases aizdevumu, ja iepirkuma rezultātā būtiski pārsniegtas būvniecības izmaksas. Specifiska, atsevišķi izvērtējama problēma ir pieprasījuma trūkums no konkrētām mērķa grupām, kas varētu būt saistīta ar mērķa grupas nepietiekamu motivāciju pašiem aktīvāk iesaistīties DI procesos.

Pasākuma “Deinstitutionalizācija” ieviešanas progress

Balstoties uz 2020. gadā iesniegtajiem DI plānu ieviešanas progressa ziņojumiem un LM apkopoto informāciju 29.02.2020., SBSP sniegti 23 % no plānotās mērķa grupas auditorijas ar GRT, ja vērtē pēc unikālo personu skaita pret plānoto rezultātu. Plānotie iznākuma rādītāji²¹ līdz 2023. gada 31. decembrim paredz, ka personu ar GRT skaits, kuras saņem Eiropas Sociālā fonda atbalstītos sociālās aprūpes pakalpojumus dzīvesvietā (arī sociālās rehabilitācijas pakalpojumus), ir 2100. Tas sakrīt ar plānošanas reģionu DI plānos norādīto plānoto SBSP skaitu. Līdz 29.02.2020. pakalpojumus bija saņēmušas 493 unikālās personas (skat. 15. tabula).

15. tabula. Plānotais un faktiskais SBSP saņēmēju skaits DI pasākuma ietvaros līdz 29.02.2020.

Plānošanas reģioni	Plānots 2018. g.	Unikālo personu skaits
Kurzemes	375	57
Latgales	389	96

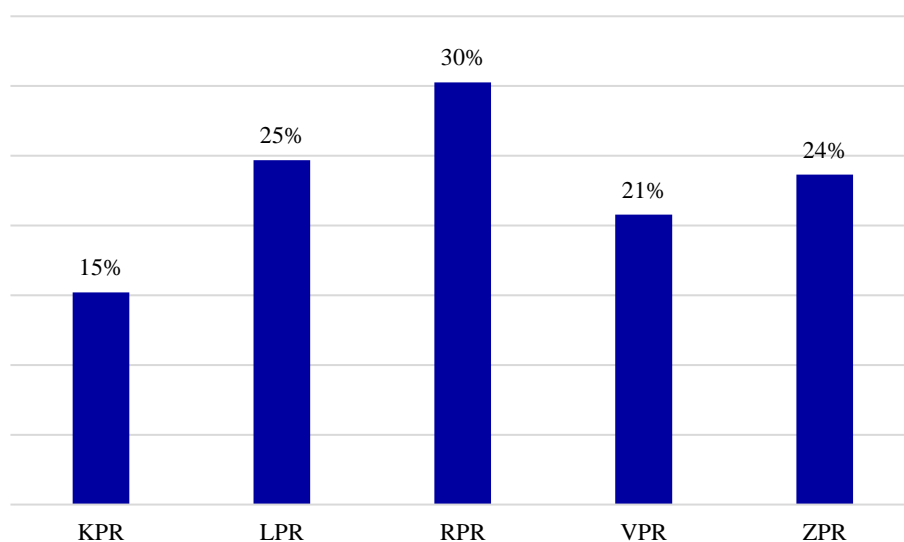
²¹ Ministru kabineta noteikumi Nr. 313 Rīgā 2015. gada 16. jūnijā (prot. Nr. 29 25.§) Darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.2. specifiskā atbalsta mērķa "Palielināt kvalitatīvu institucionālai aprūpei alternatīvu sociālo pakalpojumu dzīvesvietā un ģimeniskai videi pietuvinātu pakalpojumu pieejamību personām ar invaliditāti un bērniem" DI Pasākuma īstenošanas noteikumi.

Plānošanas reģioni	Plānots 2018. g.	Unikālo personu skaits
Rīgas	552	167
Vidzemes	433	90
Zemgales	351	83
KOPĀ	2100	493

Avots: Autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegtajiem DI plānu ieviešanas progresu ziņojumiem un LM apkopoto informāciju 29.02.2020.

Vērtējot sniegumu plānošanas reģionu griezumā, labākie sasniegumi ir RPR – 30 %. LPR un ZPR – ceturtdaļa no plānotā, VPR – piektdaļa, bet KPR – tikai 15 % (skat. 7. attēlu).

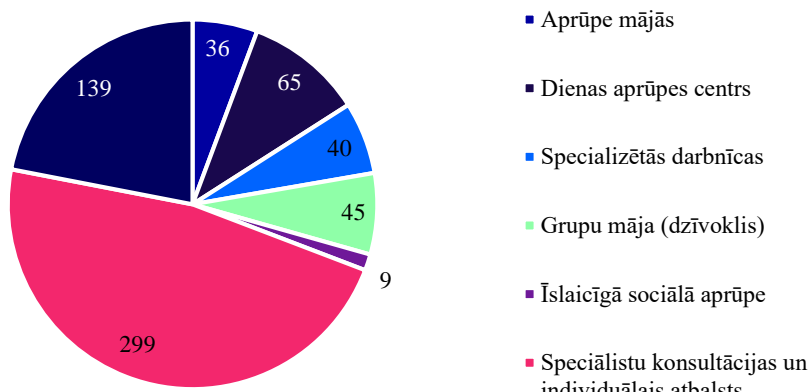
7. attēls. Faktiskais SBSP saņēmēju skaits DI pasākuma ietvaros līdz 29.02.2020., % no plānotā



Avots: autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegtajiem DI plānu ieviešanas progresu ziņojumiem un LM apkopoto informāciju 29.02.2020.

Gandrīz pusi no sniegtajiem SBSP veido speciālistu konsultācijas un individuālais atbalsts, piekto daļu – atbalsta grupas un grupu nodarbības (skat. 8. attēlu). Dienas aprūpes centru, grupu mājas (dzīvokļa) un specializēto darbnīcu pakalpojumi veido attiecīgi 10 %, 7 % un 6 %. Aprūpe mājās un īslaicīgās sociālās aprūpes pakalpojumi kopā veido 7 %.

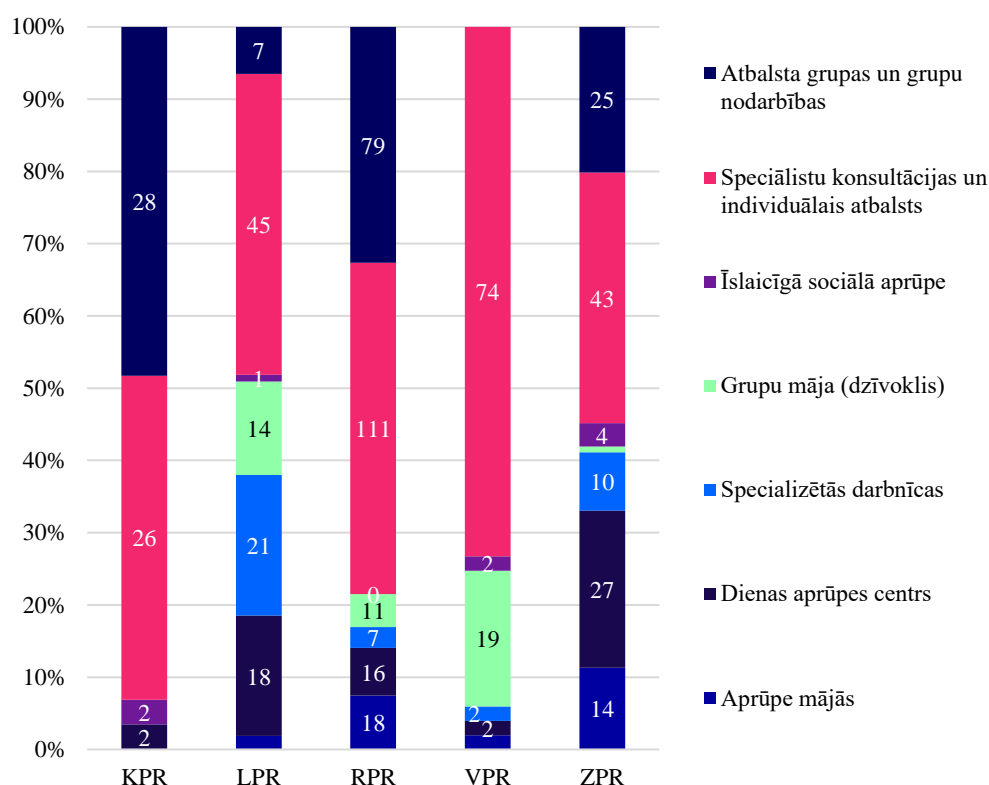
8. attēls. Faktiskais saņemto pakalpojumu sadalījums DI pasākumā līdz 29.02.2020. pa SBSP veidiem, personu skaits



Avots: autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegtajiem DI plānu ieviešanas progressa ziņojumiem un LM apkopoto informāciju 29.02.2020.

Plānošanas reģionu griezumā speciālistu konsultācijas un individuālais atbalsts visos reģionos veido dominējošo daļu, taču pārējos pakalpojumos novērojamas būtiskas sniegto pakalpojumu groza atšķirības. Atbalsta grupas un grupu nodarbības KPR veido gandrīz trešdaļu, kamēr VPR tās pagaidām vispār nav piedāvātas. Zems īpatsvars ir arī LPR – 7 %. Dienas aprūpes centra pakalpojumi visvairāk nodrošināti ZPR – 27 % no pakalpojumiem, bet citos reģionos – mazākā apjomā. Grupu māju pakalpojumi piedāvāti VPR (19 %), LPR (14 %) un RPR (11%), kā arī 1 personai ZPR (skat. 9. attēlu).

9. attēls. Faktiskais DI pasākumā saņemto pakalpojumu īpatsvars plānošanas reģionos pa SBSP veidiem līdz 29.02.2020., % no saņēmēju kopskaita



Avots: autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegtajiem DI plānu ieviešanas progressa ziņojumiem un LM apkopoto informāciju 29.02.2020.

Lai izprastu, kāds ir pakalpojumu sniegšanas progress, to būtu jāsalīdzina ar DI pasākuma laikā identificētajām mērķa grupas individuālajām vajadzībām. 1923 personām, kas bija izvērtētas līdz 14.08.2017., kumulatīvais unikālo pakalpojumu vajadzību apjoms veido 7264²² (skat. 16. tabula).

16. tabula. DI pasākumā identificētās mērķa grupas vajadzības līdz 14.08.2017

Pakalpojuma saturs	Pakalpojuma veids	Kopējais personu ar GRT, kurām ir nepieciešams pakalpojums		Personu no VSAC, kurām ir nepieciešams pakalpojums		Personu, kuras dzīvo sabiedrībā un kurām ir nepieciešams pakalpojums	
		skaits	īpatsvars	skaits	īpatsvars	skaits	īpatsvars
Mājoklis	Grupu māja (dzīvoklis)	1208	63%	507	88%	701	52%
	Sociālā māja	104	5%	45	8%	59	4%
	Dienas aprūpes centrs	1462	76%	377	66%	1085	81%

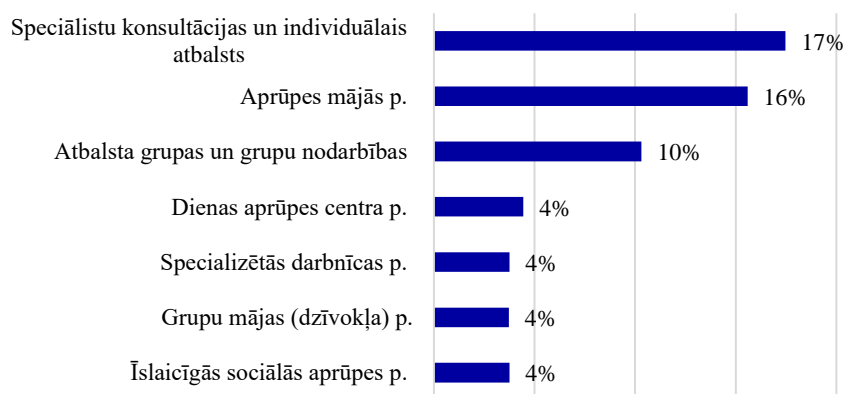
²² Autoru apkopots, izmantojot apkopojumu no "Deinstitutionalizācija – iespēju tilts cilvēku ar invaliditāti dzīvei sabiedrībā", Valsts kontrole, 2018, balstoties uz LM informācijas sistēmas NAURIS datiem par personām ar GRT, kas izvērtētas līdz 14.08.2017.

Pakalpojuma saturs	Pakalpojuma veids	Kopējais personu ar GRT, kurām ir nepieciešams pakalpojums		Personu no VSAC, kurām ir nepieciešams pakalpojums		Personu, kuras dzīvo sabiedrībā un kurām ir nepieciešams pakalpojums	
		skaits	īpatsvars	skaits	īpatsvars	skaits	īpatsvars
Aktivitātes dienas laikā	Grupu nodarbības	1348	70%	361	63%	987	73%
	Specializētās darbnīcas	1063	55%	295	51%	768	57%
Individuālais atbalsts (pēc nepieciešamības)	Aprūpe mājās u.c. mobilā uzraudzība	231	12%	20	4%	211	16%
	Īslaicīgas sociālās aprūpes jeb atelpas brīža pakalpojums	240	13%	6	1%	234	17%
	Individuālās konsultācijas	1712	89%	508	88%	1204	89%
Sagatavošanās patstāvīgai dzīvei sabiedrībā	Sociālais mentors	550	29%	550	96%		
Kopējais izvērtēto personu skaits		1923		575		1348	

Avots: Deinstitutionalizācija – iespēju tilts cilvēku ar invaliditāti dzīvei sabiedrībā, Valsts kontrole, 2018, balstoties uz LM informācijas sistēmas NAURIS datiem par personām ar GRT, kas izvērtētas līdz 14.08.2017.

Salīdzinot DI pasākuma ietvaros sniegto pakalpojumu skaitu ar individuālo vajadzību skaitu, novērojams, ka speciālistu konsultācijas un individuālais atbalsts sniegts 17 % individuālo vajadzību gadījumu, aprūpe mājās – 16 %, atbalsta grupas un grupu nodarbības – 10 %. Pārējiem SBSP – pa 4 % (skat. 10. attēlu).

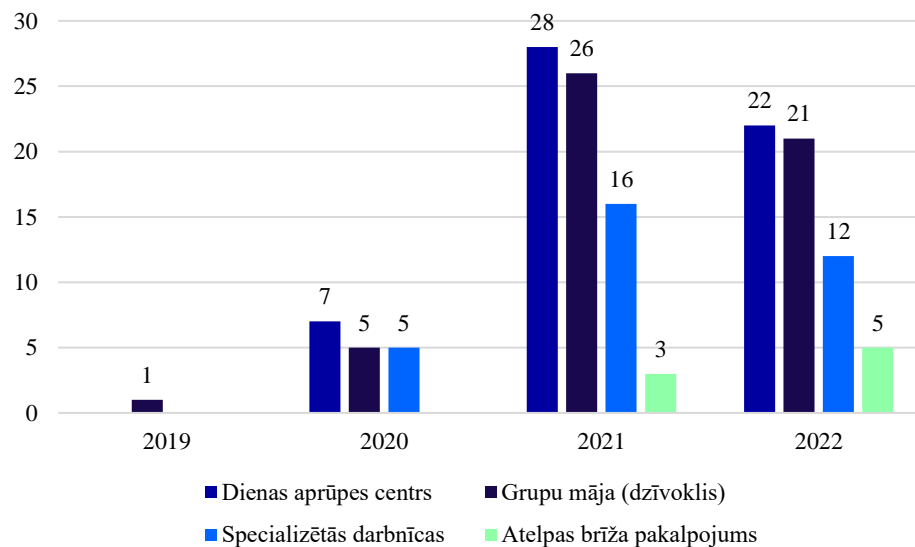
10. attēls. DI pasākumā saņemto SBSP skaits līdz 29.02.2020. pret identificētām individuālajām vajadzībām līdz 14.08.2017.



Avots: Autoru aprēķins, izmantojot apkopojumu no “Deinstitutionalizācija – iespēju tilts cilvēku ar invaliditāti dzīvei sabiedrībā”, Valsts kontrole, 2018, balstoties uz LM informācijas sistēmas NAURIS datiem par personām ar GRT, kas izvērtētas līdz 14.08.2017.

Kopumā zemo SBSP sniegšanas līmeni primāri noteica vēsturiski aizkavētā DI pasākuma ieviešanas gaita. No 2017. gada bija jāuzsāk nepieciešamo pakalpojumu un to infrastruktūras izveide, lai no 2020. gada mērķa grupas personas jau varētu uzsākt dzīvi ārpus institūcijas un saņemt tām nepieciešamos pakalpojumus. Tomēr 2019. gada sākumā DI arvien bija tikai plānošanas posmā un bija izveidots tikai 1 infrastruktūras objekts, jo gandrīz visas plānošanas posma aktivitātes bija aizkavējušās pat par pusotru gadu. Jāņem arī vērā, ka šī izvērtējuma izstrādes laikā sniegto SBSP apjoms turpina augt, un 30.09.2020. SBSP DI pasākuma ietvaros pakalpojumus bija saņēmuši 580 cilvēki.

11. attēls. DI ietvaros īstenotie un plānotie ERAF ieguldījumi SBSP sniedzēju infrastruktūrā dalījumā pa gadiem, SBSP sniedzēju skaits



Avots: LM prezentācija “DI PROGRAMMA: Progress un plānotie pasākumi jaunajā plānošanas periodā”, 09.10.2020., balstoties uz informācijas avotu: DI Infrastruktūras pasākuma projekta iesniegumiem

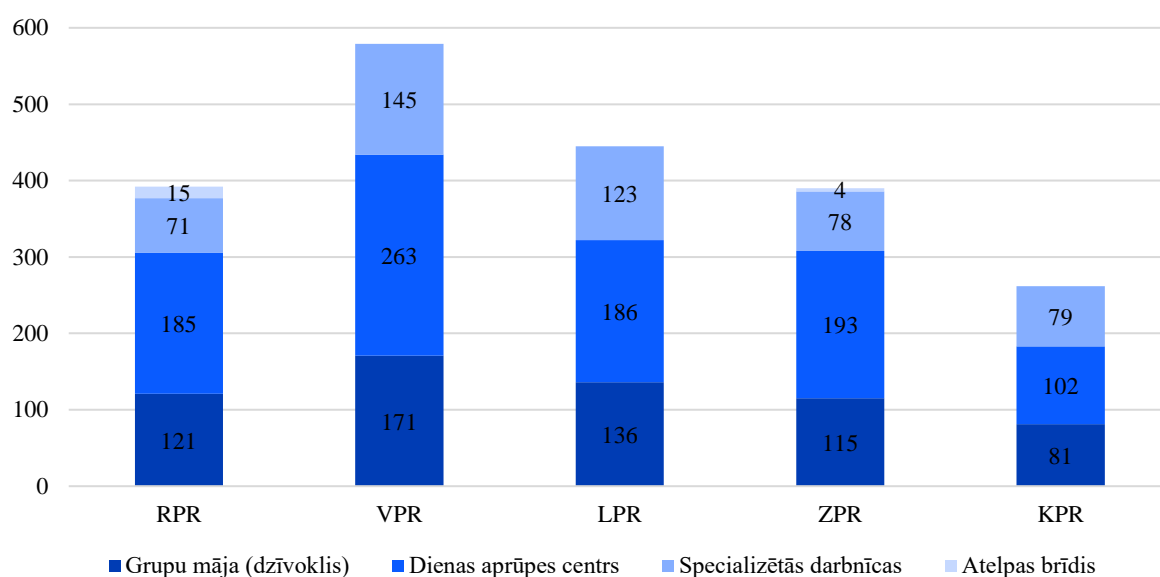
Ņemot vērā, ka DI kā process vairumā gadījumu ir kompleksu aktivitāšu kopums, ietverot SBSP mērķtiecīgā secībā, nepieciešamās infrastruktūras trūkums neļauj pilnvērtīgi mērķtiecīgā un saskaņotā veidā sniegt arī tos SBSP, kam tiešā veidā nav nepieciešama jaunā infrastruktūra. Taču no pieejamiem datiem nav secināms, kāds būtu optimālais līmenis faktiskajam šī brīža SBSP piedāvājumam DI pasākuma ietvaros. Identificētais sniegums pret individuālajām vajadzībām zem 20 % sliekšņa tādiem pakalpojumiem kā speciālistu konsultācijas un individuālais atbalsts, aprūpe mājās un atbalsta grupas un grupu nodarbības drīzāk vērtējams kā nepietiekošs šajā DI pasākuma ieviešanas stadijā. Šāda situācija būtiski apgrūtinā arī nākamā plānošanas perioda sagatavošanās procesu, jo nav iespējams objektīvi izvērtēt līdzšinējā plānošanas perioda sniegumu, efektivitāti un lietderību.

Teritoriālais pārklājums

Prognozētais pakalpojumu apjoma pieejamības pieaugums plānošanas reģionu griezumā pēc pasākuma “Deinstitucionalizācija” īstenošanas

DI Infrastruktūras pasākuma ietvaros izveidojamās SBSP infrastruktūras vietas visvairāk tiek veidotas VPR – 579, bet vismazāk KPR – 262, pārējos reģionos svārstoties ap 400 vietām (skat. 12. attēlu).

12. attēls. DI pasākuma ietvaros veidotās SBSP infrastruktūras plānotais pakalpojumu vietu skaits pa plānošanas reģioniem un pakalpojumu veidiem



Avots: Autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegtajiem DI plānu ieviešanas progressa ziņojumiem

Visu plānošanas reģionu SBSP sadalījumā vērojamas līdzīgas tendences- 40–50% vietu tiek veidoti dienas aprūpes centros, ap 30 % – grupu mājās (dzīvokļos) un 20–30 % vietu – specializētajās darbnīcās (skat. 17. tabulu). RPR īpatsvars izceļas ar relatīvi mazāku vietu skaitu specializētajās darbnīcās. To varētu skaidrot ar lielāku esošo alternatīvo laika pavadīšanas veidu pieejamību galvaspilsētas areālā un pakalpojumu pieejamību Rīgā, taču pamatoti pierādījumi tam novērtējuma ietvaros nav gūti.

17. tabula. DI pasākuma ietvaros veidotās SBSP infrastruktūras plānotais pakalpojumu vietu īpatsvars pa plānošanas reģioniem un pakalpojumu veidiem, %

	RPR	VPR	LPR	ZPR	KPR
Grupu māja (dzīvoklis)	31%	30%	31%	29%	31%
Dienas aprūpes centrs	47%	45%	42%	49%	39%
Specializētās darbnīcas	18%	25%	28%	20%	30%
“Atelpas brīdis”	4%	0%	0%	1%	0%

Avots: Autoru apkopots, balstoties uz 2020. gadā iesniegtajiem DI plānu ieviešanas progressa ziņojumiem

Ņemot vērā, ka uz mērķa grupas pārstāvju individuālo vajadzību bāzes veidotai infrastruktūrai dažādos plānošanas reģionos kopumā vērojams līdzīgs pakalpojumu veidu sadalījums, var pieņemt, ka šāda proporcija uzskatāma par pamatotu tādā attīstības scenārijā, kur šāda infrastruktūra tiek veidota arī turpmāk DI pasākumā neietvertajai mērķa grupas daļai.

13. attēls. DI pasākuma ietvaros veidotās SBSP infrastruktūras plānotais pakalpojumu vietu skaits



Avots: Deinstitutionalizācijas programmas progress 2021. gada februārī: plānotā un izveidotā infrastruktūra personām ar GRT, <https://www.lm.gov.lv/lv/aktualitates-5>

Vērtējot DI pasākuma ietvaros veidotās SBSP infrastruktūras teritoriālo sadalījumu un pārklājumu, novērojama pastiprināta SBSP sniedzēju skaita koncentrācija Latvijas vidusdaļā uz ziemeļu-dienvidu ass, kas pārklāj RPR, VPR, ZPR. Makrolīmenī šis sadalījums korelē ar iedzīvotāju skaita un blīvuma sadalījumu (skat. 14. attēlu).

14. attēls. Iedzīvotāju skaits un blīvums plānošanas reģionos, 2018. g.



Avots: firmas.lv, balstoties uz CSP datiem

Lai vērtētu pakalpojumu teorētisko pieejamību attāluma ziņā, tika salīdzinātas esošo pakalpojumu vietas ar DI pasākuma ietvaros plānotajām un identificētās šādas teritorijas ar zemu SBSP pārklājumu:

- o specializēto darbnīcu pieejamība ziemeļrietumu Kurzemē var būt nepietiekama, jo tuvākā pakalpojuma sniegšanas vieta var atrasties pat 80 km attālumā. Optimāls risinājums būtu pakalpojumu attīstīšana Ventspilī.²³
- o jaunie “Atelpas brīža” pakalpojumi tiek koncentrēti Latvijas vidusdaļā uz ziemeļu-dienvidu ass koridorā, RPR un ZPR teritorijās. Latvijas Austrumos un Rietumos attālums tuvākajai pakalpojuma saņemšanas vietai var būt tik liels, ka pakalpojums vērtējams kā nepieejams. Visi pakalpojuma sniedzēji norāda 1-3 pakalpojumu saņēmēju vietas (kapacitāti), un arī faktiskais pakalpojumu saņēmēju skaits 2019. g. nepārsniedz 20 personas ar GRT (balstoties uz sociālo dienestu aptaujas rezultātiem, kas detalizētāk analizēti turpmākajās nodaļās). Tādēļ turpmāk pieejamība vērtējama kontekstā ar faktisko pieprasījumu.

Turklāt ir jāņem vērā arī reģionālās reformas ietekmi uz SBSP teritoriālo pārklājumu. Ilze Rudzīte, Latvijas pašvaldību savienības padomniece veselības un sociālajos jautājumos, intervijā norādīja, ka: “DI plānu komandām bija uzdevums nodrošināt pakalpojumu attīstību nerasniedzamās vietās, bet situāciju maina reģionālā reforma. Apvienojot vairākas pašvaldības, rodas jautājumi par to, kā pakalpojumi būs pieejami bijušajām pašvaldībām vai kā mēs pievedīsim šos pakalpojumus. Pastāv risks, ka visattālākajos punktos nespēsīm nodrošināt pakalpojumus, jo nevarēsīm piesaistīt darbiniekus. Šis risks jau tiek aktualizēts sanāksmēs, kurās tiek nākotnes pašvaldību pārstāvji, lai plānotu sociālo darbu.” Latvijas

²³ Kurzeme visiem, Atbalsta iespējas Ventspilī. Pieejams: <https://kurzemevisiem.lv/vents-pils-lv-personas-ar-invaliditati-vents-pils-pilseta-sanem-vairak-socialos-pakalpojumu/>

Pensionāru federācijas valdes priekšsēdētāja Aija Barča intervijā norādīja, ka pēc reģionālās reformas ir nepieciešams veikt pētījumu par SBSP pieejamību (skat. Pielikumu Nr. 5).

Prognozējamā pakalpojumu apjoma pieejamība pašvaldību griezumā pēc pasākuma “Deinstitucionalizācija” īstenošanas

Lai detalizēti izvērtētu, kāda prognozējama SBSP pieejamība apjoma un teritoriālā griezumā personām ar GRT pēc DI pasākuma ERAF finansēto infrastruktūras projektu pabeigšanas 2023. gadā, tika veikta vēsturisko statistisko datu un aktuālo DI plānu datu analīze. Saskaņā ar tehniskās specifikācijas darba uzdevumu tika izvērtēti sniegtie SBSP 2018. gadā, balstoties uz LM apkopoto statistiku – pakalpojumus saņēmušo personu skaits pašvaldību griezumā. Balstoties uz plānošanas reģionu aktualizētajiem DI plāniem 2020. novembrī un LM apkopoto aktualizēto informāciju 2021. gada janvārī, apkopoti dati par DI pasākuma ietvaros plānotās jaunveidojamās infrastruktūras vietu skaitu un personu skaitu, kas saņems pakalpojumus.

LPR un ZPR nebija pieejami dati pašvaldību griezumā par plānoto personu skaitu, tādēļ tas tika aprēķināts teorētiski, balstoties uz VPR, KPR un RPR prognozētās vidējās noslodzes lielumu dalījumā pa SBSP veidiem. Sasummējot vēsturisko SBSP saņēmēju skaitu ar plānoto, iegūti indikatīvie rezultāti tam, cik personas kurā pašvaldībā kādus SBSP saņems pēc 2023. gada. Iegūtie rezultāti tika pārgrupēti pēc jaunā pašvaldību dalījuma saskaņā ar Administratīvo teritoriju un apdzīvoto vietu likumu. Lai novērtētu, cik nozīmīgs ir paredzamais pakalpojumu saņēmēju skaits, tika novērtēts, cik lielu daļu no pašvaldībā dzīvojošajām personām ar GRT tas nosedz.

Pašvaldībās dzīvojošo mērķa grupas personu skaits tika iegūts, apkopojot DI plānos identificēto mērķa grupas lielumu, kas balstīts gan uz VDEĀVK apkopoto informāciju, gan atsevišķu reģionu ietvaros veiktajām aptaujām. Rezultātu interpretācijā jāņem vērā, ka kopš DI pasākuma uzsākšanas mērķa grupas iedzīvotāju skaits pašvaldībās ir nedaudz mainījies. Vērtējot rezultātus jāņem arī vērā, ka šāds datu apkopojums neatspoguļo tos gadījumus, kad pakalpojumus ar GRT saņem kaimiņu pašvaldībās. Taču saskaņā ar reģionālo reformu Latvijā pēc 2021.gada pašvaldību vēlēšanām būs 42 pašvaldības līdzšinējo 119 vietējo pašvaldību vietā. Turklāt paredzēts veicināt jauno novadu pašpietiekamības principa ievērošanu.

Šādā kontekstā teorētiski SBSP personām ar GRT vajadzētu būt iespējai saņemt savas pašvaldības ietvaros. Tādēļ iegūtie dati norāda uz potenciālajām pašvaldībām, kurām var būt lielāka nepieciešamība turpināt veidot SBSP infrastruktūru. Tā kā Rīgas pilsēta nepiedalījās DI pasākumā, tad šī novērtējuma ietvaros padziļināti netika vērtēta. Iegūtie rezultāti un to apkopojums attiecināmi uz pašvaldībām plānošanas reģionos ārpus Rīgas pilsētas.

Detalizētāki aprēķinu rezultāti pievienoti pielikumā Nr. 19, savukārt 18. tabulā apkopoti analīzes gala rezultāti. Vidēji 11 % no personām ar GRT, kas dzīvo pašvaldībā, pēc 2023. gada saņems dienas aprūpes centra pakalpojumus. Gaiši iekrāsotas šūnas norāda, ka pakalpojumu apjoma pieejamība prognozējama mazāka par 7 %. Tumši iekrāsotās – mazāk par 5 %. Šīs pēdējās grupas pašvaldības ir Dienvidkurzemes, Krāslavas, Līvānu, Mārupes, Rēzeknes, Ropažu, Saulkrastu, Ventspils novadi.

Vidēji 5 % no personām ar GRT, kas dzīvo pašvaldībā, pēc 2023. gada saņems grupu dzīvokļa (mājas) pakalpojumus. Kritiskākās pašvaldības, kurās šāds pakalpojums pašām nav prognozējams, ir Ķekavas, Līvānu, Ludzas, Mārupes, Olaines, Talsu novadi un Ventspils pilsēta. Vidēji 4 % no personām ar GRT, kas dzīvo pašvaldībā, pēc 2023. gada saņems specializēto darbnīcu pakalpojumus. Kritiskākās pašvaldības, kurās šāds pakalpojums pašām nav prognozējams, ir Ādažu, Ķekavas, Krāslavas, Limbažu, Līvānu, Ludzas, Madonas, Mārupes, Olaines, Preiļu, Ropažu, Salaspils, Saulkrastu, Talsu, Valkas, Ventspils novadi un Ventspils pilsēta. Plānojot infrastruktūras pasākumu izveidi 2021.–2027. gadu periodā ieteicams ar minētajām pašvaldībām sākumā veikt padziļinātas diskusijas, lai saprastu faktiskos apstākļus – reālo pieprasījumu pēc pakalpojumiem un pieejamību kaimiņu pašvaldībās.

18. tabula. Prognozētā personu ar GRT daļa, kas saņems SBSP pēc 2023. gada

Jaunais novads	Dienas aprūpes centrs	Grupu māja (dzīvoklis)	Specializētās darbnīcas
Ādažu novads	47%	16%	0%
Aizkraukles novads	13%	6%	2%
Alūksnes novads	30%	11%	10%
Augšdaugavas novads	11%	5%	5%
Balvu novads	13%	13%	6%
Bauskas novads	13%	3%	2%
Cēsu novads	9%	4%	8%
Daugavpils valstspilsēta	7%	2%	3%
Dienvidkurzemes novads	4%	2%	3%
Dobeles novads	10%	8%	5%
Gulbenes novads	5%	4%	4%
Jēkabpils novads	9%	6%	4%
Jelgavas novads	5%	4%	5%
Jelgavas valstspilsēta	18%	4%	3%
Jūrmalas valstspilsēta	17%	7%	2%
Ķekavas novads	7%	0%	0%
Krāslavas novads	3%	2%	0%
Kuldīgas novads	16%	7%	16%
Liepājas valstspilsēta	5%	4%	3%
Limbažu novads	21%	12%	0%
Līvānu novads	0%	0%	0%
Ludzas novads	20%	0%	12%
Madonas novads	9%	4%	0%
Mārupes novads	1%	0%	0%
Ogres novads	11%	2%	10%
Olaines novads	17%	0%	0%

Jaunais novads	Dienas aprūpes centrs	Grupu māja (dzīvoklis)	Specializētās darbnīcas
Preiļu novads	5%	4%	0%
Rēzeknes novads	4%	7%	3%
Rēzeknes valstspilsēta	15%	7%	11%
Ropažu novads	0%	1%	0%
Salaspils novads	7%	4%	0%
Saldus novads	10%	7%	7%
Saulkrastu novads	0%	8%	0%
Siguldas novads	28%	7%	7%
Smiltenes novads	17%	10%	15%
Talsu novads	6%	0%	0%
Tukuma novads	14%	7%	9%
Valkas novads	15%	10%	0%
Valmieras novads	12%	6%	6%
Ventspils novads	1%	6%	0%
Ventspils valstspilsēta	18%	0%	0%
Kopā	11%	5%	4%
	<i>būtiski zem vidējā rādītāja</i>	<i>loti būtiski zem vidējā rādītāja</i>	

Avots: Autoru aprēķini

Primārās izpētes rezultāti par SBSP pieejamību personām ar GRT, tai skaitā multipliem traucējumiem

Kā pieejamākos SBSP sociālo dienestu pārstāvji min asistenta, aprūpes mājās, speciālistu konsultāciju un individuālo atbalsta, kā arī dienas aprūpes centru pakalpojumus (skat. 15. attēlu). Asistenta pakalpojumu kā pietiekoši pieejamu vērtē 55 sociālo dienestu pārstāvji, bet 13 – kā daļēji pieejamu. Savukārt 1 sociālo dienestu pārstāvis no Madonas novada asistenta pakalpojumu vērtē kā praktiski nepieejamu, bet sociālo dienestu pārstāvji no Carnikavas, Krāslavas un Rugāju novadiem vērtē pakalpojumu kā nepieejamu, jo pašvaldībās tas netiek piedāvāts (skat. Pielikumu Nr. 7).

“Aprūpe mājās” pakalpojumu kā pietiekoši pieejamu vērtē 40 sociālo dienestu pārstāvji, bet kā daļēji pieejamu – 20 sociālo dienestu pārstāvji (skat. 15. attēlu). Valkas novada sociālā dienesta pārstāvis “aprūpe mājās” pakalpojumu vērtē kā praktiski nepieejamu. Kā nepieejamu to vērtē 10 (Naukšēnu, Baldones, Vaiņodes, Auces, Krāslavas, Limbažu, Mērsraga, Rugāju novadu un Ventspils pilsētas) sociālo dienestu pārstāvji, jo šajās pašvaldībās pakalpojums netiek piedāvāts (skat. Pielikumu Nr. 7). Tikai divu sociālo dienestu pārstāvji savās atbildēs uzsver, ka pēc DI plāna īstenošanas “aprūpe mājās” pakalpojums būs:

1. **pieejams** pēc DI plāna 2017.–2020. īstenošanas, bet **nepietiekoši** – Rūjienas novada pašvaldībā;
2. **pietiekoši pieejams** pēc DI plāna 2017.–2020. īstenošanas – Pārgaujas novada pašvaldībā.

Speciālistu konsultācijas un individuālo atbalstu kā pietiekoši pieejamu vērtē 33 sociālo dienestu pārstāvji un 28 – kā daļēji pieejamu (skat. 15. attēlu). Burtnieku un Viļakas novadu sociālo dienestu

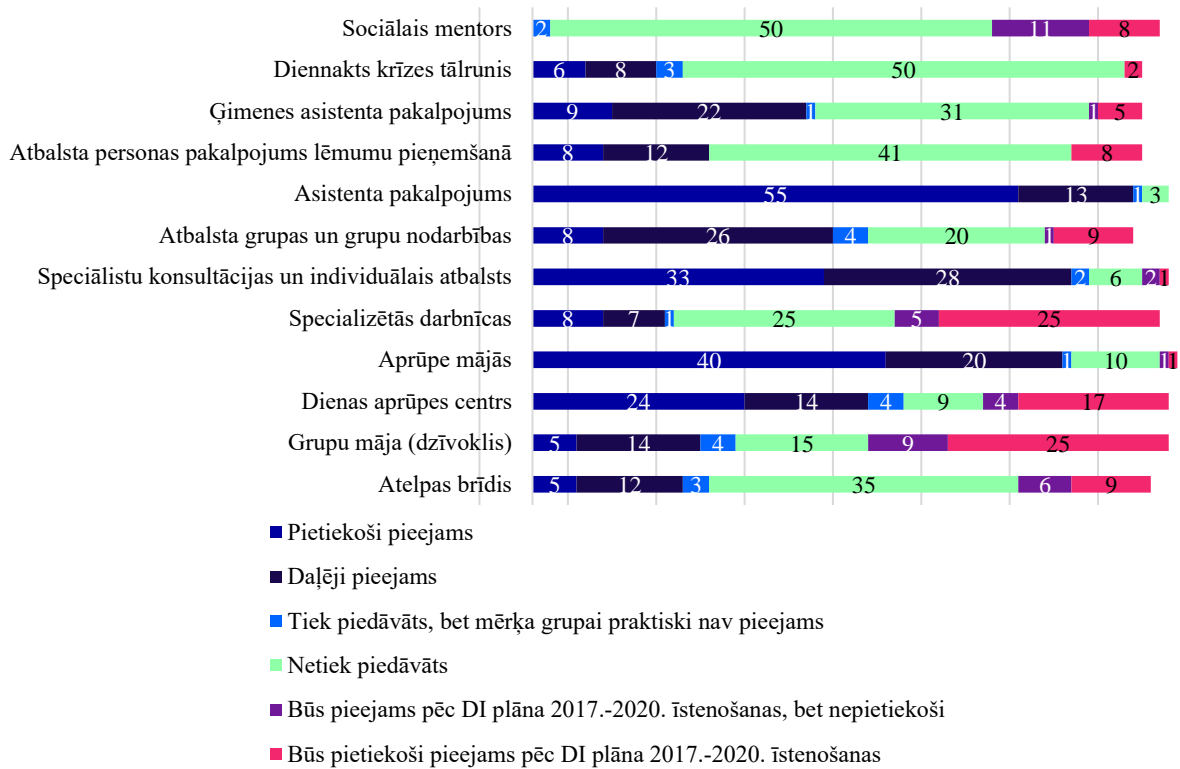
pārstāvji šo pakalpojumu vērtē kā praktiski nepieejamu. Kā nepieejamu to vērtē 6 (Carnikavas, Krāslavas, Limbažu, Mērsraga, Rugāju un Ventspils novadu) sociālo dienestu pārstāvji, jo pašvaldībās šis pakalpojums netiek piedāvāts (skat. Pielikumu Nr. 7). Tikai trīs sociālo dienestu pārstāvji savās atbildēs uzsver, ka pēc DI plāna īstenošanas aprūpes mājās pakalpojums :

1. **būs pieejams** pēc DI plāna 2017.–2020. īstenošanas, bet **nepietiekoši** – Rūjienas novada pašvaldībā;
2. **būs pietiekoši pieejams** pēc DI plāna 2017.–2020. īstenošanas – Balvu un Pārgaujas novadu pašvaldībās.

Dienas aprūpes centru pakalpojumus kā pietiekoši pieejamus vērtē 24 sociālo dienestu pārstāvji un 14 – kā daļēji pieejamu (skat. 15. attēlu). Viesītes, Burtnieku, Auces un Pārgaujas novadu sociālo dienestu pārstāvji šo pakalpojumu vērtē kā praktiski nepieejamu; kā nepieejamu to vērtē 9 pašvaldību sociālo dienestu pārstāvji (Ādažu, Baldones, Vaiņodes, Ķeguma, Aizputes, Krāslavas, Limbažu, Mērsraga un Rugāju novadu) jo šajās pašvaldībās pakalpojums netiek piedāvāts (skat. Pielikumu Nr. 7). Kopumā 21 sociālo dienestu pārstāvis savās atbildēs uzsver, ka pēc DI plāna īstenošanas “aprūpe mājās” pakalpojums:

1. **būs pieejams** pēc DI plāna 2017.–2020. īstenošanas, bet **nepietiekoši** – Aizkraukles, Aknīstes, Naukšēnu un Talsu novadu pašvaldībās;
2. **būs pietiekoši pieejams** pēc DI plāna 2017.–2020. īstenošanas – 17 pašvaldībās.

15. attēls. Vērtējums par SBSP pieejamību

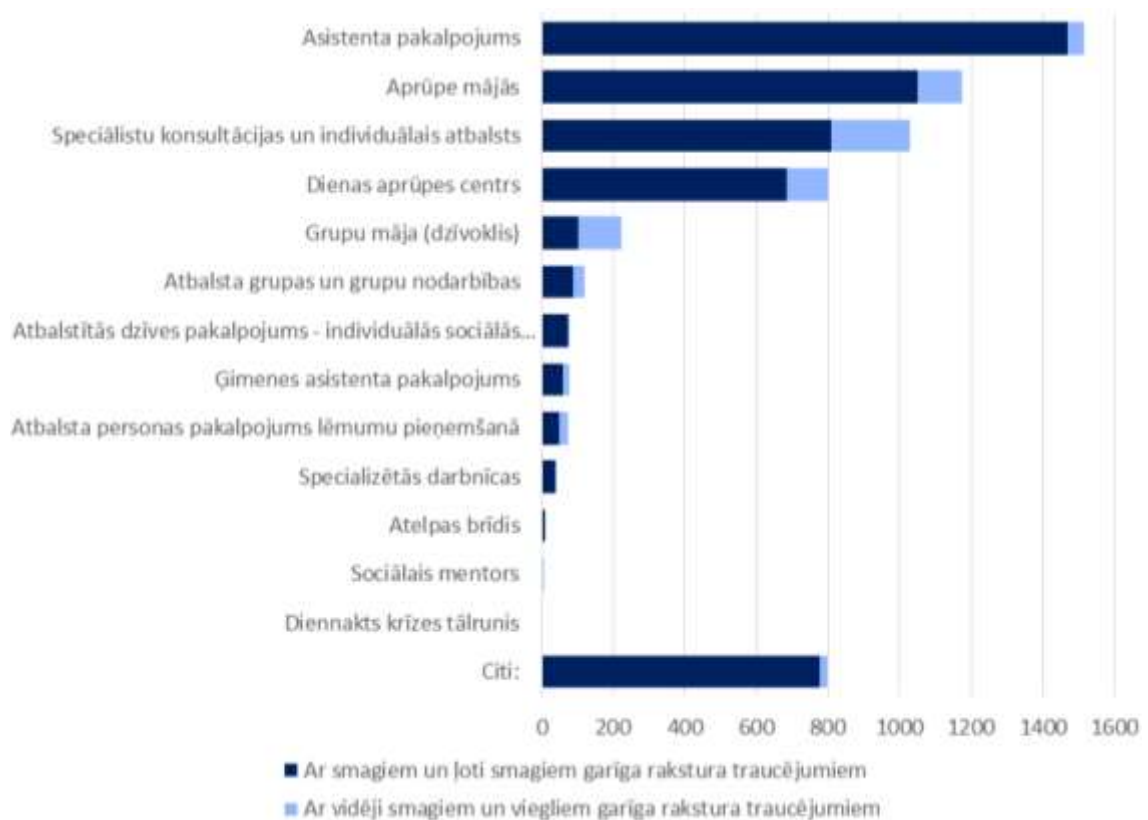


Avots: Sociālo dienestu aptauja

Sociālo dienestu pārstāvjiem aptaujā tika lūgts novērtēt līdz šim sniegto SBSP (2017.–2019. g.) apjoma sadalījumu starp personām ar smagiem/ ļoti smagiem GRT un vidēji smagiem/viegliem GRT. Šādos griezumos pašvaldības informāciju par pakalpojumu saņēmējiem neapkopo, līdz ar to sociālo dienestu pārstāvji drīkstēja norādīt arī aptuvenus datus.

Kopumā sociālo dienestu pārstāvju atbildes liecina par to, ka lielākoties SBSP pakalpojumus saņem personas ar smagiem un ļoti smagiem GRT (skat. 16. attēlu). Kā visizplatītākie pakalpojumi tiek minēti: asistenta pakalpojumi, “aprūpe mājās” pakalpojumi, speciālistu konsultācijas un individuālā atbalsta pakalpojumi, dienas aprūpes centru pakalpojumi. Šie rezultāti sakrīt ar sociālo dienestu pārstāvju vērtējumiem par pieejamākajiem pakalpojumiem.

16. attēls. Sociālo dienestu aptaujas respondentu SBSP saņēmušo klientu sadalījums pēc GRT smaguma, skaits, gadā



Avots: Sociālo dienestu aptauja

Kā visnepieejamākos pakalpojumus sociālo dienestu pārstāvji vērtē sociālā mentora pakalpojumu (netiek piedāvāts/tiek piedāvāts, bet praktiski nav pieejams – 52), diennakts krīzes tālruņa pakalpojumu (netiek piedāvāts/tiek piedāvāts, bet praktiski nav pieejams – 53), atbalsta personas pakalpojumu lēmuma pieņemšanā (netiek piedāvāts/tiek piedāvāts, bet praktiski nav pieejams – 41), “Atelpas brīža” pakalpojumu (netiek piedāvāts/tiek piedāvāts, bet praktiski nav pieejams – 38) (skat. 15. attēlu). Sīkāka informācija par pašvaldībām, kuru sociālo dienestu pārstāvji sniedza šos vērtējumus, ir pieejama Pielikumā Nr. 7.

Sociālo dienestu pārstāvji visbiežāk vērtē sociālā mentora (11) un grupu mājas/dzīvokļa (9) pakalpojumus kā pieejamus pēc DI plāna īstenošanas, bet nepietiekamā apmērā. Kā pakalpojumus, kuri būs pieejami pēc DI plāna īstenošanas pietiekamā apmērā, sociālo dienestu pārstāvji visbiežāk min grupu mājas/dzīvokļa (25) un specializētās darbnīcas (25) pakalpojumus. Šī tendence norāda, ka grupu dzīvokļu/māju pieejamība būtiski atšķirsies pašvaldību griezumā (skatīt 19. tabulu).

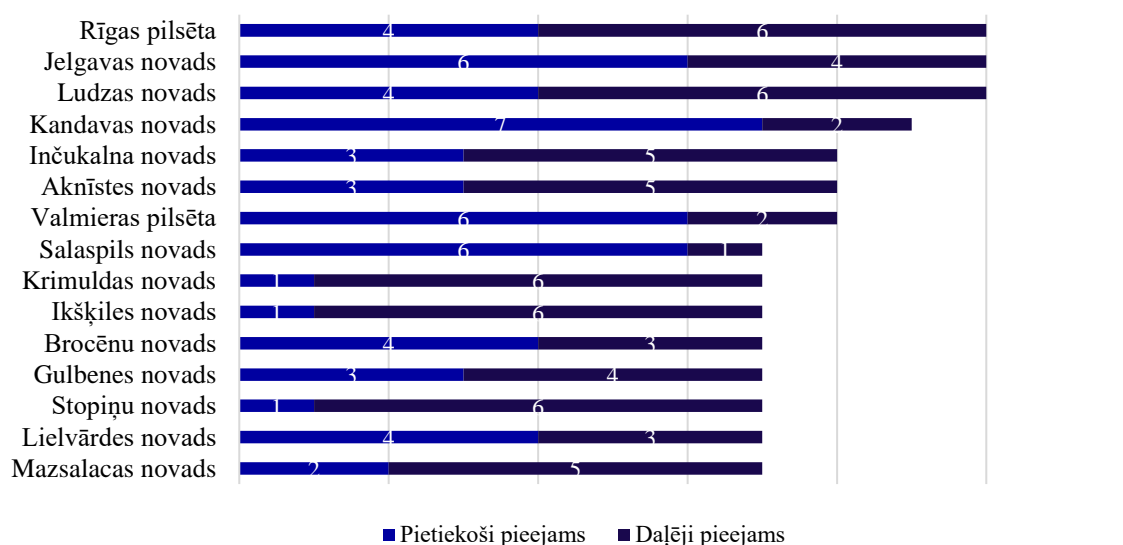
19. tabula. Sociālo dienestu pārstāvju vērtējums par pakalpojuma grupu dzīvokļu/māju pieejamība pēc DI plāna īstenošanas.

Būs pieejams pēc DI plāna 2017.-2020. īstenošanas, bet nepietiekoši		Būs pietiekoši pieejams pēc DI plāna 2017.-2020. īstenošanas			
1.	Cēsu novads	1.	Rēzeknes novads	13.	Viļakas novads
2.	Aknīstes novads	2.	Daugavpils pilsēta	14.	Carnikavas novads
3.	Olaines novads	3.	Tukuma novads	15.	Dundagas novads
4.	Naukšēnu novads	4.	Mazsalacas novads	16.	Jēkabpils pilsēta
5.	Ķeguma novads	5.	Daugavpils novads	17.	Saldus novads
6.	Aglonas novads	6.	Amatas novads	18.	Jaunpils novads
7.	Limbažu novads	7.	Preiļu novads	19.	Tērvetes novads
8.	Skriķeru novads	8.	Krustpils novads	20.	Ventspils novads
9.	Ventspils pilsēta	9.	Jēkabpils novads	21.	Valkas novads
		10.	Ilūkstes novads	22.	Siguldas novads
		11.	Kocēnu novads	23.	Talsu novads
		12.	Rūjienas novads	24.	Alūksnes novads
				25.	Ikšķiles novads

Avots: Sociālo dienestu aptauja

Analizējot sociālo dienestu pārstāvju vērtējumus pašvaldību griezumā, redzams, ka tikai 15 sociālo dienestu pārstāvju vērtēja vismaz 7 no SBSP kā pietiekoši vai daļēji pieejamus personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai ar multipliem traucējumiem (skat. 17. attēlu).

17. attēls. Sociālo dienestu pārstāvju pozitīvie vērtējumi par pakalpojumu pieejamību personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai ar multipliem traucējumiem



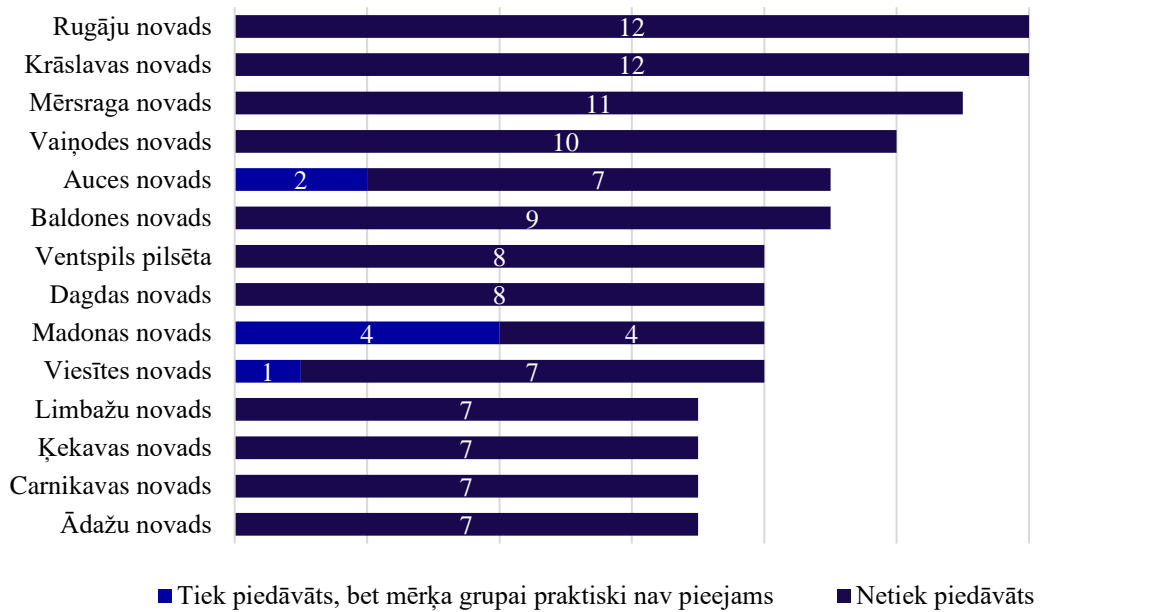
Avots: Sociālo dienestu aptauja

14 sociālo dienestu pārstāvji vismaz 7 pakalpojumus vērtē kā slikti pieejamus vai nepieejamus. 9 no šiem respondentiem arī pieprasījumu pēc SBSP no personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai multipliem traucējumiem vērtēja kā nelielu. Šo sociālo dienestu pārstāvētajos novados pilngadīgu personu ar invaliditāti īpatsvars būtiski neatšķiras no vidējiem respondentu rādītājiem, bet šajos novados deklarēto iedzīvotāju skats uz 01.07.2020. ir uz pusi mazāks par vidējiem rādītājiem visos respondentu pārstāvētajos

novados (skat. Pielikums Nr. 6). Madonas sociālā dienesta pārstāvis vērtē, ka pieprasījums pēc SBSP no pilngadīgām personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai multipliem traucējumiem pastāv, bet vairāk no tiem klientiem, kuri ir izvērtēti DI pasākuma ietvaros, un kuriem ir sastādīts IAP un kuri var saņemt pakalpojumus projekta ietvaros. Baldones sociālā dienesta pārstāvis vērtē šīs mērķa grupas interesi kā esošu, bet par tādiem pakalpojumiem, kas netiek sniegti. Baldones sociālā dienesta pārstāvja vērtējums sakrīt ar sociālā dienesta pārstāvja vērtējumu par to, ka 9 no aptaujā minētajiem SBSP nav pieejami mērķa grupas pārstāvjiem. Savukārt 3 sociālo dienestu pārstāvji personu ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai ar multipliem traucējumiem interesi par SBSP vērtē kā regulāru – tā norāda Ādažu un Limbažu novadu, kā arī Ventspils pilsētas sociālo dienestu pārstāvji. Šo sociālo dienestu pārstāvētajos novados pilngadīgu personu ar invaliditāti īpatsvars un deklarēto iedzīvotāju skaits uz 01.07.2020. būtiski neatšķiras no vidējiem respondentu rādītājiem (skat. Pielikumu Nr. 6).

No 14 sociālo dienestu pārstāvjiem 2 sociālo dienestu pārstāvji visus pakalpojumus vērtē kā nepieejamus, jo tie novados netiek nodrošināti – Krāslavas un Rugāju novadi (skat. 18. attēls). Gan Rugāju, gan Krāslavas novadu sociālo dienestu pārstāvji pieprasījumu pēc SBSP no personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai ar multipliem traucējumiem vērtēja kā nelielu (skat. Pielikumu Nr. 6). Rugāju novadā deklarēto iedzīvotāju skaits uz 01.07.2020. ir salīdzinoši mazs (2120 iedzīvotāju), bet pilngadīgu personu ar invaliditāti īpatsvars ir salīdzinoši augsts – 14 % (vidēji visu respondentu vidū – 11 %). Krāslavas novadā deklarēto iedzīvotāju skaits uz 01.07.2020. ir nedaudz mazāks nekā vidējais deklarēto iedzīvotāju skaits respondentu pārstāvētajās pašvaldībās, bet pilngadīgu personu ar invaliditāti īpatsvars būtiski neatšķiras no vidējiem rādītājiem.

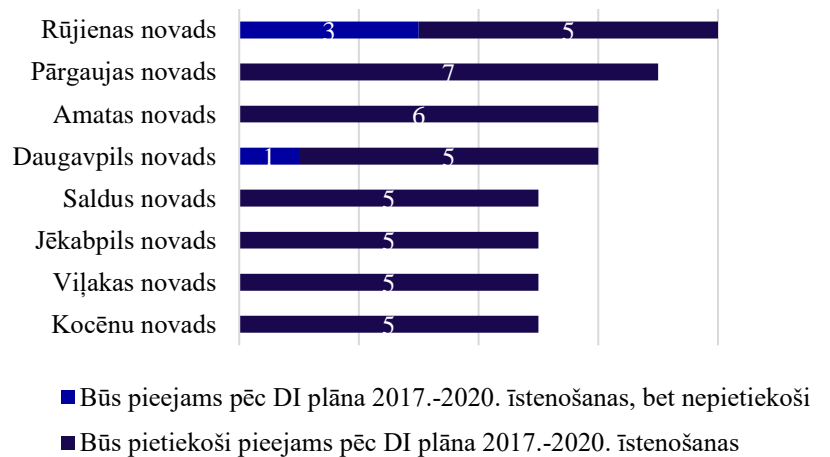
18. attēls. Sociālo dienestu pārstāvju negatīvie vērtējumi par pakalpojumu pieejamību personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai ar multipliemiem traucējumiem



Avots: Sociālo dienestu aptauja

8 sociālo dienestu pārstāvji uzskata, ka vismaz 5 pakalpojumu pieejamību pietiekoši uzlabos DI plāna īstenošana. Rūjienas un Daugavpils novadi uzskata, ka pāris pakalpojumu pieejamība uzlabosies, bet nepietiekami (skat. 19. attēlu).

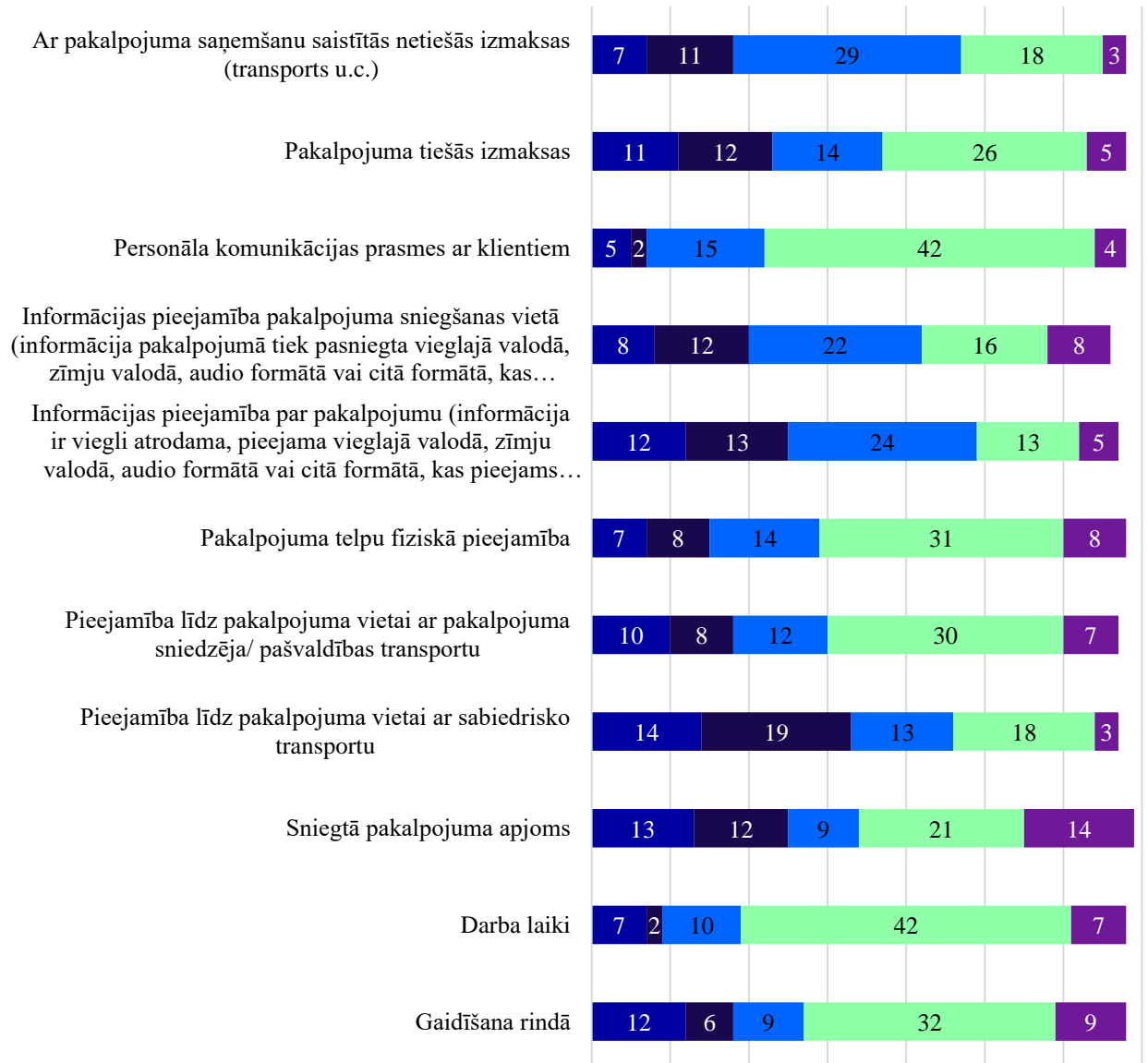
19. attēls. Sociālo dienestu pārstāvju vērtējumi par pakalpojumu pieejamību personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai ar multipliemiem traucējumiem pēc DI plānu īstenošanas



Avots: Sociālo dienestu aptauja

Sociālo dienestu pārstāvju sniegtais vērtējums liecina, ka viens no būtiskākajiem šķēršļiem SBSP pieejamībai pašvaldībās dzīvojošajām personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai ar multipliem traucējumiem ir nokļūšana līdz pakalpojuma vietai ar sabiedrisko transportu (skat. 20. attēlu). 33 pašvaldību pārstāvji uzskata, ka nokļūšana līdz pakalpojuma vietai ar sabiedrisko transportu būtiski traucē vai traucē tādā mērā, ka pakalpojums netiek saņemts. Salīdzinoši negatīvi tika vērtēti šķēršļi, ko rada ar pakalpojumu saņemšanu saistītās netiešās izmaksas (traucē tādā mērā, ka netiek saņemts – 7; būtiski traucē – 11; nedaudz traucē – 29) un informācijas pieejamība par pakalpojumu kopumā (traucē tādā mērā, ka netiek saņemts – 12; būtiski traucē – 13; nedaudz traucē – 24), kā arī pakalpojuma sniegšanas vieta (traucē tādā mērā, ka netiek saņemts – 8; būtiski traucē – 12; nedaudz traucē – 22). Savukārt visaugstāk tika vērtēti pakalpojumu darba laiki (netraucē pieejamību – 42) un personāla komunikācijas prasmes ar klientiem (netraucē pieejamību – 42). DI procesa loma SBSP pieejamības uzlabošanā visbiežāk tiek minēta saistībā ar pakalpojumu apjoma pieaugumu.

20. attēls. Sociālo dienestu pārstāvju kopējais vērtējums par SBSP pieejamību personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai ar multipliem traucējumiem



- Traucē tādā mērā, ka pakalpojums praktiski nav pieejams
- Būtiski traucē pieejamību
- Nedaudz traucē pieejamību
- Netraucē pieejamību
- Pieejamība būs laba pēc jau ielānoto uzlabojumu īstenošanas līdz 2023.g.

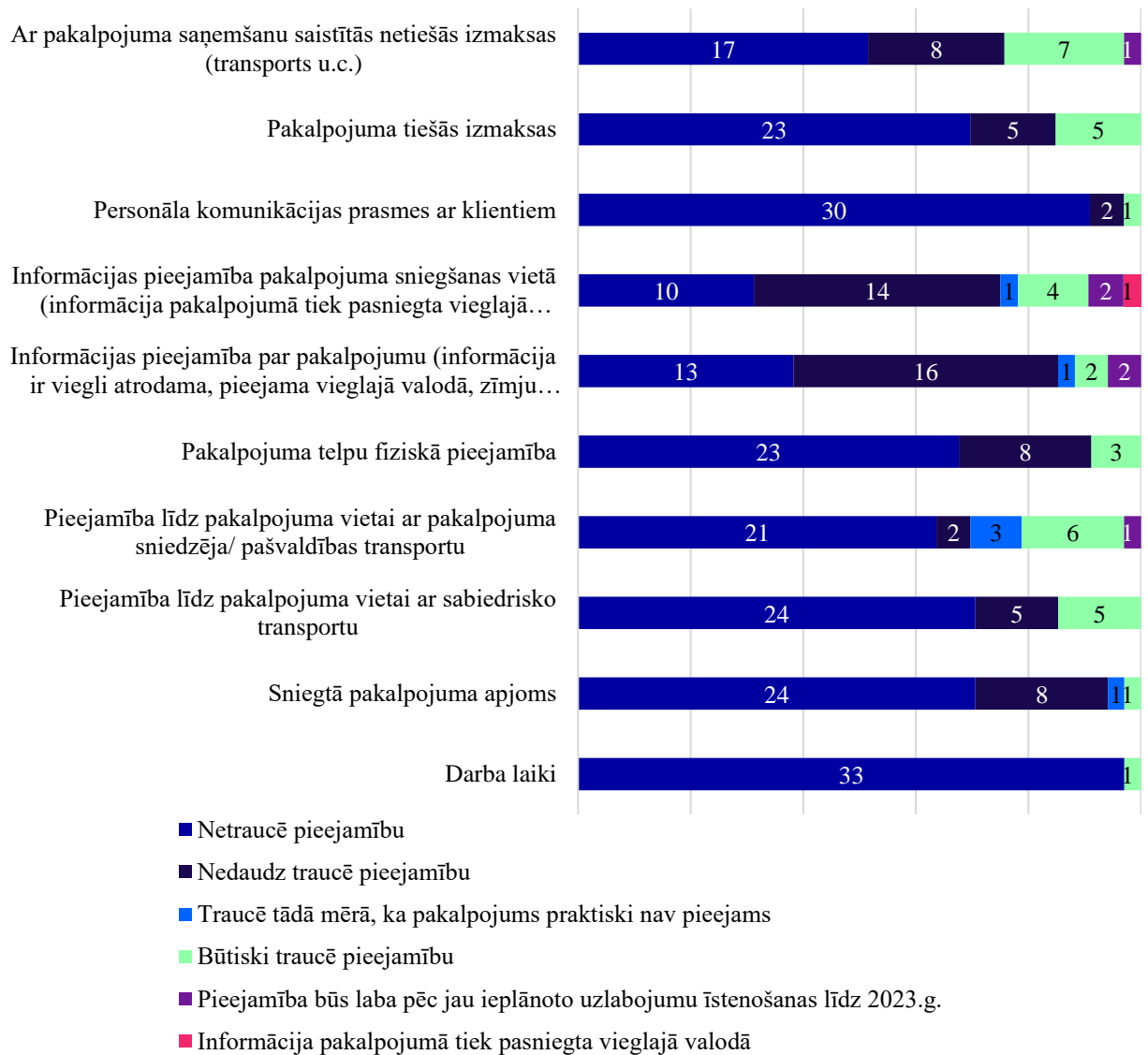
Avots: Sociālo dienestu aptauja

4 sociālo dienestu pārstāvji uzskata, ka visi pakalpojuma pieejamības aspekti traucē tādā mērā, ka pakalpojums praktiski nav pieejams vai būtiski traucē pieejamību – tā norāda Cēsu, Vaiņodes, Krāslavas un Limbažu novadu pārstāvji (skat. Pielikumus Nr. 8). Neviens sociālo dienestu pārstāvis nevērtē visus

pakalpojumu pieejamības aspektus kā būtiski traucējošus. Tikai viena sociālā dienesta pārstāvis (Mazsalacas novads) visus pieejamības aspektus vērtē ar “netraucē pieejamību”. Savukārt 8 sociālo dienestu pārstāvji (Daugavpils pilsētas un Mazsalacas, Brocēnu, Ķekavas, Ogres, Saldus, Bauskas un Siguldas novadu) pakalpojumu pieejamību visos aspektos vērtē ar – “netraucē pieejamību” vai “nedaudz traucē pieejamību”.

SBSP sniedzēju aptaujas dati rāda, ka vismazāk pakalpojumu pieejamībai traucē pakalpojumu darba laiki un personāla komunikācijas prasmes ar klientiem (skat. 21. attēlu). Visbiežāk kā nedaudz traucējošus faktorus pakalpojumu pieejamībai respondenti min informācijas pieejamību pakalpojuma sniegšanas vietā un informācijas pieejamību par pakalpojumu. 3 pakalpojumu sniedzēji (viens pakalpojumu sniedzējs no Ludzas, viens – no Līvāniem, viens nav norādījis pakalpojuma sniegšanas vietu) nokļūšanu līdz pakalpojuma vietai ar pakalpojuma sniedzēja/pašvaldības transportu norāda kā traucējošu tādā mērā, ka pakalpojums praktiski nav pieejams. 6 SBSP sniedzēji nokļūšanu līdz pakalpojuma vietai ar pakalpojuma sniedzēja/pašvaldības transportu uzskata par būtisku šķērslī pakalpojumu pieejamībai. Savukārt 7 SBSP sniedzēji par būtisku šķērslī pakalpojumu pieejamībai norāda ar pakalpojumu saņemšanu saistītās netiešās izmaksas. Negatīvi pakalpojumu pieejamības vērtējumi nav raksturīgi kāda viena specifiska SBSP sniedzējiem.

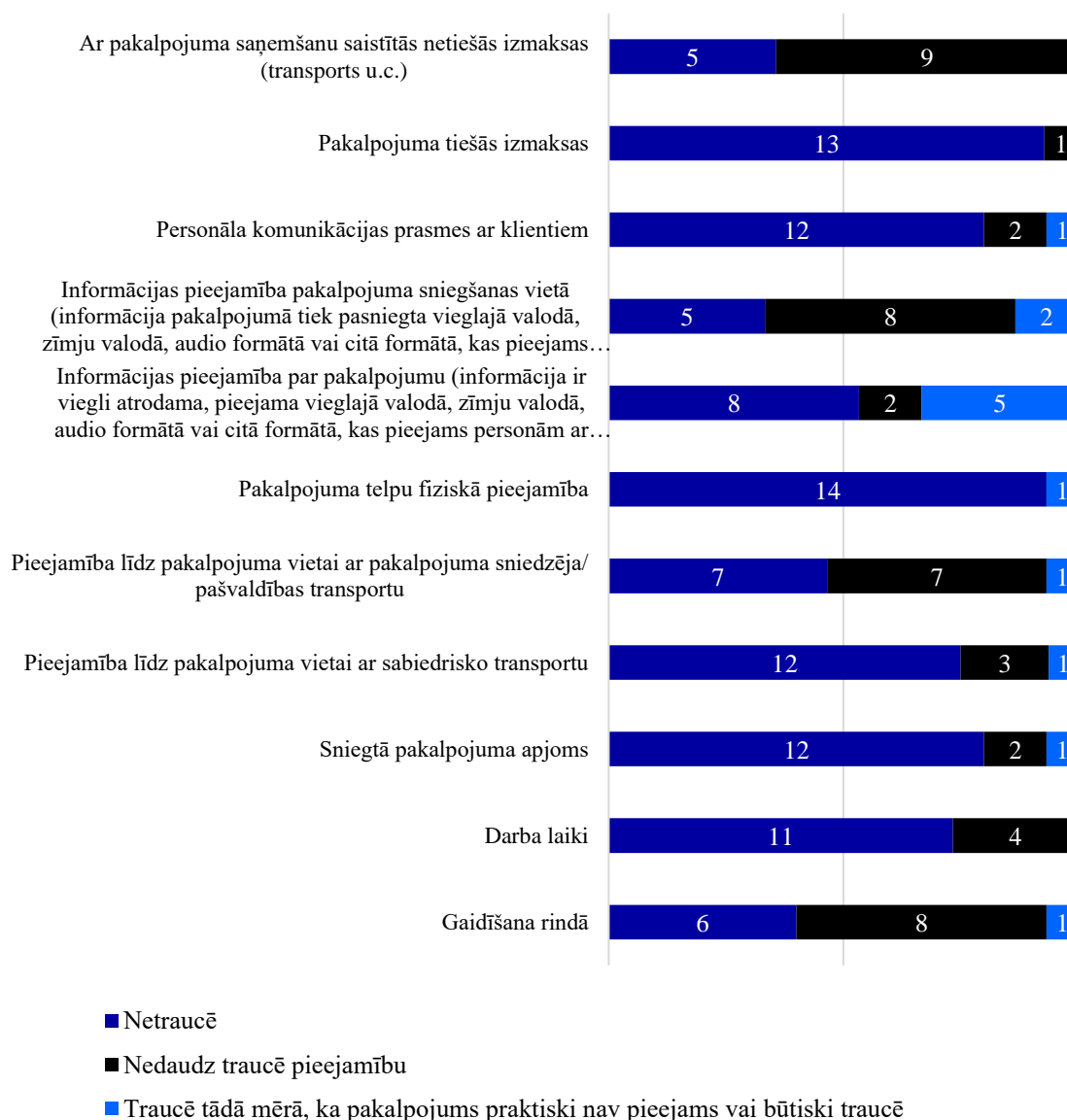
21. attēls. SBSP sniedzēju kopējais vērtējums par SBSP pieejamību personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai ar multipliem traucējumiem



Avots: SBSP sniedzēju aptauja

Savukārt formālo aprūpētāju un ģimenes locekļu vērtējumi par pakalpojumu pieejamību ir salīdzinoši augsti, bet par visbūtiskāko šķērsli pakalpojumu pieejamībai tiek norādīta informācijas pieejamība par pakalpojumiem (skat 22. attēlu).

22. attēls. Aprūpētāju kopējais vērtējums par SBSP pieejamību personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai ar multipliem traucējumiem



Avots: Formālo aprūpētāju un ģimenes locekļu aptauja

SBSP sniedzēju aptaujā respondentus lūdza norādīt, kādas mērķa grupas ir tiesīgas saņemt viņu sniegtos pakalpojumus saskaņā ar pakalpojuma nolikumu un to, kādas mērķa grupas faktiski saņem viņu sniegtos pakalpojumus (skat. Pielikumu Nr. 9). 27 no 37 respondentiem norāda, ka viņu sniegtos pakalpojumus saņem visas nolikumā norādītās mērķa grupas. 7 SBSP sniedzēju atbildes liecina, ka visas nolikumā norādītās mērķa grupas nesaņem viņu sniegtos pakalpojumus.

Šie pakalpojumu sniedzēji norāda, ka mērķa grupas, kuras faktiski nesaņem viņu pakalpojumus, ir: personas ar psihiskām saslimšanām, personas ar 2. grupas invaliditāti, cilvēki ar autiskā spektra traucējumiem, personas ar mēreni smagiem un viegliem GRT (ar 3. grupas invaliditāti vai bez grupas),

nedzirdīgas personas, personas ar multipliem traucējumiem, kā arī personas ar kustību traucējumiem. Kā galvenos iemeslus tam, ka šo mērķa grupu pārstāvji nesaņem viņu sniegtos pakalpojumus, tiek norādīts personāla kapacitātes un zināšanu trūkumus, vides pieejamības problēmas, pieprasījuma trūkums un pašvaldības resursu trūkums pakalpojuma pirkšanai. Kopumā pakalpojumu sniedzēju sniegtā informācija liecina, ka ir grūtības nodrošināt pakalpojumu vienlaicīgi dažādām mērķa grupām ar atšķirīgām atbalsta vajadzībām.

Dace D. Kalniņa, Biedrības “Gaismas stars” dienas aprūpes centra sociālā darbiniece personām ar psihiskām saslimšanām, intervijā norādīja, ka SBSP reti tiek nodrošināts gan personām ar psihiskām saslimšanām, gan garīgiem (intelektuāliem) traucējumiem: “...tad sanāk, ka tā nav ne mūsu, ne citu dienas aprūpes centru mērķa grupa. Mūsu personālam nav kapacitātes, lai tiktu galā ar šādu mērķa grupu, citi dienas aprūpes centri arī netiek galā.”

Savukārt 3 SBSP sniedzēji faktiski sniedz pakalpojumus gan pakalpojuma nolikumā noteiktajām mērķa grupām, gan papildu mērķa grupām, kuras nolikumā nav norādītas. Divi no šiem pakalpojumu sniedzējiem pēc nolikuma sniedz SBSP personām no 55 gadu vecuma līdz pensijas vecumam un pensijas vecumā, un ir norādījuši, ka papildus šo mērķa grupu pārstāvjiem sniedz pakalpojumus arī personām ar psihiskām saslimšanām un multipliem traucējumiem.

Apkopojot primārās izpētes rezultātus, secināms, ka pieejamības aspekti, kuri būtiski traucē SBSP pakalpojumu pieejamību ir – gaidīšana rindā, pieejamība līdz pakalpojuma vietai ar sabiedrisko transportu, informācijas pieejamība par pakalpojumu, pakalpojuma tiešās izmaksas, ar pakalpojuma saņemšanu saistītās netiešās izmaksas (transporta u.c.) (skat. 20. tabulu).

20. tabula. Respondentu īpatsvars, kuri vērtē pieejamības aspektus ar - Traucē tādā mērā, ka pakalpojums praktiski nav pieejams/ Būtiski traucē pieejamību

Pieejamības aspekti	Sociālo dienestu pārstāvju aptauja	SBSP sniedzēju aptauja	Formālo aprūpētāju /ģimenes locekļu aptauja	Vidējie rādītāji
Gaidīšana rindā	32.14%	39.39%	6.67%	26.07%
Darba laiki	14.75%	2.94%		8.85%
Sniegtā pakalpojuma apjoms	44.64%	5.88%	6.67%	19.06%
Pieejamība līdz pakalpojuma vietai ar sabiedrisko transportu	62.26%	14.71%	6.25%	27.74%
Pieejamība līdz pakalpojuma vietai ar pakalpojuma sniedzēja/ pašvaldības transportu	31.58%	27.27%	6.67%	21.84%

Pieejamības aspekti	Sociālo dienestu pārstāvju aptauja	SBSP sniedzēju aptauja	Formālo aprūpētāju /ģimenes locekļu aptauja	Vidējie rādītāji
Pakalpojuma telpu fiziskā pieejamība	24.59%	8.82%	6.67%	13.36%
Informācijas pieejamība par pakalpojumu (informācija ir viegli atrodamā, pieejama vieglajā valodā, zīmju valodā, audio formātā vai citā formātā, kas pieejams personām ar redzes traucējumiem, u.c.)	45.45%	8.82%	33.33%	29.20%
Informācijas pieejamība pakalpojuma sniegšanas vietā (informācija pakalpojumā tiek pasniegta vieglajā valodā, zīmju valodā, audio formātā vai citā formātā, kas pieejams personām ar redzes traucējumiem, u.c.)	34.48%	15.63%	13.33%	21.15%
Personāla komunikācijas prasmes ar klientiem	11.11%	3.03%	6.67%	6.94%
Pakalpojuma tiešās izmaksas	40.35%	15.15%		27.75%
Ar pakalpojuma saņemšanu saistītās netiešās izmaksas (transportu u.c.)	29.51%	21.21%		25.36%

Avots: Sociālo dienestu aptauja, SBSP sniedzēju aptauja, formālo aprūpētāju/ģimenes locekļu aptauja

Savukārt, visierobežotākā pieejamība ir diennakts krīzes tālrunis, sociālais mentors, “atelpas brīdis”, atbalsta personas pakalpojums lēmumu pieņemšanā un ģimenes asistenta pakalpojums. Publiski nav pieejama informācija par personu skaitu, kuras saņem šos pakalpojumus, bet, balstoties uz 2020. gadā iesniegtajiem DI plānu ieviešanas progress ziņojumiem, pakalpojuma “atelpas brīdis” pieejamība ir ierobežota (skat. nodaļu Pasākuma “Deinstitutionalizācija” ieviešanas progress).

21. tabula. Pakalpojumu pieejamības vērtējums balsties uz ziņojuma ietvaros apkopoto datu un sociālā dienesta respondentu vērtējumi (Tiek piedāvāts, bet mērķa grupai praktiski nav pieejams/Netiek piedāvāts)

SBSP	Personu ar GRT skaits, kuri pašlaik saņem SBSP ²⁴	Prognozētā personu ar GRT daļa, kas saņems SBSP pēc 2023.gada ²⁵	Sociālo dienestu pārstāvju īpatsvars, kuri vērtē pieejamību ar - Tiek piedāvāts, bet mērķa grupai praktiski nav pieejams/Netiek piedāvāts
Atelpas brīdis			54.29%
Grupu māja (dzīvoklis)	252	624	26.39%
Dienas aprūpes centrs	931	1153	18.06%
Aprūpe mājās	148 ²⁶		15.07%
Specializētās darbnīcas	94	627	36.62%
Speciālistu konsultācijas un individuālais atbalsts			11.11%
Atbalsta grupas un grupu nodarbības			35.29%
Asistenta pakalpojums	2678 ²⁷		5.56%
Atbalsta personas pakalpojums lēmumu pieņemšanā			59.42%
Ģimenes asistenta pakalpojums			46.38%
Diennakts krīzes tālrunis			76.81%
Sociālais mentors			73.24%

Avots: Pētījumā apkopoti dati, sociālo dienestu aptauja

Personām virs 55 gadiem sniegto SBSP kvantitatīvais raksturojums

Pārskatā par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībās 2019. gadā ietver datus par dienas aprūpes centru un aprūpes mājās pakalpojumiem, kas tika sniegti pensijas vecuma personām. Izvērsti apkopotie un analītiskie dati pievienoti pielikumā Nr. 18.

Aprūpes mājās pakalpojumi 2019. g. tika sniegti 14243 personām pensijas vecumā. No tām 82% bija lielajās pilsētās, bet 18% novados. Savās pašvaldībās pakalpojumi tika sniegti 94% personu (99% lielajās pilsētās un 77% novados). Pusei personu pakalpojumi tika iepirkti. Aprūpi mājās nodrošināja 148 pakalpojumu sniedzēji, taču dati apkopoti par visām mērķa grupām kopā, kur personas pensijas vecumā ir tikai viena daļa.

²⁴ Personu skaits, kas saņēma pakalpojumus savā vai kaimiņu pašvaldībās 2018. gadā.

²⁵ 2020. novembra koriģētie DI plāni un "Pašvaldību plānotie sociālie pakalpojumi cilvēkiem ar garīga rakstura traucējumiem DI ERAF projektos (atbilstoši plānošanas reģionu DI plānu grozījumiem līdz 01.01.2021.)"

²⁶ LM (2019). Pārskati par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībā 2019.gadā. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/par-2019gadu>

²⁷ LM dati (2019. gada decembrī rezultatīvā rādītāja - personu ar invaliditāti skaits - izpilde.

22. tabula. Pakalpojumu saņēmēju skaits Latvijā personām ar GRT 2019.g²⁸

	Dienas aprūpes centri	Aprūpe mājās
Pakalpojumu saņēmēju skaits	2268	14243
t.sk. lielajās pilsētās	749	11174
t.sk. novados	1519	3069

Avots: Autoru veidots, balstoties uz Pārskatu par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībā 2019. g.

Dienas aprūpes centra pakalpojumi 2019. g. tika sniegti 1337 personām pensijas vecumā. Visi pakalpojumi tika sniegti savās pašvaldībās un neliela daļa no tiem tika iepirkti.

Laika dinamikā novērojama pakalpojumu saņēmēju skaita pieauguma tendence. Aprūpes mājās saņēmēju skaits 2017.-2019.g. periodā pieaug par 13 %, savukārt, dienas aprūpes centros – samazinās par 10%. Dienas aprūpes centru statistiskā informācija radīja zināmas šaubas par to pamatotību. 2018.g. Pārskatā par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībā norādīts, ka Amatas novadā personām pensijas vecumā dienas aprūpes centra pakalpojumi sniegti 4381 personām, jeb vairāk, nekā visā Latvijā kopā un četras reizes pārsniedzot mērķa grupas skaitu šajā pašvaldībā. Saskaņā ar oficiālajiem statistikas datiem pakalpojuma saņēmēju skaits 2018.g. Amatas novada dēļ pret 2017.g. būtu audzis par četrām reizēm. Tādēļ šī informācija tika izņemta no datu analīzes.

23. tabula. Pakalpojumu saņēmēju skaita dinaika personām ar GRT 2017.-2019.g.

Gads	Dienas aprūpes centri		Aprūpe mājās	
	Skaits	Pret 2017.g., %	Skaits	Pret 2017.g., %
2017	1487		12591	
2018	1395	-6%	13589	8%
2019	1337	-10%	14243	13%

Avots: Autoru veidots, balstoties uz Pārskatu par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībā 2019. g.

Savukārt, 2019.g. oficiālie statistikas dati uzrāda saņēmēju skaita pieaugumu pret 2017.g. 53% apmērā. Detalizēti izvērtējot datus secināms, ka pieaugumu veido 931 pakalpojumu saņēmējs Balvu novadā. Šis skaits atbilst gandrīz 40% Balvu novada iedzīvotāju pensijas vecumā. Iepriekšējos gados Balvu

²⁸ Neliela daļa no ERAF ieguldījumiem, kas attēlā norādīti kā "DI realizācijas procesā", plānota esošo pakalpojumu pilnveidošanai/paplašināšanai, nevis jaunu izveidei, līdz ar to kopējais stabiņa apjoms attēlā ir nedaudz lielāks par faktisko pakalpojumu sniedzēju skaitu.

novadā nav norādīti saņēmēji. Tādēļ informācija tika novērtēta kā kļūdaina un izslēgta no statistiskās analīzes.

Teritoriālā sadalījumā vienmērīgāk ir noklāti aprūpes mājās pakalpojumi. Tie tiek piedāvāti 100 pašvaldībās jeb 84% no visām pašvaldībām, savukārt dienas centra pakalpojumi tiek piedāvāti 9 pašvaldībās, jeb 8%. 24. tabulās apkopotas pašvaldības, kurās aprūpe mājās 2018.g. tika sniegta vismaz 4% no pašvaldībā dzīvojošajām personām pensijas vecumā un visas pašvaldības, kurās tika sniegti dienas aprūpes centra pakalpojumi.

24. tabula. Pašvaldības ar lielāko pensijas vecuma personu īpatsvaru, kas 2018.g. saņēma aprūpes mājās pakalpojumus, %

Pašvaldība pirms reformas	Personu pensijas vecumā īpatsvars
Alojas novads	10%
Kandavas novads	8%
Rīga	7%
Varakļānu novads	6%
Kārsavas novads	6%
Jelgavas novads	6%
Viļānu novads	4%
Ciblas novads	4%
Kuldīgas novads	4%
Skrundas novads	4%
Salacgrīvas novads	4%
Ludzas novads	4%
Liepāja	4%

Avots: Autoru veidots, balstoties uz Pārskatu par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībā 2018. g.

Pārgrupējot statistiskos datus pašvaldību iedalījumā pēc reģionālās reformas uzrādās tikai viena pašvaldība – Salaspils novads, kurā nevienai personai pensijas vecumā netika sniegti aprūpes mājās pakalpojumi. Pašvaldības jaunajā iedalījumā, kurās aprūpes mājās pakalpojumus saņēma mazāk, kā 1% no pensijas vecuma personām, bija Cēsu novads, Saulkrastu novads, Ventspils novads, Dienvidkurzemes novads, Daugavpils valstspilsēta, Saldus novads, Krāslavas novads, Aizkraukles novads, Talsu novads, Daugavpils novads, Balvu novads, Olaines novads, Ādažu novads. Pašvaldības jaunajā iedalījumā, kurās pensijas vecuma personas saņēma dienas aprūpes centra pakalpojumus bija Tukuma novads, Rēzeknes valstspilsēta, Jūrmalas valstspilsēta, Dobeles novads, Limbažu novads (skat. 25. tabulu).

25. tabula. Pensijas vecuma personu īpatsvars, kas 2018.g. saņēma dienas aprūpes centra pakalpojumus, %

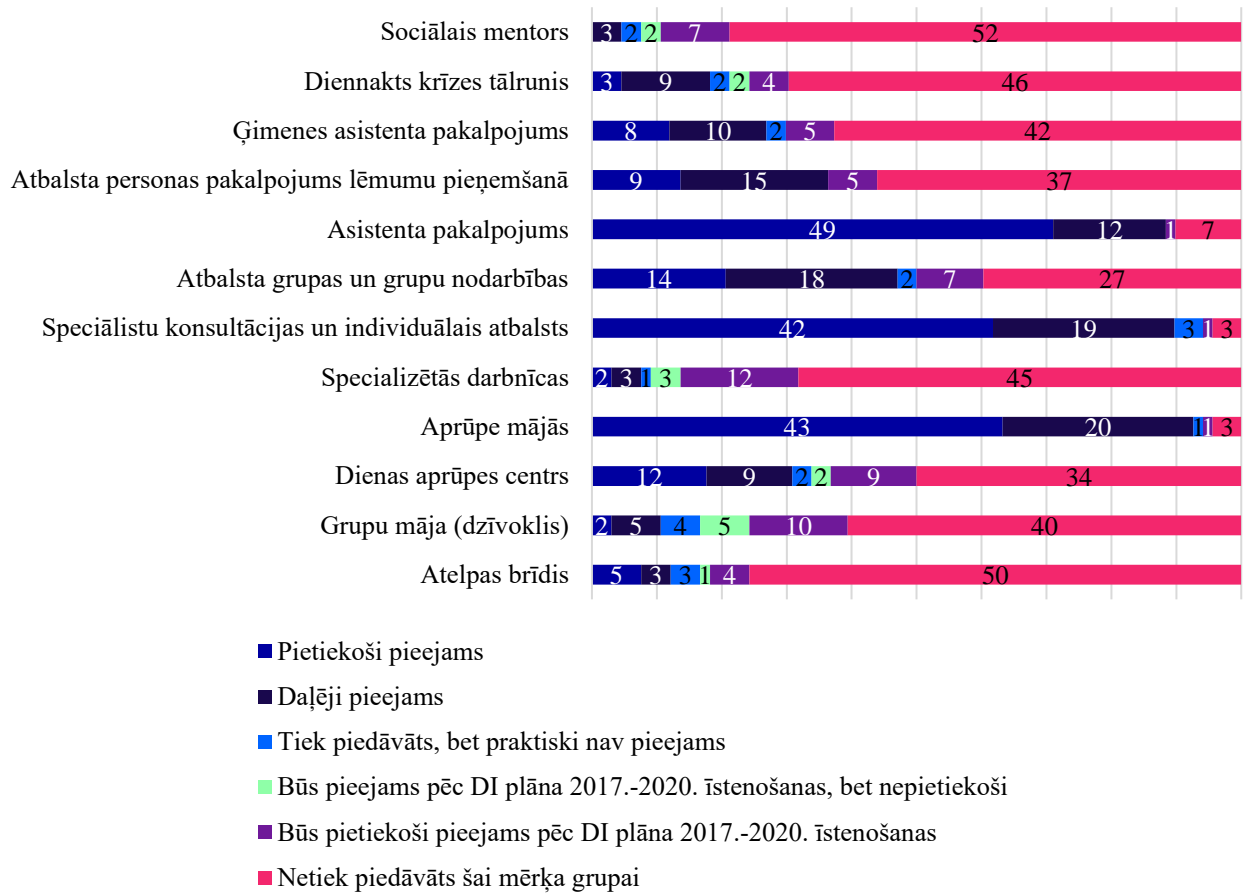
Pašvaldība pirms reformas	Personu pensijas vecumā īpatsvars
Kandavas novads	23%
Limbažu novads	6%
Dobeles novads	4%
Rēzekne	4%
Jūrmala	4%
Jaunjelgavas novads	2%
Tukuma novads	1%
Preiļu novads	0.2%
Rīga	0.1%

Avots: Autoru veidots, balstoties uz Pārskatu par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībā 2018. g.

Primārās izpētes rezultāti par SBSP pieejamību personām vecumā virs 55 gadiem

Kā pieejamākos pakalpojumus sociālo dienestu pārstāvji min asistenta pakalpojumu (pietiekoši pieejami – 49), “aprūpe mājās” pakalpojumu (pietiekoši pieejami – 43), speciālistu konsultācijas un individuālo atbalstu (pietiekoši pieejami – 42) (skat. 23. attēlu). Kopumā sociālo dienestu pārstāvju sniegtās atbildes liecina par ierobežotu SBSP pieejamību šai mērķa grupai. Aptaujā sociālo dienestu pārstāvji uzsver, ka informācija par šo mērķa grupu netiek apkopota, un šajā mērķa grupā ietilpst personas ar ļoti daudzveidīgām vajadzībām. Tāpēc sociālo dienestu pārstāvjiem nebija iespējams sniegt komentārus par pakalpojumu pieejamību šai mērķa grupai, kā arī mērķa grupas apakšgrupām.

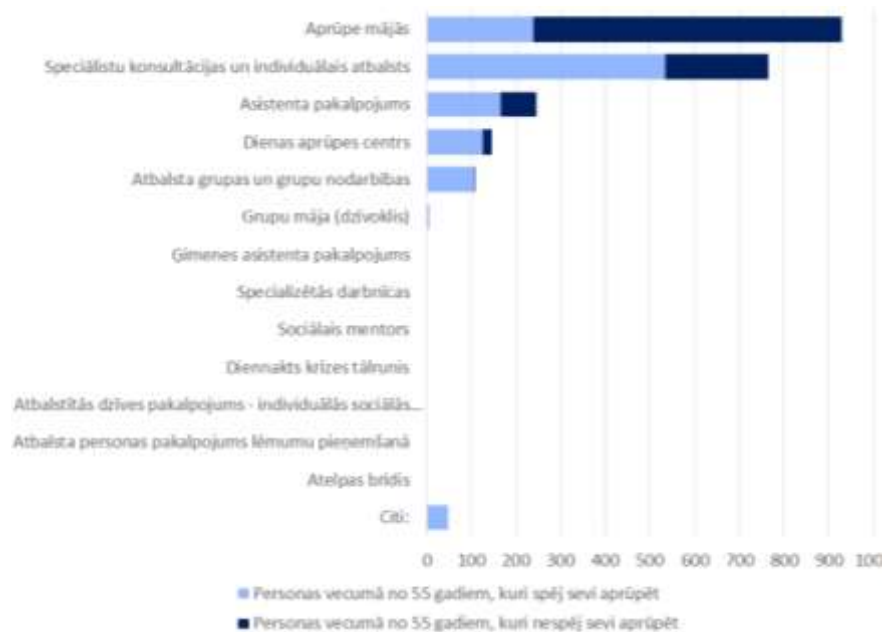
23. attēls. Sociālo dienestu vērtējums par SBSP pieejamību personām virs 55 gadiem



Avots: Sociālo dienestu aptauja

Sociālajiem dienestiem tika lūgts novērtēt SBSP saņēmušo klientu skaitu vecumā virs 55 gadiem, atsevišķi norādot tos, kas spēj sevi aprūpēt, un tos, kas nespēj. Visbiežāk sociālo dienestu pārstāvji norādīja, ka personas virs 55 gadiem, kas nespēj sevi aprūpēt, saņem “aprūpe mājās” pakalpojumu (skat. 24. attēlu). Savukārt personas virs 55 gadiem, kas spēj sevi aprūpēt, visbiežāk saņem speciālistu konsultācijas un individuālo atbalstu. Sociālo dienestu pārstāvji min, ka personas virs 55 gadiem, kas nespēj sevi aprūpēt, saņem arī asistenta pakalpojumus, speciālistu konsultācijas un individuālo atbalstu. Kā redzams 24. attēlā, pārsvarā SBSP, izņemot “aprūpe mājās” pakalpojumu, saņem personas virs 55 gadiem, kas spēj sevi aprūpēt.

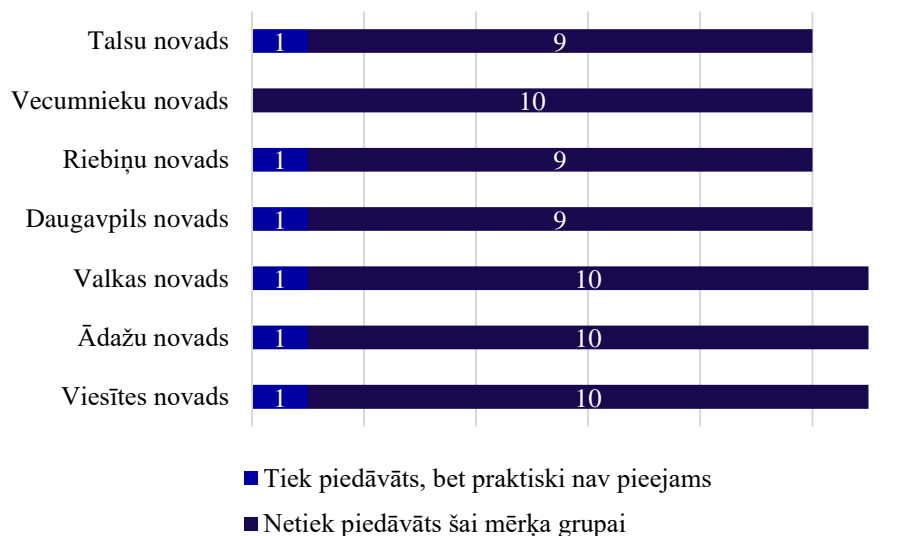
24. attēls. Sociālo dienestu aptaujas respondentu SBSP saņēmušo klientu skaits virs 55.g. sadalījumā pēc pašaprūpes spējām 2019. gadā



Avots: Sociālo dienestu aptauja

Neviens sociālā dienesta pārstāvis nevērtēja visus pakalpojumus kā nepieejamus personām virs 55 gadiem. Bet 36 sociālo dienestu pārstāvji vērtēja, ka vismaz 7 no aptaujā minētajiem pakalpojumiem var raksturot kā “tiek piedāvāts, bet praktiski nav pieejams” vai “netiek piedāvāts šai mērķa grupai” (skat. Pielikumu Nr. 10). Visbiežāk SBSP pakalpojumus kā nepieejamus min Viesītes, Ādažu un Valkas novadu sociālo dienestu pārstāvji (skat. 25. attēlu). Viesītes un Valkas novadu sociālo dienestu pārstāvji zemu vērtēja arī pieprasījumu pēc SBSP no personām virs 55 gadiem. Pēc Ādažu sociālā dienesta pārstāvja domām, interesi par SBSP izrāda tikai pensijas vecuma personas, kuras nespēj sevi aprūpēt, bet diemžēl interese ir par tādiem pakalpojumiem, kuri netiek sniegti. Viesītes un Ādažu novadu sociālo dienestu pārstāvji SBSP pakalpojumu pieejamību vērtēja negatīvi arī personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT.

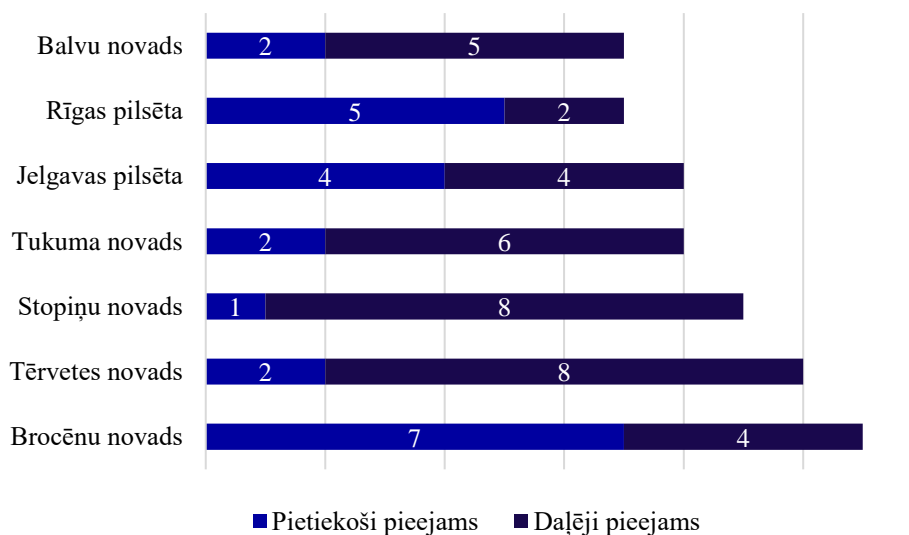
25. attēls. Sociālo dienestu negatīvie vērtējumi par SBSP pieejamību novadu griezumā, SBSP skaits



Avots: Sociālo dienestu aptauja

Tikai 7 sociālo dienestu pārstāvji uzskata, ka personām virs 55 gadiem ir pieejami vismaz 7 no pētījumā minētajiem SBSP (skat. 26. attēlu). Brocēnu, Tērvetes un Stopiņu novadu sociālo dienestu pārstāvji sniedz vislabākos vērtējumus.

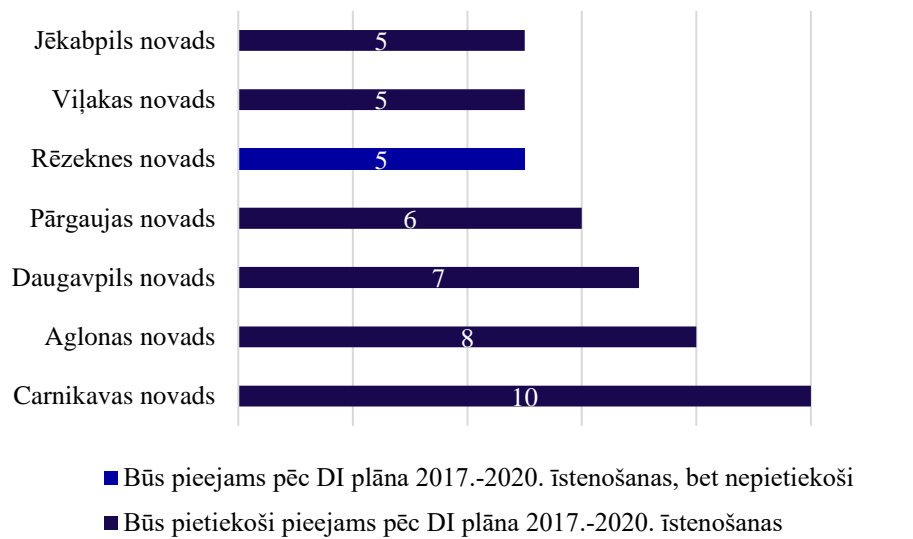
26. attēls. Sociālo dienestu pozitīvie vērtējumi par SBSP pieejamību novadu griezumā



Avots: Sociālo dienestu aptauja

7 sociālo dienestu pārstāvji uzskata, ka pieejamība uzlabosies pēc DI īstenošanas (skat. 27. attēlu).

27. attēls. Sociālo dienestu vērtējumi par DI ietekmi uz SBSP pieejamību novadu griezumā



Avots: Sociālo dienestu aptauja

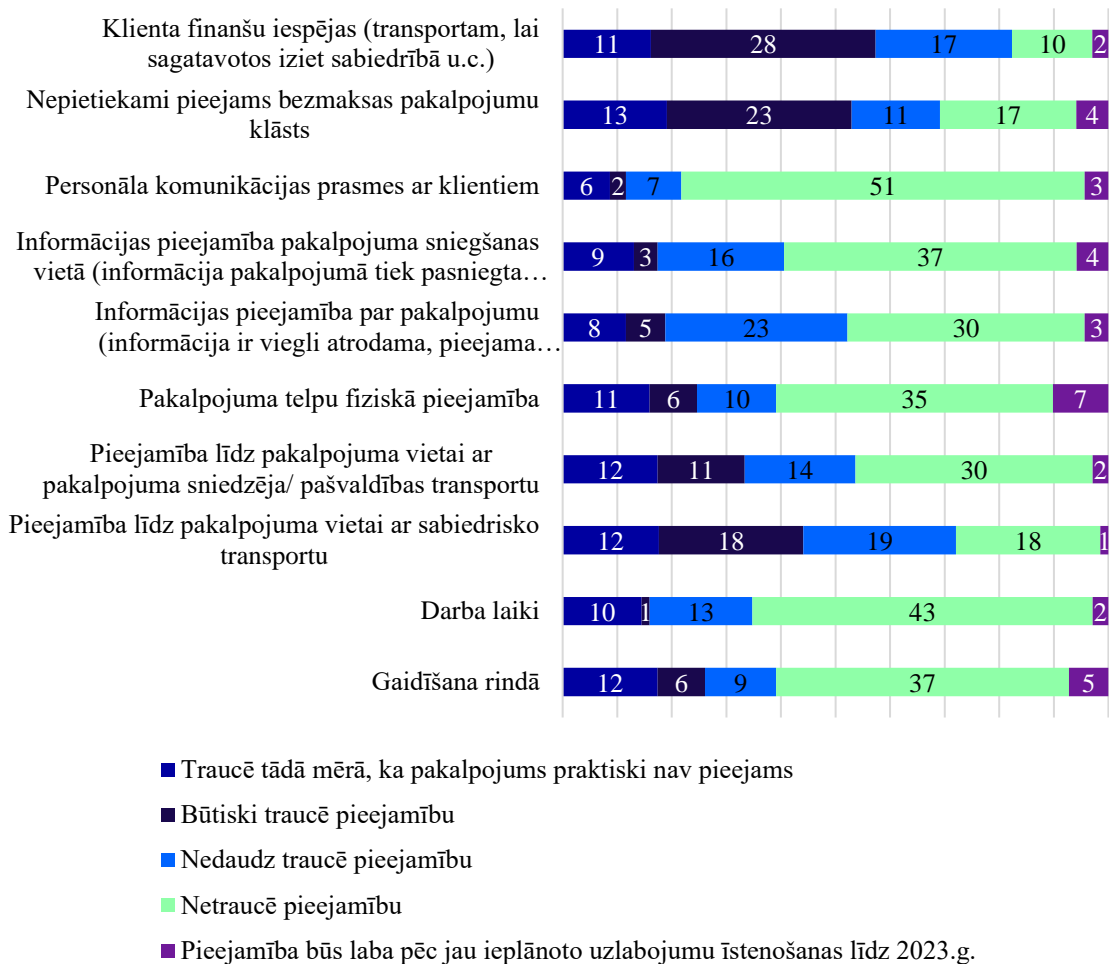
Intervijās ar iesaistīto pušu pārstāvjiem tiek minēti vairāki SBSP, kuri ir specifiski paredzēti personām virs 55 gadiem. Personām no 55 gadiem līdz pensijas vecumam ir pieejami Nodarbinātības valsts aģentūras sniegtie pakalpojumi, speciālistu konsultācijas un motivācijas pasākumi, bet specifiski šai mērķa grupai pieejamais atbalsts ir atkarīgs no projektiem un to nevar vērtēt kā pastāvīgu. Kopumā iesaistīto pušu pārstāvji personām no 55 gadiem līdz pensijas vecumam pieejamo pakalpojumu klāstu vērtē kā ļoti ierobežotu.

Personām virs 55 gadiem, kuras nespēj sevi aprūpēt, ir pieejami dienas aprūpes centri vai dienas centri personām virs 55 gadiem (ar demenci), kā arī drošības pogas, rūpju zvana un kustību sensoru pakalpojumi. Kā intervijā norāda Latvijas Samariešu apvienības direktors A. Bērziņš, dienas aprūpes centru un dienas centru pakalpojumus personām ar demenci primāri nodrošina biedrības un NVO. Piemēram, viens no dienas aprūpes centru pakalpojumu sniedzējiem personām ar demenci ir Latvijas Sarkanā Krusta Kurzemes komiteja.

Kopumā gan iesaistīto pušu pārstāvju (skat. Pielikumu Nr. 5), gan sociālo dienestu pārstāvju sniegtais vērtējums liecina, ka viens no būtiskākajiem šķēršļiem SBSP pieejamībai pašvaldībās dzīvojošajiem mērķa grupu pārstāvjiem ir klientu finansiālās iespējas. 39 pašvaldību pārstāvji uzskata, ka klientu finansiālās iespējas būtiski traucē vai traucē tādā mērā, ka pakalpojums netiek saņemts. Savukārt 36 pašvaldību pārstāvji uzskata, ka šai mērķa grupai ir nepietiekami pieejami bezmaksas pakalpojumi. Salīdzinoši negatīvi vērtēti šķēršļi, ko rada nokļūšana līdz pakalpojuma vietai ar sabiedrisko transportu (traucē tādā mērā, ka netiek sniegts – 12; būtiski traucē – 18; nedaudz traucē – 19), pakalpojuma sniedzēja/pašvaldības transportu (traucē tādā mērā, ka netiek sniegts – 12; būtiski traucē – 11; nedaudz

traucē – 14), kā arī informācijas pieejamība par pakalpojumu (traucē tādā mērā, ka netiek sniegts – 8; būtiski traucē – 5; nedaudz traucē – 23). Savukārt visaugstāk tika vērtēti pakalpojumu darba laiki (netraucē pieejamību – 43) un personāla komunikācijas prasmes ar klientiem (netraucē pieejamību – 51) (skat. 28. attēlu).

28. attēls. Sociālo dienestu pārstāvju kopējais vērtējums par SBSP pieejamību personām virs 55 gadiem

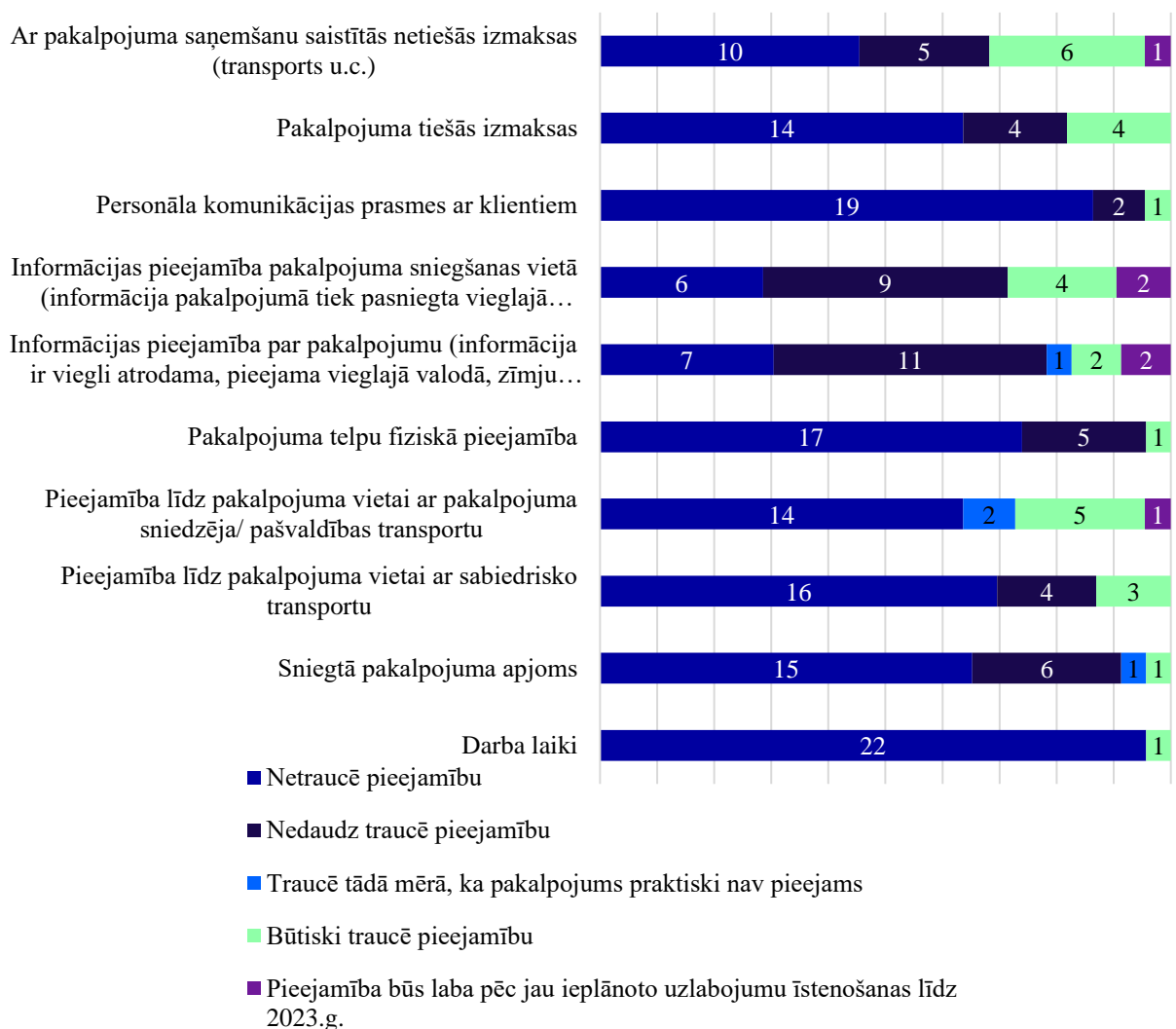


Avots: Sociālo dienestu aptauja

5 sociālo dienestu pārstāvji uzskata, ka visi pakalpojuma pieejamības aspekti traucē tādā mērā, ka pakalpojums praktiski nav pieejams vai būtiski traucē pieejamību – tāda situācija ir Ādažu, Rūjienas, Krāslavas, Vecumnieku un Talsu novados (skat. Pielikumu Nr. 8). Neviens sociālo dienestu pārstāvis nevērtē visus pakalpojumu pieejamības aspektus kā būtiski traucējošus. Četru sociālo dienestu pārstāvji (Amatas, Brocēnu, Ķekavas un Siguldas novadu) visus pieejamības aspektus vērtē ar “netraucē pieejamību”. Savukārt 15 sociālo dienestu pārstāvji vērtē pakalpojumu pieejamību visos aspektos ar “netraucē pieejamību” vai “nedaudz traucē pieejamību” (skat. Pielikumu Nr. 8).

SBSP sniedzēju aptaujas dati rāda, ka vismazāk pakalpojumu pieejamībai traucē pakalpojumu darba laiki un personāla komunikācijas prasmes ar klientiem. Visbiežāk kā nedaudz traucējošus faktorus pakalpojumu pieejamībai respondenti min informācijas pieejamību pakalpojuma sniegšanas vietā un informācijas pieejamību par pakalpojumu. 2 pakalpojumu sniedzēji min nokļūšanu līdz pakalpojuma vietai ar pakalpojuma sniedzēja/pašvaldības transportu kā traucējošu tādā mērā, ka pakalpojums praktiski nav pieejams. 6 SBSP sniedzēji nokļūšanu līdz pakalpojuma vietai ar pakalpojuma sniedzēja/pašvaldības transportu min kā būtisku šķērslī pakalpojumu pieejamībai. Savukārt 6 SBSP sniedzēji par būtisku šķērslī pakalpojumu pieejamībai min ar pakalpojumu saņemšanu saistītās netiešās izmaksas (skat. 29. attēlu).

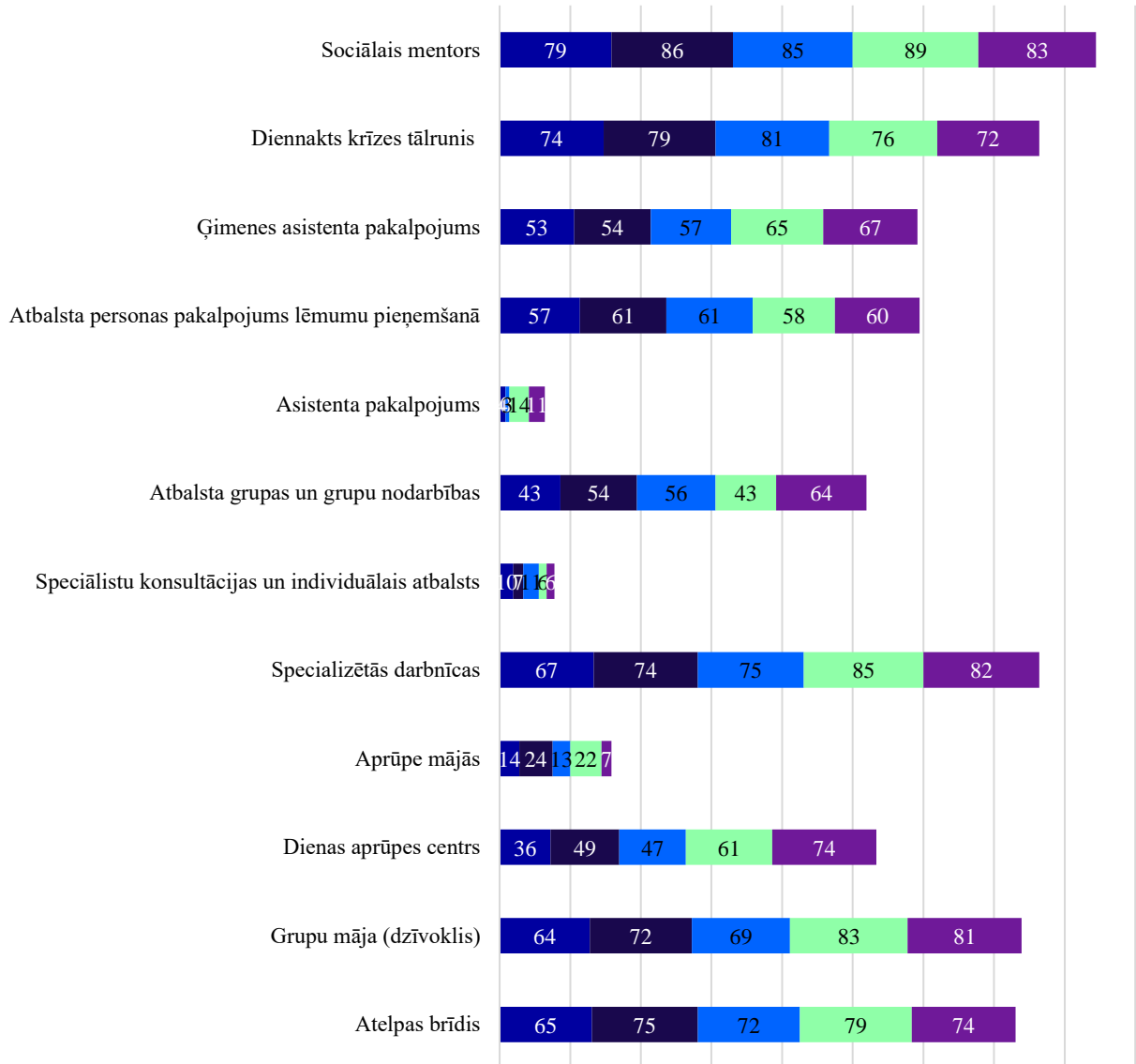
29. attēls. SBSP kopējais vērtējums par SBSP pieejamību personām virs 55 gadiem



Avots: SBSP sniedzēju aptauja

Kopumā izvērtējot sociālo dienestu sniegtās atbildes par SBSP pakalpojumu nepieejamību personām ar GRT un personām vecumā virs 55 gadiem, var secināt, ka pašvaldībās pieejamo SBSP daudzveidība ir ierobežota (skat. 30. attēlu).

30. attēls. SBSP nepieejamība visām mērķa grupām, %



- Personām ar garīgās (intelektuālās) atbilstības traucējumiem Pakalpojums nav pieejams
- Personām ar psihiskām slimībām Pakalpojums nav pieejams
- Personām ar multipliem traucējumiem Pakalpojums nav pieejams
- Personām vecumā virs 55 gadiem, kas spēj sevi aprūpēt Pakalpojums nav pieejams
- Personām vecumā virs 55 gadiem, kas nespēj sevi aprūpēt Pakalpojums nav pieejams

Avots: Sociālo dienestu aptauja

Secinājumi

1. 2020. gadā DI projekta ietvaros plānotie SBSP bija sniegti 23 % no plānotās mērķa grupas.
2. Visi plānošanas reģioni ir veikuši izmaiņas DI plānos, pārsvarā mainot vietu skaitu pakalpojumos.
3. Analizējot DI plānu ieviešanas progresu ziņojumos norādītos datus, prognozējams kopējais jaunveidojamo SBSP vietu skaita samazinājums par 2,2 %.
4. Atelpas brīža pakalpojumu vietu skaits pieaugs no 15 uz 19; grupu mājas (dzīvokļa) vietu skaits samazināsies no 648 uz 624; dienas aprūpes centra – no 964 uz 929; specializēto darbnīcu - no 502 uz 496.
5. Plānošanas reģionu DI plānos procesa gaitā veiktās izmaiņas iecerēto infrastruktūras pasākumu saturā un apjomā nav būtiski ietekmējušas paredzamo SBSP pieejamību, salīdzinot ar sākotnēji plānoto.
6. Novērojama tendence pārcelt pakalpojumus uz blīvāk apdzīvotām pašvaldībām.
7. Pastāv risks – pašvaldības var turpināt samazināt vietu skaitu vai atteikties no SBSP izveides galvenokārt būvniecības izmaksu un mērķa grupas motivācijas trūkuma dēļ.
8. Lielākais klientu vietu skaits izveidotajos SBSP ir plānots VPR – 579, bet vismazāk KPR – 262.
9. Visos plānošanas reģionos plānoto vietu skaits dalījums ir šāds: 40–50 % vietu tiek veidoti dienas aprūpes centros, ap 30 % grupu mājās (dzīvokļos) un 20–30 % vietu specializētajās darbnīcās.
10. Plānoto SBSP izvietojums makrolīmenī korelē ar iedzīvotāju skaitu un blīvuma sadalījumu.
11. Reģionālā reforma ietekmēs SBSP pakalpojumu teritoriālo pārklājumu.
12. DI pasākumā saņemto pakalpojumu īpatsvars plānošanas reģionos līdz 29.02.2020 uzrāda, ka speciālistu konsultāciju un individuālā atbalsta pakalpojumi bija vispieejamākie. Pārējo SBSP pieejamībā ir vērojamas būtiskas atšķirības. Atbalsta grupas un grupu nodarbības KPR veido gandrīz trešdaļu sniegto SBSP, kamēr VPR atbalsta grupas un grupu nodarbības netiek piedāvātas. Atbalsta grupu un grupu nodarbību īpatsvars ir zems arī LPR – 7 %. Dienas aprūpes centra pakalpojumi visvairāk tiek nodrošināti ZPR – 27 % no pakalpojumiem, bet mazākā apjomā arī citos reģionos. Grupu māju pakalpojumi bija piedāvāti VPR (19 %), LPR (14%) un RPR (11 %), kā arī 1 personai ZPR.²⁹
13. Prognozējams, ka pēc DI pasākuma pabeigšanas pēc 2023.g. dienas aprūpes centru vietu skaits pret 2019.g. būs pieaudzis divas reizes – no 1024 līdz 2217. Grupu dzīvokļu vietu skaits būs pieaudzis trīsarpus reizes - no 254 līdz 880. Specializēto darbnīcu vietu skaits būs pieaudzis vairāk par astoņām reizēm – no 82 līdz 709. Atelpas brīža pakalpojumiem būs pieejamas 19 vietas. Šobrīd šis pakalpojums personu ar GRT auditorijai praktiski nav pieejams.

²⁹ DI plānu ieviešanas progresu ziņojumiem un LM apkopoto informāciju 29.02.2020.

14. Vidēji 11 % no personām ar GRT pēc 2023. gada saņems dienas aprūpes centra pakalpojumus. Pašvaldības jaunajā dalījumā pēc reģionālās reformas, kurās šos pakalpojumus saņems mazāk par 5 % ir Dienvidkurzemes, Krāslavas, Līvānu, Mārupes, Rēzeknes, Ropažu, Saulkrastu, Ventspils novadi.
15. Vidēji 5 % no personām ar GRT pēc 2023. gada saņems grupu dzīvokļa (mājas) pakalpojumus. Kritiskākās pašvaldības jaunajā dalījumā pēc reģionālās reformas, kurās šāds pakalpojums pašām nav prognozējams, ir Ķekavas, Līvānu, Ludzas, Mārupes, Olaines, Talsu novadi un Ventspils pilsēta.
16. Vidēji 4 % no personām ar GRT pēc 2023. gada saņems specializēto darbnīcu pakalpojumus. Kritiskākās pašvaldības jaunajā dalījumā pēc reģionālās reformas, kurās šāds pakalpojums pašām nav prognozējams, ir Ādažu, Ķekavas, Krāslavas, Limbažu, Līvānu, Ludzas, Madonas, Mārupes, Olaines, Preiļu, Ropažu, Salaspils, Saulkrastu, Talsu, Valkas, Ventspils novadi un Ventspils pilsēta.
17. Sociālo dienestu pārstāvji kā vispieejamākos SBSP personām ar GRT un multipliem traucējumiem vērtē: asistenta (76 % no sociālo dienestu pārstāvjiem), “aprūpes mājās” (56 % no sociālo dienestu pārstāvjiem), speciālistu konsultāciju un individuālā atbalsta (46 % no sociālo dienestu pārstāvjiem) pakalpojumus.
18. Pēc sociālo dienestu aptaujas respondentu domām, no DI pasākuma ietvaros attīstāmajiem pakalpojumiem tikai speciālistu konsultāciju un individuālā atbalsta pakalpojumi ir vērtējami kā relatīvi plaši pieejami personām ar GRT un multipliem traucējumiem.
19. Sociālo dienestu aptaujas rezultāti liecina, ka daudzveidīgu SBSP pieejamība personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai multipliem traucējumiem ir ierobežota.
20. Sociālo dienestu pārstāvji kā visnepieejamākos SBSP vērtē sociālā mentora, diennakts krīzes tālruņa, atbalsta personas pakalpojumu lēmuma pieņemšanā un “atelpas brīža” pakalpojumus. Lielākoties šos pakalpojumus vērtē kā “netiek piedāvāts”.
21. 2 sociālo dienestu pārstāvji (Krāslavas un Rugāju novados) visus pakalpojumus vērtē kā nepieejamus, jo tie novados netiek nodrošināti.
22. 8 sociālo dienestu pārstāvji uzskata, ka vismaz 5 pakalpojumu pieejamību personām ar GRT pietiekoši uzlabos DI plāna īstenošana, bet Rūjienas un Daugavpils novadu sociālo dienestu pārstāvji uzskata, ka dažu pakalpojumu pieejamība uzlabosies, bet nepietiekami.
23. Gan SBSP sniedzēji, gan sociālo dienestu pārstāvji par vienu no visbūtiskākajiem šķēršļiem pakalpojuma pieejamībai norāda nokļūšanu līdz pakalpojuma sniegšanas vietai un informācijas pieejamību par pakalpojumu un pakalpojuma sniegšanas vietā.
24. SBSP sniedzēji norāda, ka pakalpojumu pieejamību negatīvi ietekmē nepieciešamība sniegt vienu pakalpojumu dažādām mērķa grupām ar dažādām atbalsta vajadzībām vienlaicīgi, piemēram,

- personām ar psihiskām saslimšanām un personām ar garīgiem (intelektuālas) attīstības traucējumiem.
25. Informācija par personu vecumā virs 55 gadiem atbalsta vajadzībām, sniegtajiem un pieejamajiem SBSP tiek apkopota ierobežotā apjomā.
 26. Detalizēti statistikas dati par SBSP personām vecumā virs 55 tiek apkopoti par pensijas vecuma personām sniegtajiem dienas aprūpes centru un aprūpes mājās pakalpojumiem. Dienas aprūpes centru pakalpojumu saņēmēju skaits no 1487 personām 2017.g. samazinājies līdz 1337 personām 2019.g. jeb par 10%. Aprūpes mājās pakalpojumu saņēmēju skaits no 12591 personām 2017.g. palielinājies līdz 14243 personām 2019.g. jeb par 13%.
 27. Saskaņā ar apkopoto statistiku dienas aprūpes centra pakalpojumus personas pensijas vecumā 2018.g. saņēma deviņās pašvaldībās - Kandavas novads, Limbažu novads, Dobeles novads, Rēzekne, Jūrmala, Jaunjelgavas novads, Tukuma novads, Preiļu novads, Rīga. Sniegto pakalpojumu apjoms svārstījās būtiski no 0,1% no pašvaldībā dzīvojošajām personām pensijas vecumā Rīgā līdz 23% Kandavas novadā. Tas liek secināt, ka visās pārējās pašvaldībās pakalpojumu pieejamība jāattīsta vismaz minimālā pieejamības līmenī.
 28. Aprūpes mājās pakalpojumi, pārveidojot statistiskos datus jaunajā pašvaldību dalījumā pēc reģionālās reformas uzrāda, ka 2018.g. pakalpojumi netika sniegti tikai vienā pašvaldībā - Salaspils novads. Pašvaldības jaunajā iedalījumā, kurās aprūpes mājās pakalpojumus saņēma mazāk, kā 1% no pensijas vecuma personām, bija Cēsu novads, Saulkrastu novads, Ventspils novads, Dienvidkurzemes novads, Daugavpils valstspilsēta, Saldus novads, Krāslavas novads, Aizkraukles novads, Talsu novads, Daugavpils novads, Balvu novads, Olaines novads, Ādažu novads.
 29. Statistikas datu rezultāti sniegto pakalpojumu apjomam pašvaldību griezumā atsevišķos gadījumos rada šaubas par datu precizitāti. Lai novērstu iespējamus pārpratumus un uzlabotu uzskaitīto datu precizitāti, "Pārskata par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībā" datu kolonnu "Savas pašvaldības institūciju nodrošinātie sociālie pakalpojumi" ieteicams sadalīt divās apakšgrupās: "Savas pašvaldības klientiem nodrošinātie pakalpojumi" un "Citu pašvaldību klientiem nodrošinātie pakalpojumi".
 30. Sociālo dienestu aptaujas rezultāti liecina, ka personas virs 55 gadiem, kas nespēj sevi aprūpēt visbiežāk, saņem "aprūpe mājās" pakalpojumu, personas virs 55 gadiem, kas spēj sevi aprūpēt, visbiežāk saņem speciālistu konsultācijas un individuālo atbalstu.
 31. Tikai 7 sociālo dienestu pārstāvji uzskata, ka personām virs 55 gadiem ir pieejami vismaz 7 no pētījumā minētajiem SBSP – Brocēnu, Tērvetes un Stopiņu novadu sociālo dienestu pārstāvji pieejamību novērtēja visaugstāk. .
 32. Personām virs 55 gadiem līdz pensijas vecumam ir pieejami Nodarbinātības valsts aģentūras sniegtie pakalpojumi, speciālistu konsultācijas un motivācijas pasākumi, bet atbalsts nav pastāvīgs.

33. Personām virs 55 gadiem, kuras nespēj sevi aprūpēt, ir pieejami dienas aprūpes un dienas centri personām virs 55 gadiem (ar demenci), drošības pogas, rūpju zvana un kustību sensoru pakalpojumi, bet pakalpojumu pieejamība ir ierobežota.
34. Par visbūtiskāko šķērsli SBSP pieejamībai personām virs 55 gadiem iesaistīto pušu un sociālo dienestu pārstāvji min klientu finansiālās iespējas, kā arī nepietiekami pieejamus bezmaksas pakalpojumus.
35. Kopumā izvērtējot sociālo dienestu sniegtās atbildes par SBSP pakalpojumu pieejamību personām ar GRT un personām vecumā virs 55 gadiem, var secināt, ka pašvaldībās pieejamo SBSP daudzveidība ir ierobežota.

3. SBSP ATBILSTĪBA MĒRĶA GRUPU VAJADZĪBĀM

IZPĒTES JAUTĀJUMI

Šajā nodaļā analizēti jautājumi: cik lielā mērā 2017., 2018. un 2019. gadā sniegtie SBSP personām ar smagiem GRT, tai skaitā pasākuma “Deinstitutionalizācija” projektos nodrošinātie pasākumi, atbilst personas ar GRT funkcionēšanas ierobežojumu veidam un pakāpei un sasniedz mērķi nodrošināt individuālajām vajadzībām atbilstošu atbalstu, dzīves kvalitātes uzlabošanu un aktīvas/neatkarīgas dzīves iespējas ārpus pakalpojuma institūcijā? Vai kāda daļa no mērķa grupas nav palikušas ārpus pasākuma “Deinstitutionalizācija” atbalsta specifisku, kompleksu vajadzību dēļ (piemēram, cilvēki ar autiska spektra traucējumiem, multipliem traucējumiem, t.sk. neredzīgas un nedzirdīgas personas u.tml.)?

PIELIETOTĀ METODOLOĢIJA

Kvalitatīvā un kvantitatīvā analīze balstīta uz:

1. sociālo dienestu aptauju;
2. SBSP sniedzēju aptauju;
3. formālo aprūpētāju/ģimenes locekļu aptauju;
4. iesaistīto pušu intervijām.

Detalizētāka informācija par kvalitatīvajā analīzē iesaistītajiem respondentiem un primārās izpētes metodoloģiju pieejama pielikumos.

SBSP atbilstība personām ar GRT

Sociālo dienestu aptaujā respondentiem tika lūgts novērtēt SBSP atbilstību personām ar garīgas (intelektuālas) attīstības traucējumiem, psihiskām saslimšanām un multipliem traucējumiem. Kā visatbilstošākie pakalpojumi personām ar garīgās (intelektuālās) attīstības traucējumiem, psihiskām saslimšanām, kā arī multipliem traucējumiem tiek vērtēti asistenta, speciālistu konsultāciju, individuālā atbalsta un “aprūpe mājās” pakalpojumi (skat. Pielikumu Nr. 20). Vērtējot pakalpojumus personām ar garīgās (intelektuālās) attīstības traucējumiem, 48 (67 %) no 72 sociālo dienestu pārstāvjiem vērtē asistenta pakalpojumu kā pilnībā atbilstošu, speciālistu konsultācijas un individuālo atbalstu – 37 (51 %), “aprūpe mājās” pakalpojumu – 33 (46 %).

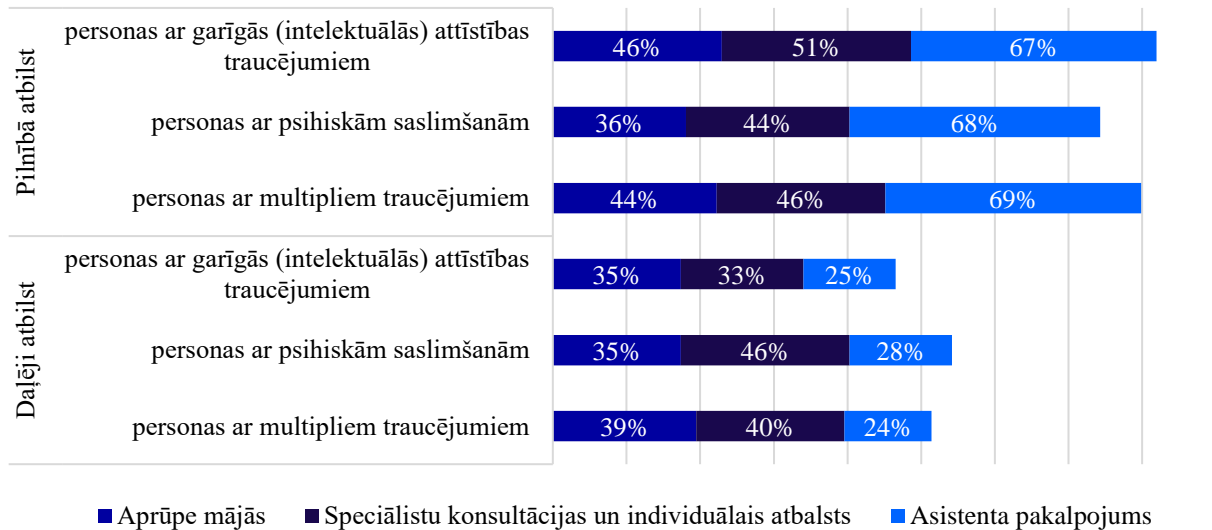
Personām ar psihiskām saslimšanām 49 (68 %) no 72 sociālo dienestu pārstāvjiem vērtē asistenta pakalpojumu kā pilnībā atbilstošu, speciālistu konsultācijas un individuālo atbalstu – 26 (44 %), “aprūpe mājās” pakalpojumu – 32 (36 %). Personām ar multipliem traucējumiem 50 (69 %) no 72 sociālo dienestu pārstāvjiem vērtē asistenta pakalpojumu kā pilnībā atbilstošu, speciālistu konsultācijas un individuālo atbalstu – 33 (46 %), “aprūpe mājās” pakalpojumu – 32 (44 %). Liela daļa respondentu šos pakalpojumus vērtē arī kā daļēji atbilstošus (skat. 31. attēlu).

SBSP sniedzējiem tika lūgts vērtēt savu sniegto SBSP atbilstību dažādu mērķa grupu/apakšgrupu vajadzībām. 11 no 36 SBSP sniedzējiem nodrošina “aprūpe mājās” pakalpojumu. Šo SBSP sniedzēju vērtējumā viņu nodrošinātie pakalpojumi, t.sk. “aprūpe mājās” pakalpojums, ir visatbilstošākie personām ar garīgas (intelektuālās) attīstības traucējumiem (6 atbildes “pārsvārā/pilnībā atbilst”) un multipliem traucējumiem (5 atbildes “pārsvārā/pilnībā atbilst”). SBSP sniedzēji uzskata, ka viņu pakalpojumi ir vismazāk piemēroti personām ar psihiskām saslimšanām (6 atbildes “būtiski/pārsvārā neatbilst”). Arī sociālo dienestu aptaujā šo pakalpojumu vērtēja kā personām ar psihiskām saslimšanām vismazāk piemēroto SBSP.

SBSP sniedzēju aptaujas rezultāti uzrāda, ka 11 respondenti nodrošina speciālistu konsultācijas un individuālo atbalstu. Šie respondenti savus pakalpojumus, t.sk. speciālistu konsultācijas un individuālo atbalstu, kā visatbilstošākos vērtē personām ar garīgas (intelektuālās) attīstības traucējumiem. SBSP sniedzēji līdzīgi vērtē arī pakalpojumu piemērotību personām ar psihiskām saslimšanām (pārsvārā/pilnībā atbilst – 4 atbildes, daļēji atbilst – 2 atbildes, būtiski/pārsvārā neatbilst – 3 atbildes) un multipliem traucējumiem (pārsvārā/pilnībā atbilst – 4 atbildes, daļēji atbilst – 3 atbildes, būtiski/pārsvārā neatbilst – 2 atbildes). Sociālo dienestu aptaujas rezultāti liecina, ka sociālo dienestu pārstāvji kopumā speciālistu konsultācijas un individuālo atbalstu kā nedaudz atbilstošāku vērtē personām ar psihiskām saslimšanām (90 % no respondentiem vērtē kā pilnībā vai daļēji atbilstošu) un multipliem traucējumiem (86 % no respondentiem vērtē kā pilnībā vai daļēji atbilstošu), bet kā pilnīgi atbilstošu personām ar garīgas (intelektuālās) attīstības traucējumiem (51 %) (skat. 31. attēlu). Tikai 3 no 36 SBSP sniedzējiem nodrošina asistenta pakalpojumus, un šo SBSP sniedzēju vērtējumi neliecina par pakalpojuma atbilstību kādai noteiktai mērķa grupai.

Kopumā SBSP sniedzēji vērtēja savus pakalpojumus kā atbilstošus personām ar mēreni smagiem un viegliem GRT (t.sk. ar 3. grupas invaliditāti vai bez grupas), personām ar garīgās (intelektuālās) attīstības traucējumiem (ar 1. un 2. grupas invaliditāti), kā arī personām virs 55 gadiem, kuras spēj sevi aprūpēt. Salīdzinoši daudz respondentu kā pārsvārā vai būtiski neatbilstošus savus pakalpojumus vērtē personām ar psihiskām saslimšanām, lai gan 21 no 36 SBSP sniedzējiem faktiski nodrošina pakalpojumus arī šai mērķa grupai.

31. attēls. SBSP pilnīga vai daļēja atbilstība personu ar garīgās (intelektuālās) attīstības traucējumiem, psihiskām saslimšanām un multipliem traucējumiem vajadzībām

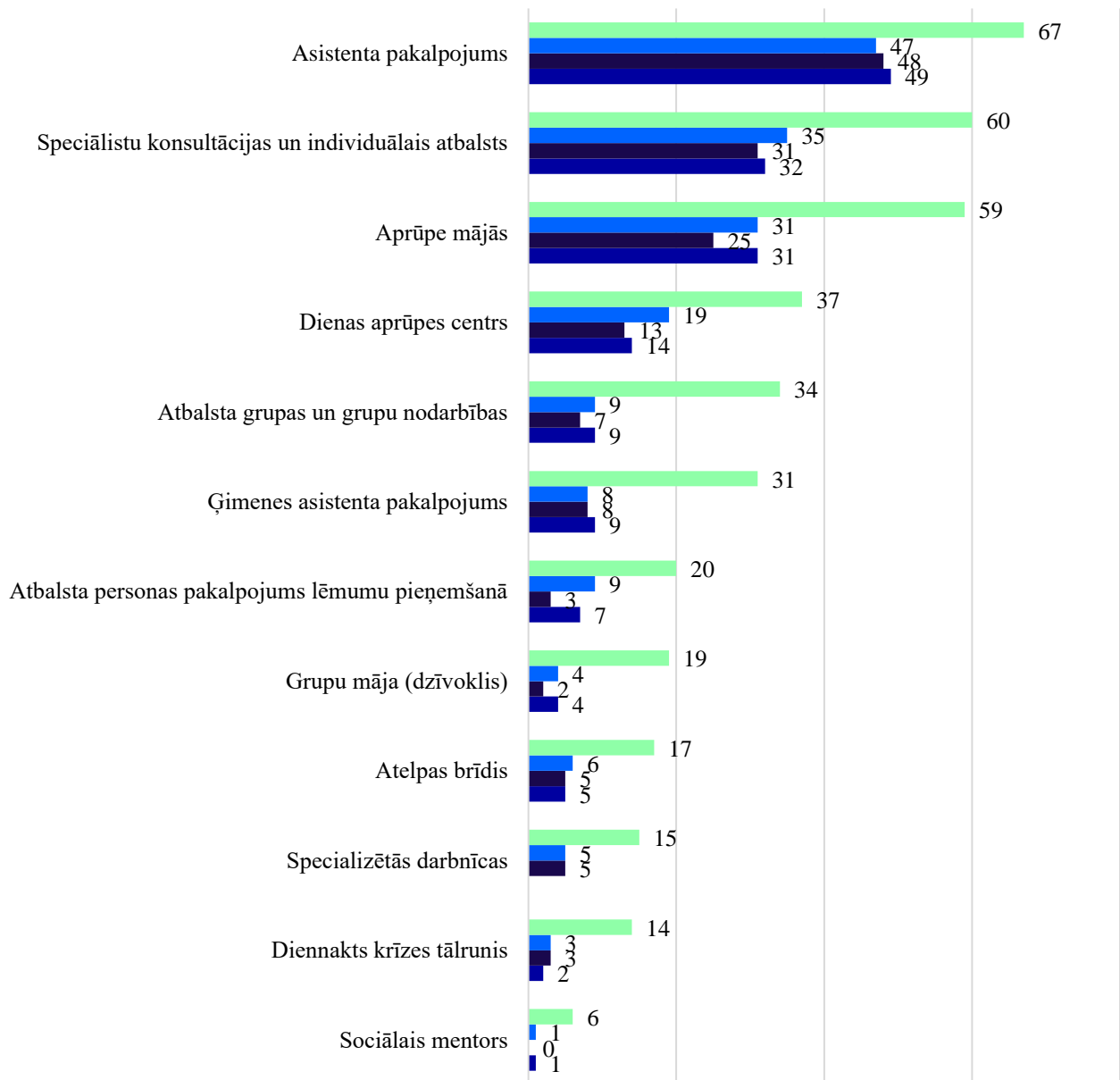


Avots: Sociālo dienestu aptauja

Formālie aprūpētāji/ģimenes locekļi aptaujās tika lūgti sniegt savus vērtējumus par SBSP atbilstību viņu aprūpē esošajām pilngadīgajām personām ar GRT. Kopumā formālie aprūpētāji/ģimenes locekļi kā visatbilstošākos SBSP vērtē dienas aprūpes centra pakalpojumus (pilnībā atbilst vai kopumā atbilst – 12 atbildes), speciālistu konsultācijas un individuālo atbalstu (pilnībā atbilst vai kopumā atbilst – 12 atbildes), grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojumus (pilnībā atbilst vai kopumā atbilst – 10 atbildes) un asistenta pakalpojumus (pilnībā atbilst vai kopumā atbilst – 9 atbildes). Dienas aprūpes centra pakalpojumu atbilstība tika salīdzinoši augsti vērtēta arī sociālo dienestu aptaujā: 26 (36%) sociālo dienestu pārstāvji norādīja, ka šis pakalpojums ir pilnībā atbilstošs personām ar garīgās (intelektuālās) attīstības traucējumiem, bet tikai 16 (22 %) respondenti uzskatīja, ka šis pakalpojums pilnībā atbilst personām ar multipliem traucējumiem un 15 (21 %) respondenti šādi vērtēja pakalpojuma atbilstību personām ar psihiskām saslimšanām (skat. 32. attēlu). Jāņem vērā, ka tikai viena no formālo aprūpētāju/ģimenes locekļu aprūpē esošajām personām ir saņēmusi “aprūpe mājās” pakalpojumu. Savukārt 13 aprūpē esošās personas ir saņēmušas speciālistu konsultācijas un individuālo atbalstu un 9 personas – asistenta pakalpojumu. Šīs personas saņemtos pakalpojumus pārsvarā ir vērtējušas kā pilnībā vai kopumā atbilstošus.

Kopumā vērtējot asistenta, speciālistu konsultācijas un individuālais atbalsts, kā arī aprūpes mājās pakalpojumi tiek vērtēti kā visatbilstošākie, ja aptaujas rezultātos atsijā tos atbilstības vērtējumus, kurus ir snieguši sociālo dienestu pārstāvji, kuri ir vērtējuši SBSP kā pieejamu viņu pārstāvētajā pašvaldībā.

32. attēls. SBSP atbilstības vērtējumi no sociālo dienestu pārstāvjiem, kuri ir vērtējuši SBSP pakalpojumu kā pieejamu



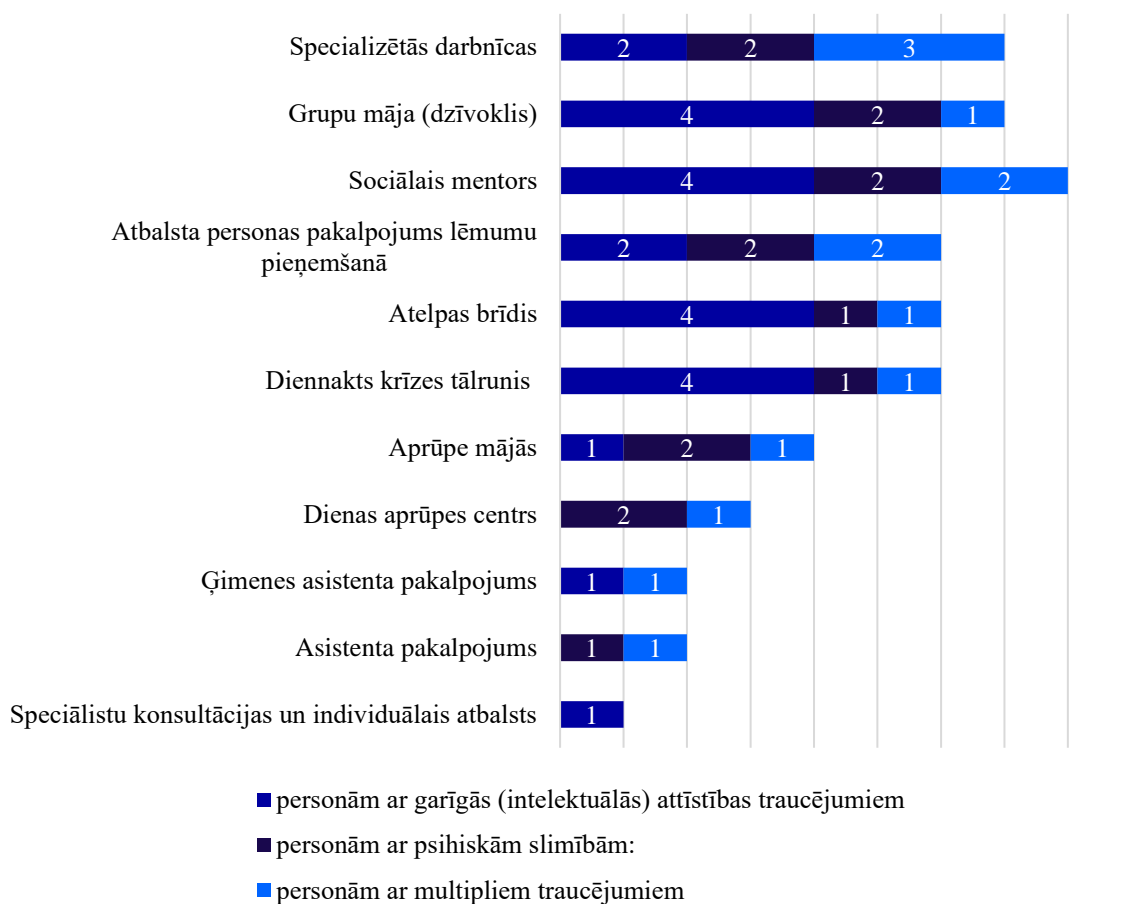
- Pilnībā vai daļēji pieejams
- Pilnībā atbilst personām ar garīgās (intelektuālās) attīstības traucējumiem
- Pilnībā atbilst personām ar psihiskām saslimšanām
- Pilnībā atbilst personām ar multipliem traucējumiem

Avots: Sociālo dienestu aptauja

Sociālo dienestu pārstāvji reti vērtē SBSB kā kopumā neatbilstošus (skat. 33. attēls), bet visbiežāk negatīvi vērtējumi tiek sniegti par specializētās darbnīcas, grupu mājas un sociālā mentora pakalpojumiem. Specializētās darbnīcas pakalpojumu kā neatbilstošu personām ar garīgas (intelektuālas) attīstības traucējumiem, psihiskām saslimšanām un multipliem traucējumiem vērtē 2 vienu un to pašu sociālo dienestu pārstāvji. Abi respondenti negatīvo vērtējumu par pakalpojuma atbilstību visām mērķa grupām pamato ar pakalpojuma pieejamības trūkumu. Viens respondents ir norādījis, ka viņa pārstāvētajā pašvaldībā specializētās darbnīcas pakalpojums būs pieejams pēc DI plāna īstenošanas. Savukārt otrs respondents uzsver, ka pakalpojums viņa pārstāvētajā pašvaldībā nebūs pieejams arī pēc DI plāna īstenošanas. Specializēto darbnīcu atbilstību personām ar multipliem traucējumiem negatīvi vērtēja vēl viens sociālā dienesta pārstāvis, kurš savu vērtējumu pamatoja ar pakalpojuma pieejamības trūkumu gan pašlaik, gan pēc DI plāna īstenošanas.

Grupu mājas pakalpojumu personām ar garīgās (intelektuālās) attīstības traucējumiem kā neatbilstošu vērtē 4 sociālo dienestu pārstāvji. Viens no šiem sociālo dienestu pārstāvjiem ir norādījis, ka pakalpojums ir pilnīgi pieejams viņa pārstāvētajā pašvaldībā. Savukārt 3 sociālo dienestu pārstāvji norāda, ka pakalpojums būs pietiekoši pieejams pēc DI plāna īstenošanas. 2 no šiem 3 sociālo dienestu pārstāvjiem savu negatīvo vērtējumu skaidro ar to, ka pakalpojums šobrīd nav pieejams un līdz ar to nav atbilstošs personām ar intelektuālas attīstības traucējumiem un personām ar psihiskām saslimšanām. Viens no šiem sociālo dienestu pārstāvjiem pakalpojumu kā neatbilstošu vērtē arī personām ar multipliem traucējumiem.

Sociālo dienestu pārstāvji līdzīgi pamato negatīvos vērtējumus arī par sociālā mentora, atbalsta personas pakalpojumu lēmumu pieņemšanā, “atelpas brīža” un diennakts krīzes tālruņa pakalpojumu atbilstību mērķa grupām. Līdz ar to var secināt, ka sociālo dienestu pārstāvji pakalpojumu pieejamību uztver kā vienu no pakalpojumu atbilstības aspektiem.

33. attēls. Sociālo dienestu vērtējums par SBSP neatbilstību mērķa grupu vajadzībām

Avots: Sociālo dienestu aptauja

Formālie aprūpētāji/ģimenes locekļi visbiežāk kā neatbilstošus vērtē dienas aprūpes centra un grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojumus, kā arī atbalsta grupas un grupu nodarbības. Negatīvus vērtējumus par pakalpojumiem ir snieguši gan formālie aprūpētāji/ģimenes locekļi, kuru aprūpē esošā persona ir saņēmusi šos pakalpojumus, gan aprūpētāji, kuru aprūpē esošā persona nav saņēmusi šos pakalpojumus. Turklāt negatīvu vērtējumu ir snieguši aprūpētāji, kuru aprūpē esošajām personām ir dažāda veida garīga rakstura traucējumi dažādās smaguma pakāpēs. Ņemot vērā, ka formālie aprūpētāji/ģimenes locekļi dienas aprūpes centra un grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojumus vērtēja arī kā visatbilstošākos, secināms, ka šo pakalpojumu atbilstība ir individuāla un izteikti atkarīga no mērķa grupas pārstāvja individuālajām vajadzībām.

Lai noskaidrotu, kuri SBSP ir visneatbilstošākie SBSP sniedzēju vērtējumā, SBSP aptaujas rezultāti tika analizēti respondentu sniegto SBSP griezumā, apkopojot informāciju par viņu sniegto pakalpojumu atbilstību specifisku mērķa grupu vajadzībām. Lai radītu pilnvērtīgu priekšstatu par negatīvajiem vērtējumiem, tika aprēķināts to SBSP sniedzēju īpatsvars, kuri sava pakalpojuma atbilstību vērtē negatīvi kādai konkrētai mērķa grupai (skat. 34. attēlu). SBSP sniedzēju aptaujā piedalījās 2 – “atelpas

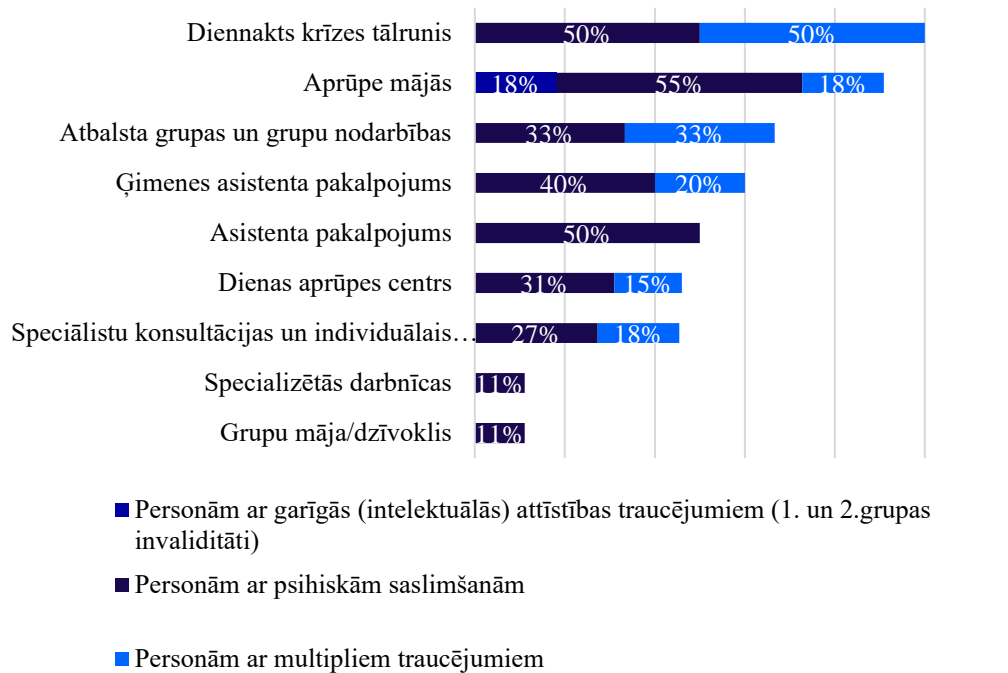
brīža” pakalpojuma sniedzēji, 2 – asistenta pakalpojuma sniedzēji, 2 – diennakts krīzes tālruņa pakalpojuma sniedzēji, un 2 – sociālā mentora pakalpojuma sniedzēji, bet neviens pakalpojuma “atbalsta persona lēmumu pieņemšanā” sniedzējs.

Kopumā visbiežāk negatīvi vērtējumi par SBSP atbilstību tiek sniegti par mērķa grupu “personas ar psihiskām saslimšanām”: šādu vērtējumu norāda 50 % diennakts krīzes tālruņa pakalpojumu sniedzēju, 55 % “aprūpe mājās” pakalpojuma sniedzēju, 33 % atbalsta grupas un grupu nodarbību pakalpojumu sniedzēju, 50 % asistenta pakalpojumu sniedzēju, 31 % dienas aprūpes centra pakalpojumu sniedzēju, 27 % specializēto darbnīcu pakalpojumu sniedzēju, 11 % specializēto darbnīcu un grupu mājas dzīvokļa pakalpojumu sniedzēju. SBSP sniedzēji min vairākus iemeslus, kuru dēļ viņu sniegtie SBSP nav atbilstoši šai mērķa grupai. Galvenokārt SBSP sniedzēji apgalvoja, ka trūkst apmācīta personāla, lai nodrošinātu pakalpojumu šai mērķa grupai.

Savukārt negatīvus vērtējumus par pakalpojumu atbilstību personām ar multipliemiem traucējumiem sniedza tikai 6 SBSP sniedzēji. 34. attēlā atainota šo 6 respondentu vērtējumu struktūra griezumā pa pakalpojumiem un mērķa grupām. Kā “neatbilstošus pakalpojumus” no šiem vērtēja 50 % diennakts krīzes tālruņa pakalpojumu sniedzēju, 18 % “aprūpe mājās” pakalpojumu sniedzēju, 33 % atbalsta grupas un grupu nodarbību pakalpojumu sniedzēju, 20 % ģimenes asistenta pakalpojumu sniedzēju, 15 % dienas aprūpes centru pakalpojumu sniedzēju un 18 % speciālistu konsultāciju un individuālā atbalsta sniedzēju. Kā galvenie iemesli šādam vērtējumam tika minēti personāla un aprīkojuma trūkums pakalpojuma sniegšanas vietā.

“Aprūpe mājās” pakalpojums ir vienīgais pakalpojums, kuru SBSP sniedzēji ir vērtējuši kā neatbilstošu personām ar garīgiem (intelektuālās) attīstības traucējumiem: 18 % “aprūpe mājās” pakalpojuma sniedzēju to vērtēja kā būtiski vai pārsvarā neatbilstošu.

34. attēls. SBSP sniedzēju vērtējumi - būtiski/pārsvarā neatbilst, par viņu sniegto pakalpojumu atbilstību mērķa grupu griezumā



Avots: SBSP sniedzēju aptauja

SBSP atbilstība personām vecumā virs 55 gadiem

Šajā nodaļā tiks analizēta SBSP atbilstība personām vecumā virs 55 gadiem. Informācija tika apkopota izvērtējuma ietvaros veiktās primārās un sekundārās izpētes ietvaros un iekļauj šādus avotus:

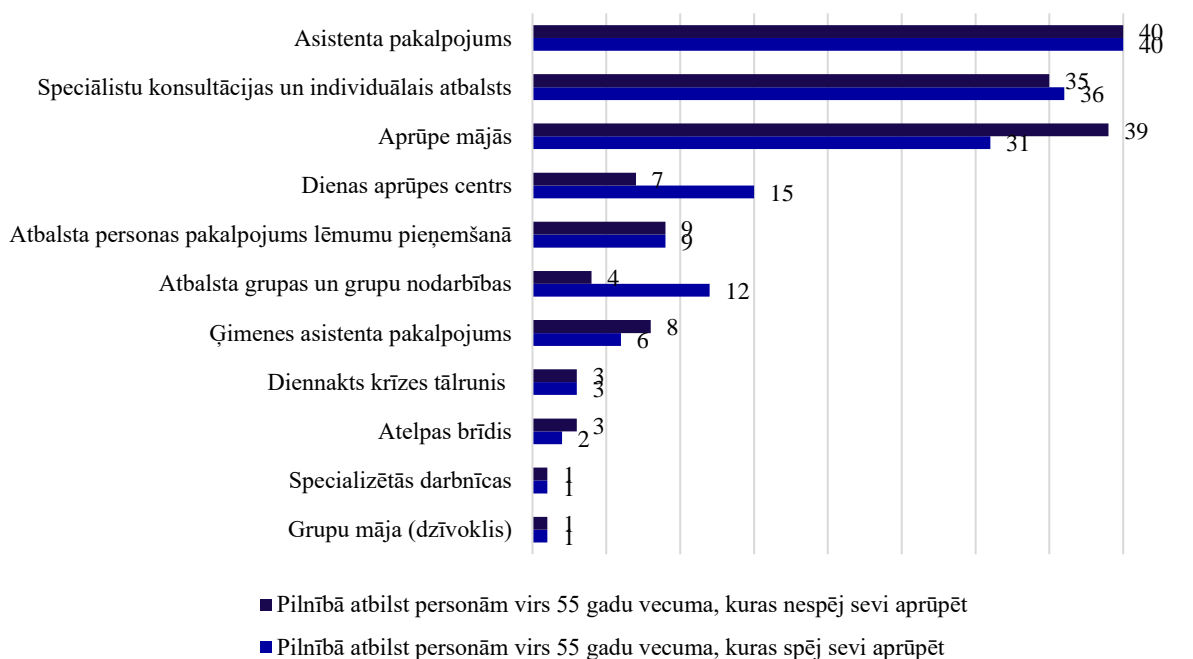
1. Sociālo dienestu aptauju;
2. SBSP sniedzēju **aptauju**;
3. Iesaistīto pušu un mērķa grupu **intervijas**;
4. 2017. gada pētījuma “Motivācijas paaugstināšanas un atbalsta pakalpojumu potenciālās mērķa grupas profilēšana un vajadzību izpēte” rezultātus.

Mērķa grupa personas virs 55 gadiem ir ļoti plaša. Līdz ar to sociālo dienestu un SBSP sniedzēju aptaujās respondentiem tika lūgts novērtēt SBSP atbilstību personām virs 55 gadiem, kuras spēj sevi aprūpēt un personām virs 55 gadiem, kuras nespēj sevi aprūpēt. Sociālo dienestu aptaujas rezultāti liecina, ka personām virs 55 gadiem, kas spēj sevi aprūpēt visatbilstošākie pakalpojumi ir asistenta (pilnībā atbilst – 40), speciālistu konsultācijas un individuālais atbalsta (pilnībā atbilst – 36) un aprūpe mājās (pilnībā atbilst – 31) pakalpojumi. Aptaujas ietvaros sociālo dienestu pārstāvji līdzīgi vērtē pakalpojumu atbilstību arī personām virs 55 gadiem, kas nespēj sevi aprūpēt – asistenta (pilnībā atbilst – 40); speciālistu

konsultācijas un individuālais atbalsta (pilnībā atbilst – 35); aprūpe mājās (pilnībā atbilst – 39) (skat. 35. attēlu).

Kā redzams 35. attēlā vienāds skaits sociālo dienestu pārstāvju vērtē asistenta pakalpojumu kā pilnībā atbilstošu gan personām virs 55 gadiem, kuras spēj sevi aprūpēt, gan personām virs 55 gadiem, kuras nespēj sevi aprūpēt. Aprūpe mājās pakalpojumu kā atbilstošu personām virs 55 gadiem, kuras nespēj sevi aprūpēt vērtē par 8 sociālo dienestu pārstāvjiem vairāk. Savukārt, speciālistu konsultācijas un individuālo atbalstu kā nedaudz atbilstošu personām virs 55 gadiem, kuras spēj sevi aprūpēt vērtē par vienu sociālā dienesta pārstāvi vairāk. Pakalpojumi dienas aprūpes centrs un atbalsta grupas un grupu nodarbības arī tiek vērtēti kā atbilstoši personām virs 55 gadiem, kuras spēj sevi aprūpēt.

35.attēls. Sociālo dienestu pārstāvju skaits, kuri SBSP vērtē kā pilnībā atbilstošus personu virs 55 gadiem (kas spēj/nespēj sevi aprūpēt) vajadzībām

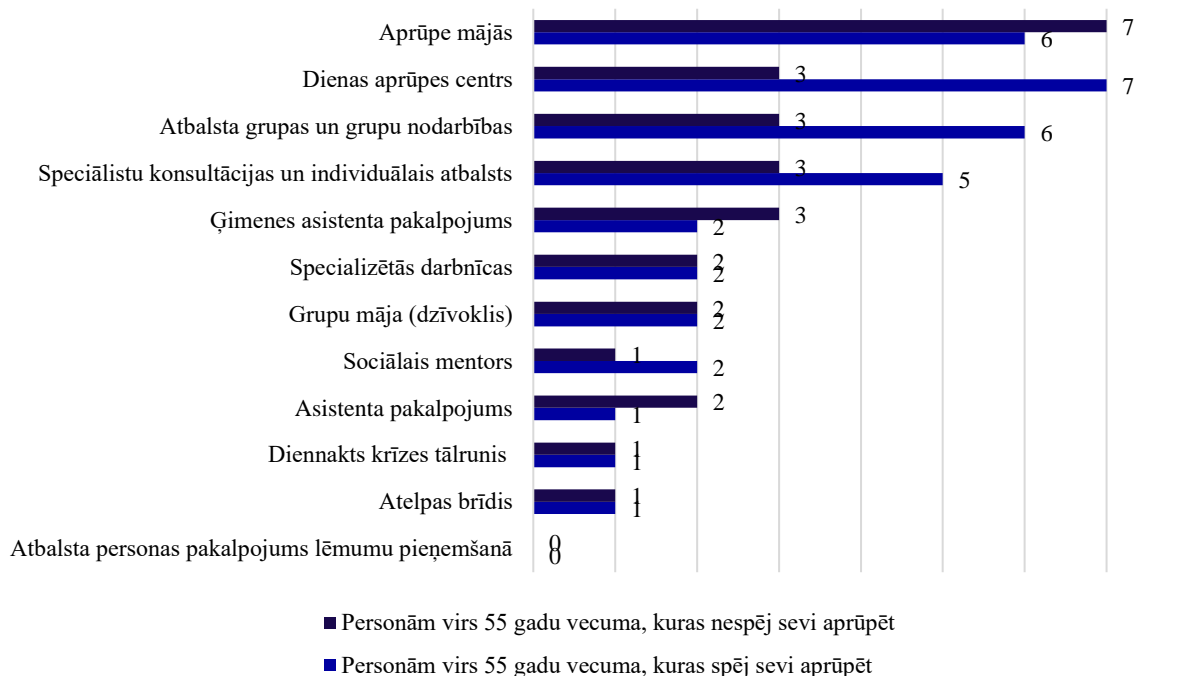


Avots: Sociālo dienestu aptauja

SBSP sniedzēju aptaujā piedalījās viens pakalpojumu sniedzējs, kurš faktiski sniedz pakalpojumus personām no 55 gadiem līdz pensijas vecumam. Savukārt, 18 no SBSP sniedzējiem sniedz pakalpojumus gan personām no 55 gadiem līdz pensijas vecumam, gan personām pensijas vecumā. No šiem SBSP sniedzējiem 17 uzskata, ka viņu SBSP ir pārsvarā/ pilnībā atbilstoši personām virs 55 gadiem, kuras spēj sevi aprūpēt, bet tikai 10 savus pakalpojumus vērtēja kā atbilstošus personām virs 55 gadiem, kuras nespēj sevi aprūpēt. 36. attēlā ir redzams, kādus SBSP pakalpojumu šie SBSP sniedzēji piedāvā. Savu pakalpojumu kā pārsvarā/pilnībā atbilstošu personām virs 55 gadiem, kuras nespēj sevi aprūpēt, visbiežāk vērtēja “aprūpe mājās” pakalpojuma sniedzēji. Savukārt personām virs 55 gadiem, kuras spēj sevi aprūpēt,

savus pakalpojumus kā atbilstošākus vērtēja dienas aprūpes centru, atbalsta grupu un grupu nodarbību, speciālistu konsultāciju un individuālā atbalsta sniedzēji.

36. attēls. SBSP sniedzēju skaits, kuri vērtēja savu pakalpojumu kā pārsvarā/pilnībā atbilstošu personām virs 55 gadiem (kas spēj/nespēj sevi aprūpēt) vajadzībām



Avots: SBSP sniedzēju aptauja

2017. gadā pētījuma “Motivācijas paaugstināšanas un atbalsta pakalpojumu potenciālās mērķa grupas profilēšana un vajadzību izpēte” ietvaros tika identificēts, ka “personām, kuras pakļautas diskriminācijas riskam vecuma dēļ, ir vajadzība pēc emocionāla atbalsta un pašapziņas celšanas, jo neveiksmīga darba meklēšanas pieredze 50 un vairāk gadu vecumā rada nomāktības un bezcerības sajūtu, veicina mērķa grupas pašizolēšanos un pašdiskrimināciju, kas izpaužas kā sevis noniecināšana un atteikšanās meklēt darbu, veidot sociālos kontaktus.”³⁰ Pētījums atklāj, kā vajadzības ir saistītas ar personas veselības stāvokli: “Mērķa grupas subjektīvajā uztverē lielāka ietekme uz personas pašsajūtu un iespēju būt sociāli aktīviem ir kaulu un locītavu sistēmas saslimšanām, kas rada nepārtrauktas muguras vai locītavu sāpes. Muguras vai locītavu sāpju dēļ personas 50 un vairāk gadu vecumā vairs nevēlas iziet no mājas un piedalīties sabiedriskajās aktivitātēs, tādējādi šie cilvēki ir pakļauti lielākam sociālās atstumtības riskam.”³¹

³⁰ Motivācijas paaugstināšanas un atbalsta pakalpojumu potenciālās mērķa grupas profilēšana un vajadzību izpēte, kopsavilkums, BIS, 2017, 5. lpp.

³¹ Turpat.

Izpētes rezultātā tiek rekomendēts “veicināt aktīvas novecošanās prakses, jo pētījuma dalībnieku 50 un vairāk gadu vecumā sociālā aktivitāte un veselības stāvoklis ir salīdzinoši zems”, kā arī “mērķa grupas fiziskās veselības saglabāšanai būtu nepieciešams attīstīt iespējas piedalīties ārstnieciskās vingrošanas nodarbībās fizioterapeita uzraudzībā, kas varētu tikt organizētas kopā ar lekcijām vai tematiskiem pasākumiem. Lekcijas un tematiskie pasākumi par veselīgu dzīvesveidu nepieciešami, lai celtu izpratni par savlaicīgu veselības aprūpes nozīmi un pasākumiem, ko mērķa grupas pārstāvji var veikt ikdienā. Fiziskās aktivitātes varētu tikt organizētas grupu nodarbību ietvaros, un tām varētu būt būtiska pozitīva ietekme uz personas motivēšanu mainīt savu uzvedību un pārvarēt sabiedrības aizspriedumus”.³²

Izvērtējuma ietvaros intervēto ekspertu viedokļi lielā mērā sakrīt ar aptaujas un pētījuma “Motivācijas paaugstināšanas un atbalsta pakalpojumu potenciālās mērķa grupas profilēšana un vajadzību izpēte” rezultātiem. Ekspertu intervijās SBSP atbilstība mērķa grupas vajadzībām tika apspriesta detalizēti, ņemot vērā sešu mērķa grupas apakšgrupu vajadzības. Šīs apakšgrupas iekļauj:

1. personas 55 g. v. līdz pensijas vecumam un strādā;
2. personas 55 g. v. līdz pensijas vecumam un nestrādā;
3. personas pensijas vecumā un strādā;
4. personas pensijas vecumā un nestrādā, bet grib strādāt;
5. personas pensijas vecumā un spēj sevi aprūpēt, nestrādā;
6. personas pensijas vecumā un nespēj sevi aprūpēt.

Pēc ekspertu domām, personām virs 55 gadiem, kuras ir nodarbinātas (gan pirms pensijas, gan pensijas vecumā), visatbilstošākie ir tie pakalpojumi, kuri sniedz informāciju par mērķa grupas tiesībām, pieejamo atbalstu, veicina aktīvu dzīves veidu un novecošanās procesu atpazīšanu/pārvaldīšanu. Eksperti uzskata, ka šie pasākumi būtu nepieciešami papildus jau nodrošinātajam sociālo dienestu un Nodarbinātības valsts aģentūras atbalstam.

Savukārt kā atbilstošākos pakalpojumus personām virs 55 gadiem līdz pensijas vecumam un nestrādājošiem eksperti min:

1. motivācijas programmas, kuras veicina nodarbinātību un kvalifikāciju celšanu (pašlaik īsteno Nodarbinātības valsts aģentūra un Sabiedrības integrācijas fonds);
2. speciālistu konsultācijas, lai risinātu personu problēmsituācijas un motivētu iekļauties sabiedrībā;

³² turpat

3. attīstīt kopienu centrus, kuros mērķa grupas pārstāvji varētu socializēties un saņemt sev nepieciešamo speciālistu atbalstu.

Intervijā ar Sabiedrības integrācijas fonda motivācijas programmas koordinatori Kristīni Kļukoviču tika apspriesta viņas pieredze darbā ar šo mērķa grupu programmas “Motivācijas paaugstināšanas un atbalsta pakalpojumu nodrošināšana sociālās atstumtības un diskriminācijas riskam pakļautām personu grupām” ietvaros. Šī programma kopš 2018. gada nodrošina motivācijas paaugstināšanas un atbalsta pakalpojumus sociālās atstumtības un diskriminācijas riskam pakļautajām mērķa grupām pēc vecuma, dzimuma, invaliditātes un etniskās piederības, veicinot to integrāciju sabiedrībā, iekļaušanos sociālajā dzīvē, veidojot izpratni savu tiesību aizstāvībā un palīdzot iesaistīties izglītībā/ apmācībā, kvalifikācijas ieguvē vai nodarbinātībā, tostarp pašnodarbinātībā.

Sarunas laikā K. Kļukoviča norādīja, ka personas, kuras līdzdarbojas motivācijas programmā, balstoties uz sociālās atstumtības un diskriminācijas risku vecuma dēļ, mēdz būt visnelabvēlīgākajās situācijās. Šī mērķa grupa “krīt ārā” no atbalsta sistēmām pašvaldību un valsts līmenī, lai gan tai ir pieejami Nodarbinātības valsts aģentūras piedāvātie pakalpojumi nodarbinātības veicināšanai. Tai nepienākas citi atbalsta mehānismi, izņemot trūcīgām un maznodrošinātām personām paredzētu atbalstu. Turklāt mērķa grupai var būt raksturīgas citas sociāla un veselības rakstura problēmas, kas papildus kavē gan atbalsta sniegšanu, gan tā saņemšanu.

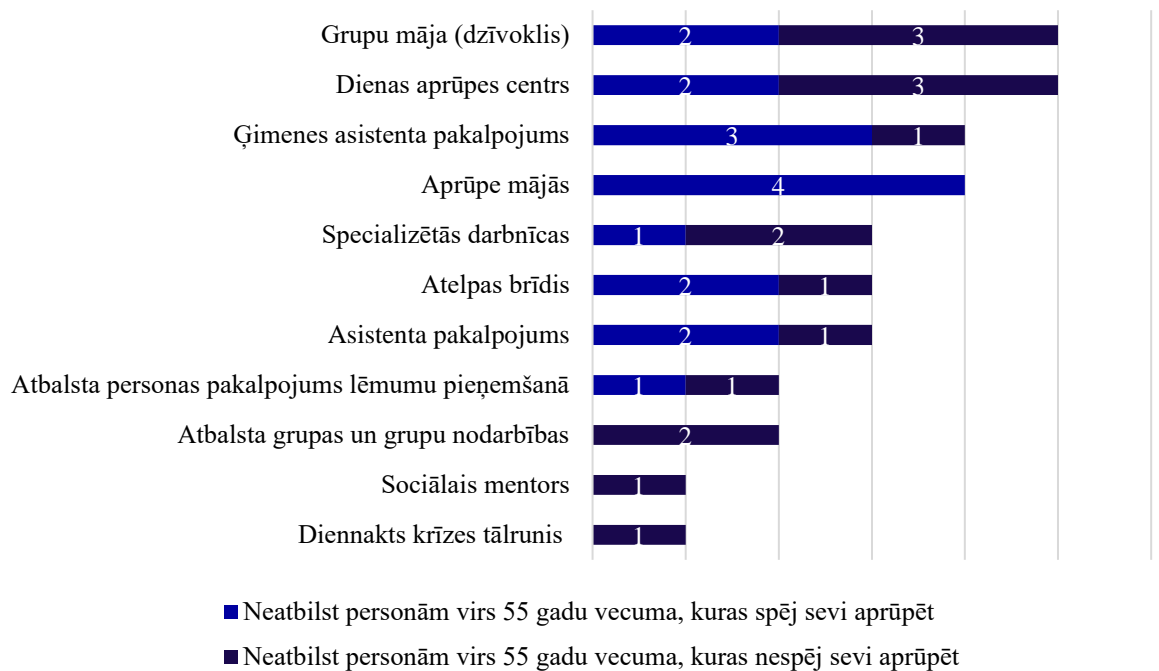
Personām pensijas vecumā, kuras nav nodarbinātas, bet grib vai negrib strādāt un spēj sevi aprūpēt, eksperti par būtiskāko atbalsta mehānismu uzskata dienas vai kopienu centru veidošanu. Šādi atbalsta mehānismi tiek rekomendēti, jo, kā jau minēts iepriekš, nenodarbinātām personām pensijas vecumā bieži trūkst motivācijas aktīvi iekļauties sabiedrībā. Savukārt komunikācijas un sociālo kontaktu trūkums negatīvi ietekmē šīs mērķa grupas dzīves kvalitāti.

Personām pensijas un pirmspensijas vecumā, kuras nespēj sevi aprūpēt, kā visatbilstošākie tiek vērtēti tie SBSP, kuri palīdz mērķa grupas pārstāvjiem pēc iespējas ilgāk izvairīties no institucionalizācijas, piemēram, “aprūpe mājās”, drošības pogas pakalpojums u.c. Eksperti norāda, ka šai mērķa grupai ir nozīmīgi ne tikai SBSP, bet arī rehabilitācijas un citi veselības aprūpes pakalpojumi, jo tie palīdz novērst mērķa grupas pārstāvju veselības stāvokļa pasliktināšanos.

Sociālo dienestu pārstāvju aptaujas rezultāti liecina, kā salīdzinoši maza daļa respondentu vērtē pakalpojumus kā neatbilstošus mērķa grupas vajadzībām kopumā. Neviena sociālo dienestu pārstāvis nevērtēja speciālistu konsultācijas un individuālo atbalstu kā neatbilstošu. Personām virs 55 gadiem, kuras spēj sevi aprūpēt, kā neatbilstošs visbiežāk tiek vērtēts “aprūpe mājās” pakalpojums. Divi respondenti pamato savu vērtējumu ar to, ka mērķa grupas pārstāvji spēj paši sevi aprūpēt, līdz ar to pakalpojums nav aktuāls, bet viens norāda, ka viņa pārstāvētajā pašvaldībā šī mērķa grupa netiek izdalīta.

Personām virs 55 gadiem, kuras nespēj sevi aprūpēt, kā visneatbilstošākie pakalpojumi tiek vērtēti grupu mājas (dzīvokļa) un dienas aprūpes centra pakalpojumi. Trīs no sociālo dienestu pārstāvjiem norāda, ka negatīvi vērtētie pakalpojumi personām virs 55 gadiem, kuras nespēj sevi aprūpēt, nav aktuāli, nav paredzēti vai šīs personas tos neizmanto. Šie pakalpojumi iekļauj gan grupu mājas (dzīvokļa) un dienas aprūpes centra pakalpojumus, gan citus pakalpojumus: (skat. 37. attēlu). Tikai viens sociālo dienestu pārstāvis norāda, ka pakalpojumus ir vērtējis kā neatbilstošus, jo tie mērķa grupai nav finansiāli pieejami.

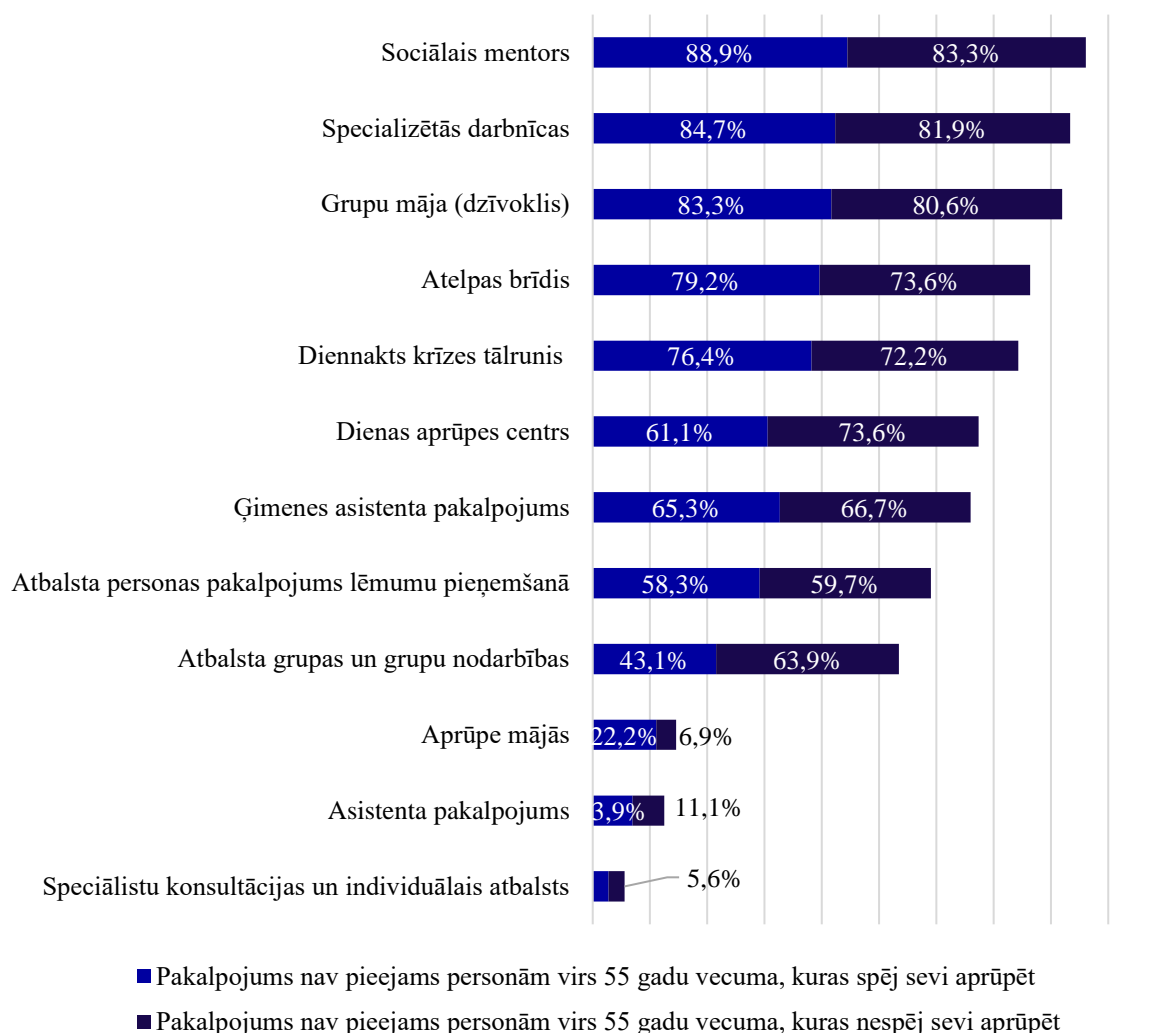
37. attēls: Sociālo dienestu pārstāvju vērtējums par pakalpojuma neatbilstību personām virs 55 gadiem, kuras spēj sevi aprūpēt, un personām virs 55 gadiem, kuras nespēj sevi aprūpēt



Avots: Sociālo dienestu aptauja

Lielākā daļa respondentu pakalpojumus vērtē kā nepieejamus gan personām virs 55 gadiem, kuras spēj sevi aprūpēt, gan personām virs 55 gadiem, kuras nespēj sevi aprūpēt (skat. 38. attēlu).

38. attēls: Sociālo dienestu pārstāvju vērtējums par pakalpojuma nepieejamību personām virs 55 gadiem, kuras spēj sevi aprūpēt, un personām virs 55, kuras nespēj sevi aprūpēt



Avots: Sociālo dienestu aptauja

Secinājumi

1. Sociālo dienestu pārstāvju vērtējumi par SBSP atbilstību personu ar GRT un personu vecumā virs 55 gadiem vajadzībām ir homogēni: pakalpojumi, kuri ir vērtēti kā vispieejamākie (skat. 2. nodaļu), ir tie paši pakalpojumi, kuri tiek vērtēti kā visatbilstošākie – asistents, aprūpe mājās, speciālistu konsultācijas un individuālais atbalsts.
2. Sociālo dienestu aptaujā visās mērķa grupās visaugstākā SBSP atbilstība mērķa grupu vajadzībām norādītā tajos SBSP, kas ir arī vispieejamākie. Tas nozīmē ka līdz šim pieejamības veicināšana mērķtiecīgi ir attīstīta tieši tādiem SBSP, kas ir arī piemērotākie.
3. “Aprūpe mājās” pakalpojuma sniedzēji, savus pakalpojumus kā visatbilstošākos vērtē personām ar garīgas (intelektuālas) attīstības traucējumiem un uzskata, ka vismazāk šis pakalpojums ir

- piemērots personām ar psihiskām saslimšanām un personām virs 55 gadiem, kuras spēj sevi aprūpēt.
4. SBSP sniedzēji, kuri nodrošina speciālistu konsultācijas un individuālo atbalstu, norāda, ka šie pakalpojumi ir visatbilstošākie personām ar garīgas (intelektuālas) attīstības traucējumiem.
 5. Personām virs 55 gadiem, kuras spēj sevi aprūpēt, par atbilstošākajiem pakalpojumiem tiek vērtēti tie pakalpojumi, kuru mērķis ir veicināt socializēšanos un sniegt psiholoģisko/emocionālo atbalstu.
 6. Personām virs 55 gadiem, kuras nespēj sevi aprūpēt, atbilstošākie pakalpojumi ir “aprūpes mājās” pakalpojumi.
 7. Primārās izpētes rezultāti par pakalpojumu atbilstību sakrīt ar pētījuma “Motivācijas paaugstināšanas un atbalsta pakalpojumu potenciālās mērķa grupas profilēšana un vajadzību izpēte” secinājumiem par personu virs 55 gadiem vajadzībām.
 8. Personām virs 55 gadiem, kuras ir nodarbinātas (gan pirmspensijas, gan pensijas vecumā), atbilstošākie pakalpojumi ir informatīvi pakalpojumi par mērķa grupas tiesībām, pieejamo atbalstu, t.sk. tādu, kas veicina aktīvu dzīves veidu un novecošanās procesu atpazīšanu/pārvaldīšanu.
 9. Personām grupās “virs 55 gadiem līdz pensijas vecumam un nestrādā” vai “pensijas vecumā un grib strādāt” atbilstošākie pakalpojumi ir motivācijas programmas un speciālistu konsultācijas.
 10. Personām pensijas vecumā, kuras nav nodarbinātas, bet spēj sevi aprūpēt atbilstošākie pakalpojumi ir dienas vai kopienu centri.
 11. Personām pensijas un pirmspensijas vecumā, kuras nespēj sevi aprūpēt, atbilstošākie pakalpojumi ir SBSP, kuri palīdz izvairīties no institucionalizācijas, piemēram, aprūpe mājās, drošības pogas pakalpojums un rehabilitācijas pakalpojumi.

4. MĒRĶA GRUPĀM SNIEGTO PAKALPOJUMU IZVĒRTĒJUMS

IZPĒTES JAUTĀJUMI

Šajā nodaļā analizēti šādi jautājumi: kuras no personu ar GRT, personu ar multipliem traucējumiem un personu virs 55 gadiem vajadzībām dzīves kvalitātes un aktīvas /neatkarīgas dzīves nodrošināšanai šobrīd sniegtie valsts un pašvaldību sociālie pakalpojumi nenodrošina? Vai esošie pakalpojumi pietiekamā apmērā aptver (sasniedz) visas mērķa grupas un spēj integrētā veidā, cits citu papildinot un mijiedarbojoties, risināt mērķa grupu vajadzības? Kādas ir neapvertās vajadzības un pieprasījums pēc sociālās aprūpes pakalpojumiem? Kāda ir nevalstisko organizāciju un komersantu loma sociālās aprūpes pakalpojumu sniegšanā, un kā tā būtu atbalstāma? Vai un kādu dzīves kvalitātes nodrošināšanai nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana mērķa grupām ir bijusi apgrūtināta? Kādas bija grūtības, kas ietekmēja to saņemšanu, un kādā veidā tas ir ietekmējis personas aprūpes vajadzības? Vai kādas mērķa grupas dzīves kvalitātes nodrošināšanai sociālās aprūpes pakalpojumus nepieciešams papildināt/apvienot ar citas jomas (piemēram, veselības aprūpes) pasākumiem? Ar kādiem? Kā tas uzlabotu pakalpojumu izmaksu efektivitāti? Kas jāņem vērā, sniedzot pakalpojumus mērķa grupām lauku teritorijās?

PIELIETOTĀ METODOLOĢIJA

Kvalitatīvā un kvantitatīvā analīze balstīta uz:

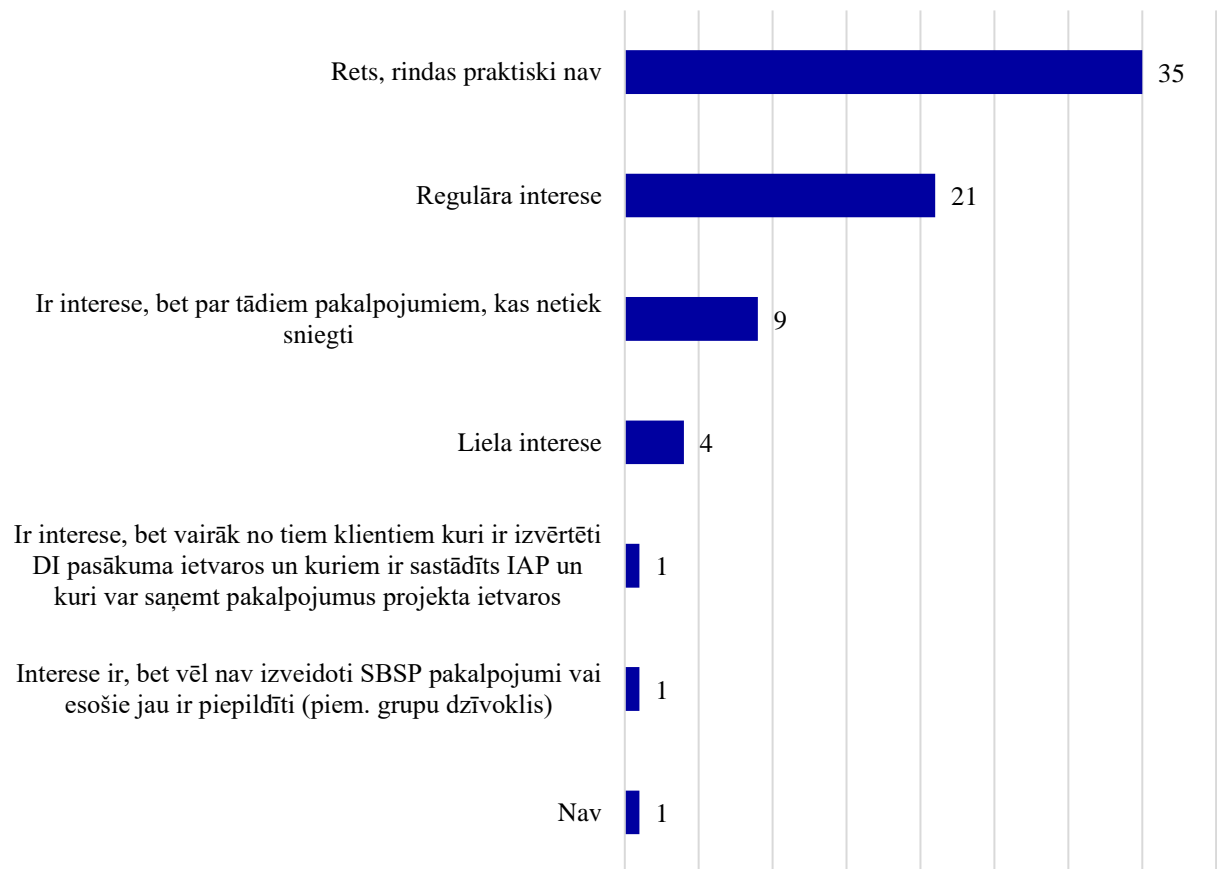
1. sociālo dienestu aptauju;
2. Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas (turpmāk – VDEĀVK) dati;
3. iedzīvotāju reģistra dati;
4. iesaistīto pušu intervijām.

Detalizētāka informācija par kvalitatīvajā analīzē iesaistītajiem respondentiem un primārās izpētes metodoloģiju pieejama pielikumos.

Pieprasījuma pēc SBSP no personām ar GRT

No 72 sociālo dienestu pārstāvjiem 35 uzskata, ka pieprasījums pēc SBSP no personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai multipliem traucējumiem ir neliels un rindu praktiski nav (skat. 39. attēlu). Savukārt 21 sociālo dienestu pārstāvis uzskata, ka interese ir regulāra. Kopumā tikai 10 sociālo dienestu pārstāvji min, ka interese ir, bet pakalpojumi netiek sniegti (9) vai vēl nav izveidoti (1).

39. attēls. Sociālo dienestu aptaujas respondentu vērtējums par pieprasījumu pēc SBSP no personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai ar multipliem traucējumiem

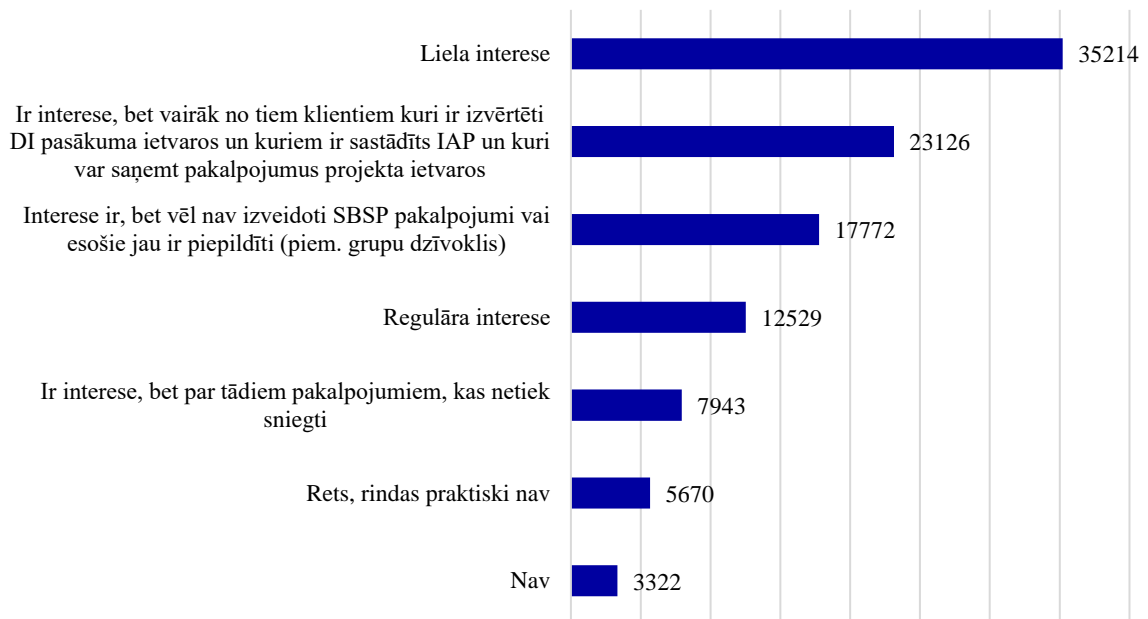


Avots: Sociālo dienestu aptauja

Pielikumā Nr. 6. ir apkopota informācija par 1) sociālo dienestu pārstāvju vērtējumiem saistībā ar pieprasījumu (interesi) pēc SBSP no personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai ar multipliem traucējumiem vai viņu pārstāvjiem, 2) iedzīvotāju reģistra datiem par pašvaldībās deklarēto iedzīvotāju skaitu uz 01.07.2020., 3) VDEĀVK datiem par uzskaitē esošo pilngadīgo personu ar invaliditāti skaitu uz 30.12.2019. pašvaldību griezumā, 4) uzskaitē esošo pilngadīgo personu ar invaliditāti īpatsvars (%) no kopējā pašvaldības iedzīvotāju skaita, balstoties uz Iedzīvotāju reģistra un VDEĀVK datiem.

Dati par sociālo dienestu pārstāvju sniegtajiem vērtējumiem par pieprasījumu pēc SBSP no personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai ar multipliem traucējumiem salīdzinājumā ar pašvaldībā deklarēto personu skaita mediānu liecina, ka pieprasījumu kā lielu vērtē blīvāk apdzīvotu pašvaldību sociālo dienestu pārstāvji (Jelgavas pilsētas, Ikšķiles novada, Rīgas pilsētas un Ventspils novada pašvaldības) (skat. 40. attēlu). Salīdzinājumam – pieprasījumu kā regulāru vērtē sociālo dienestu pārstāvji, kuru pārstāvēto pašvaldību iedzīvotāju skaita mediāna ir 2,8 reizes mazāka par tām pašvaldībām, kuras pieprasījumu vērtēja kā lielu. Savukārt pieprasījumu kā retu vērtē sociālo dienestu pārstāvji, kuru pārstāvēto pašvaldību iedzīvotāju skaita mediāna ir 6,2 reizes mazāka par tām pašvaldībām, kuras pieprasījumu vērtēja kā lielu.

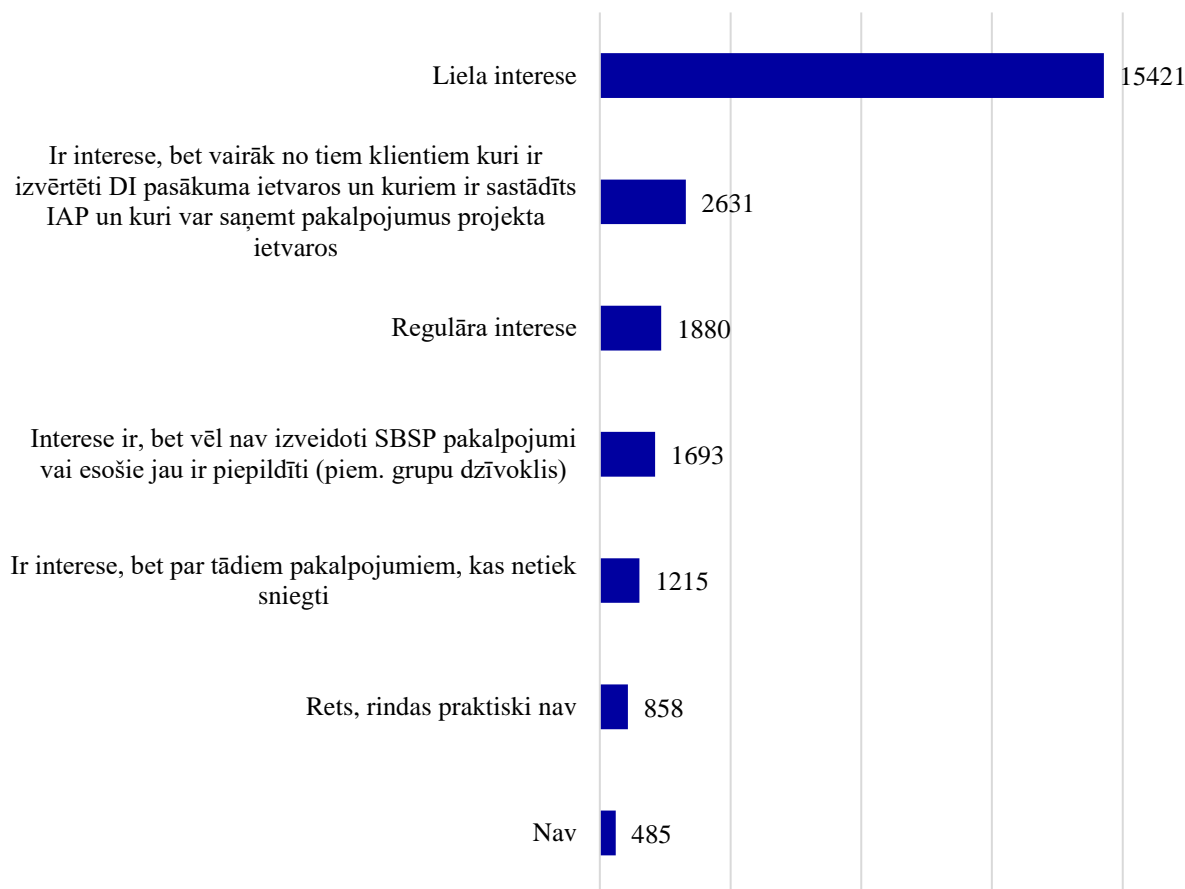
40. attēls. Sociālo dienestu pārstāvju vērtējums par pieprasījumu pēc SBSP no personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai ar multipliem traucējumiem sasaistē ar pašvaldībās deklarēto iedzīvotāju skaita mediānu



Avots: Sociālo dienestu aptauja, iedzīvotāju reģistra statistika 2020. gadā

Salīdzinot sociālo dienestu pārstāvju vērtējumus par pieprasījumu pēc SBSP ar VDEĀVK uzskaitē esošo pilngadīgo personu ar invaliditāti skaitu ir vērojamas tendences – lielāks VDEĀVK uzskaitē esošo pilngadīgo personu ar invaliditāti skaits ir saistāms ar lielāku pieprasījumu pēc pakalpojumiem. Visās pašvaldībās, kuru sociālo dienestu pārstāvji vērtē pieprasījumu pēc SBSP ar “liela interese” vidēji ir reģistrēts lielāks skaits pilngadīgu personu ar invaliditāti (skat. 41. attēlu). Lai gan lielais pilngadīgo personu ar invaliditāti skaits Rīgas pilsētas pašvaldībā būtiski ietekmē 41. attēlā redzamos datus arī pārējās 3 pašvaldībās (Jelgavas pilsētas, Ikšķiles novada, Ventspils novada) dzīvojošo VDEĀVK uzskaitē esošo pilngadīgo personu ar invaliditāti vidējais skaits ir lielāks nekā pašvaldībās, kurās sociālo dienestu pārstāvji pieprasījumu pēc SBSP vērtēja kā regulāru vai retu.

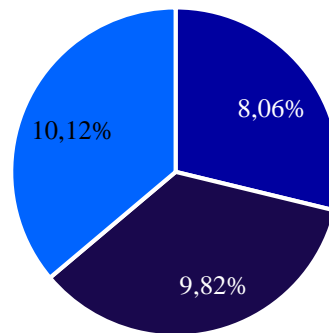
41. attēls. Sociālo dienestu pārstāvju vērtējums par pieprasījumu pēc SBSP no personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai ar multipliemiem traucējumiem sasaistē ar VDEĀVK uzskaitē esošo pilngadīgo personu ar invaliditāti vidējo skaitu pašvaldībās



Avots: Sociālo dienestu aptauja, VDEĀVK: Uzskaitē esošo personu ar invaliditāti skaits sadalījumā pēc administratīvās teritorijas 2019. gada decembrī Latvijā

Savukārt, sasaistot sociālo dienestu pārstāvju viedokļus par pieprasījumu pēc SBSP ar VDEĀVK uzskaitē esošo pilngadīgo personu ar invaliditāti īpatsvaru pašvaldībā, var konstatēt, ka tajās pašvaldībās, kurās personu ar invaliditāti īpatsvars ir nedaudz mazāks, sociālo dienestu pārstāvji pieprasījumu vērtē kā augstāku. Savukārt pašvaldībās, kurās ir lielāks personu ar invaliditāti īpatsvars, sociālo dienestu pārstāvji pieprasījumu vērtē kā mazāku (skat. 42. attēlu).

42. attēls. Sociālo dienestu pārstāvju vērtējums par pieprasījumu pēc SBSP no personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai ar multipliem traucējumiem sasaistē ar uzskaitē esošo pilngadīgo personu ar invaliditāti īpatsvaru (%) no pašvaldības iedzīvotāju skaita



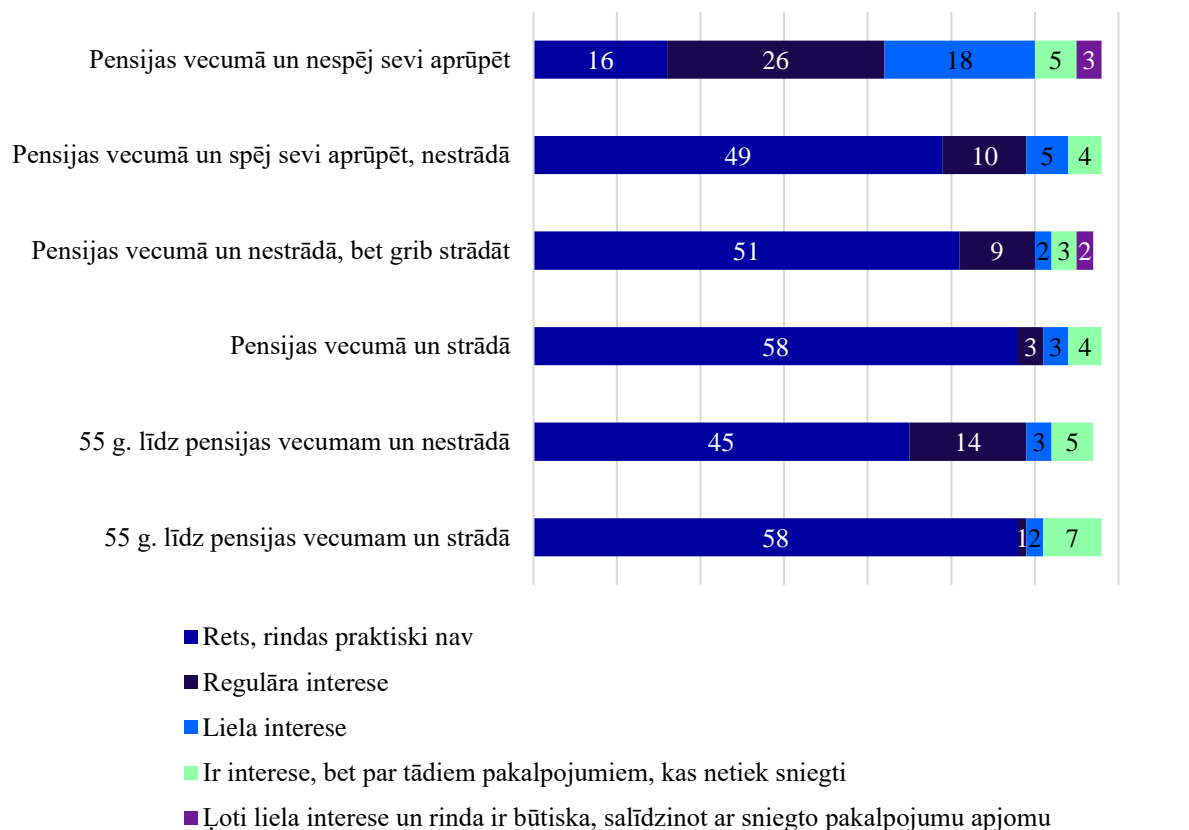
■ Liela interese ■ Regulāra interese ■ Rets, rindas praktiski nav

Avots: Sociālo dienestu aptauja, VDEĀVK: Uzskaitē esošo personu ar invaliditāti skaits sadalījumā pēc administratīvās teritorijas 2019. gada decembrī Latvijā

Pieprasījums pēc SBSP no personām virs 55 gadiem

Sociālo dienestu pārstāvju vērtējumā vislielākais SBSP pieprasījums ir no personām pensijas vecumā, kuras nespēj sevi aprūpēt – 26 respondenti sniedz vērtējumu “regulāra interese”; 18 respondenti – “liela interese” (skat. 43. attēlu).

43. attēls. Sociālo dienestu aptaujas respondentu viedoklis par SBSP pieprasījumu (interesi) no personām virs 55 gadiem vai viņu pārstāvjiem



Avots: Sociālo dienestu aptauja

No 72 sociālo dienestu pārstāvjiem 12 uzskata, ka viņu pārstāvētajā pašvaldībā SBSP pieprasījums no personām virs 55 gadiem ir rets un rindu praktiski nav – Rēzeknes, Naukšēnu, Vaiņodes, Aglonas, Brocēnu, Viļakas, Carnikavas, Dundagas, Ķekavas, Pārgaujas, Tērvetes un Talsu novados (skat. Pielikumu Nr. 10). Šo 12 pašvaldību pārstāvji šādi vērtē visas mērķa grupas apakšgrupas. Vidēji šajās pašvaldībās deklarēto iedzīvotāju skaits ir 2,3 reizes mazāks nekā visu respondentu pārstāvēto pašvaldību vidējais deklarēto iedzīvotāju skaits. Savukārt iedzīvotāju īpatsvars vecuma grupā 50–64 gadi un iedzīvotāju īpatsvars vecuma grupā 65+ būtiski neatšķīrās no vidējiem rādītājiem.

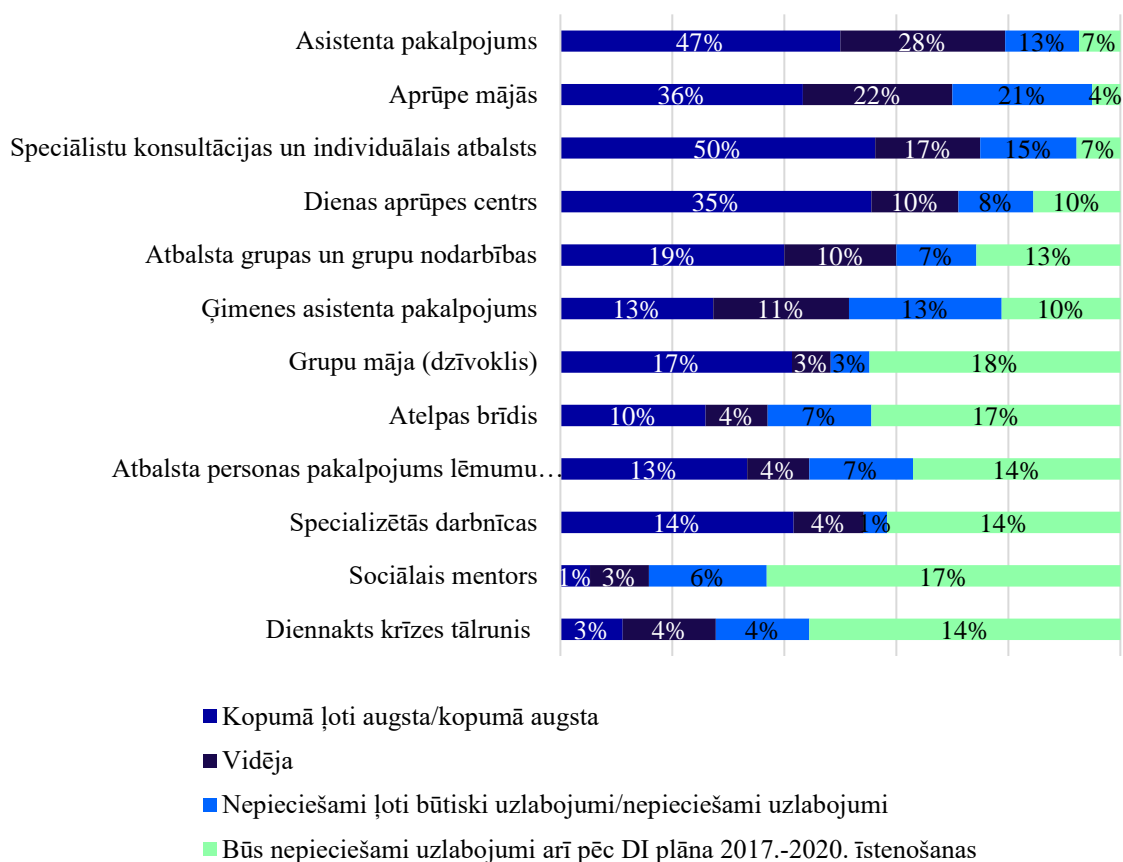
25 sociālo dienestu pārstāvji uzskata, ka vienīgā apakšgrupa virs 55 gadiem, kas izrāda interesi par SBSP, ir personas pensijas vecumā, kuras sevi nespēj aprūpēt, vai viņu radnieki (skat. Pielikumu Nr. 10). Vidēji šajās pašvaldībās deklarēto iedzīvotāju skaits ir 1,9 reizes mazāks nekā visu respondentu pārstāvēto pašvaldību vidējais deklarēto iedzīvotāju skaits. Savukārt iedzīvotāju īpatsvars vecuma grupā 50–64 gadi un iedzīvotāju īpatsvars vecuma grupā 65+ šajās pašvaldībās būtiski neatšķīrās no vidējiem rādītājiem. No šiem 25 sociālo dienestu pārstāvjiem 2 novados (Ādažu un Riebiņu novados) uzskata, ka personas pensijas vecumā, kuras nespēj sevi aprūpēt, interesi izrāda par pakalpojumiem, kas

netiek sniegti. 6 sociālo dienestu pārstāvji (Mazsalacas, Strenču, Cēsu, Jelgavas, Salaspils un Bauskas novados) uzskata, ka šīs mērķa grupas izrāda lielu interesi par SBSP. 14 sociālo dienestu pārstāvji uzskata, ka interese ir regulāra.

Tikai Valmieras pilsētas sociālā dienesta pārstāvis norāda, ka personas mērķa grupā “no 55 gadiem līdz pensijas vecumam un strādā” izrāda interesi par SBSP. Arī par mērķa grupu “personas pensijas vecumā un strādā” tikai 6 sociālo dienestu pārstāvji (Ludzas, Tukuma, Kandavas, Ikšķiles, Iecavas un Ventpils novados) vērtē tās interesi kā regulāru vai lielu, un 4 pārstāvji (Ilūkstes, Krāslavas, Krimuldas un Jaunpils novados) – kā ieinteresētu, bet par tādiem pakalpojumiem, kas netiek sniegti. Savukārt 17 sociālo dienestu pārstāvji uzskata, ka personas grupā “no 55 gadiem līdz pensijas vecumam un nestrādā” izrāda regulāru vai lielu interesi par SBSP. Savukārt 5 sociālo dienestu pārstāvji (Ilūkstes, Krāslavas, Krimuldas, Jaunpils un Ventpils novados) norāda, ka interese no šīs mērķa grupas ir, bet par tādiem pakalpojumiem, kas netiek sniegti.

Sniegto SBSP kvalitāte

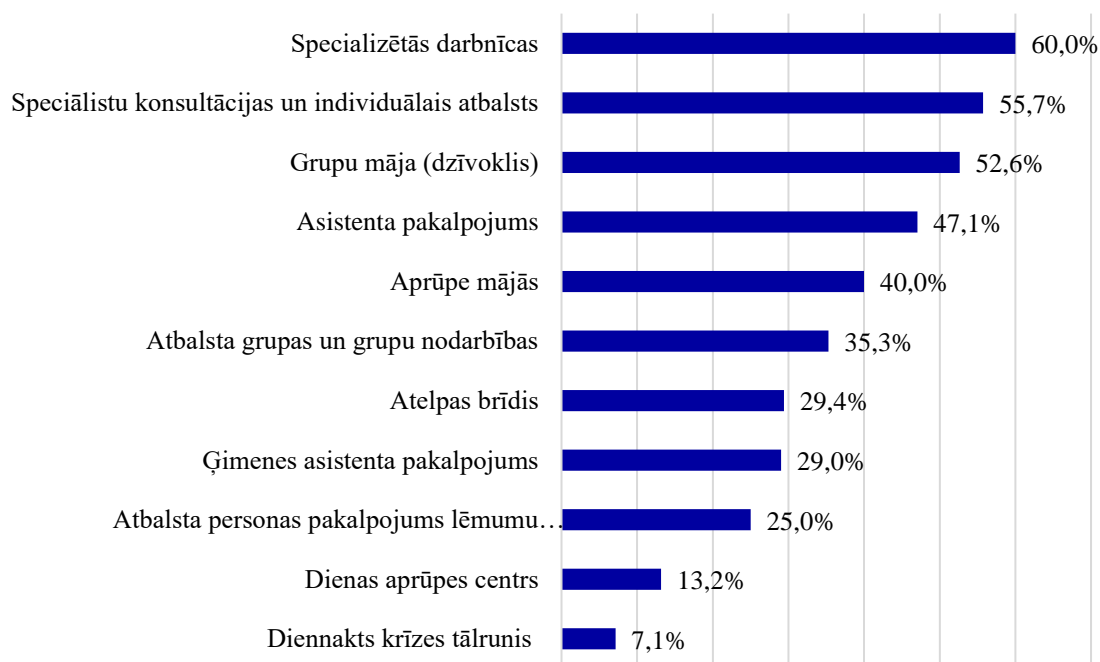
Visbiežāk Sociālo dienestu pārstāvji sniedza vērtējumus par asistenta, “aprūpe mājās”, speciālistu konsultāciju un individuālais atbalsts, kā arī dienas aprūpes centrs pakalpojumu kvalitāti personām ar GRT un multipliem traucējumiem. Pārējo pakalpojumu kvalitāti vērtēja mazāk kā 50 % sociālo dienestu aptaujas respondentu. Līdz ar to, lai noskaidrotu, kuru SBSP kvalitāte tiek vērtēta visaugstāk vai viszemāk, tika analizēts sociālo dienestu pārstāvju sniegto atbilžu īpatsvars (skat. 44. attēlu).

44. attēls. Sociālo dienestu pārstāvju SBSP kvalitātes vērtējumu īpatsvars no kopējā respondentu skaita

Avots: Sociālo dienestu aptauja

Visaugstāk sociālo dienestu pārstāvji vērtē asistenta, “aprūpe mājās”, speciālistu konsultāciju un individuālā atbalsta pakalpojumu kvalitāti. Šie kvalitātes vērtējumi lielā mērā sakrīt ar 2. un 3. nodaļās izdarītajiem secinājumiem par to, ka sociālo dienestu pārstāvji visaugstākos vērtējumus sniedz par mērķa grupām pieejamākajiem pakalpojumiem. Viszemākos kvalitātes vērtējumus sociālo dienestu pārstāvji sniedza par “aprūpe mājās” pakalpojumu (21 % respondentu vērtē ar “nepieciešami ļoti būtiski uzlabojumi/nepieciešami uzlabojumi”), speciālistu konsultācijām un individuālā atbalsta pakalpojumu (15 % respondentu vērtē ar “nepieciešami ļoti būtiski uzlabojumi/nepieciešami uzlabojumi”), asistenta un ģimenes asistenta pakalpojumiem (13 % respondentu vērtē ar “nepieciešami ļoti būtiski uzlabojumi/nepieciešami uzlabojumi”). Savukārt, par pakalpojuma sociālais mentors vērtējumu sniedza tikai 27 % sociālo dienestu pārstāvju un par pakalpojumu diennakts krīzes tālrunis – 25 % respondentu. Abi šie pakalpojumi iepriekš tika vērtēti ar zemu pieejamību sociālo dienestu pārstāvētajās pašvaldībās. Neviens no sociālo dienestu pārstāvjiem nebija norādījis, ka pakalpojumu kvalitāte uzlabosies pēc DI plāna 2017.–2020. īstenošanas, bet visu pakalpojumu kvalitāte tika vērtēta kā uzlabojama arī pēc DI plāna 2017.–2020. īstenošanas (skat. 45. attēlu). Visbiežāk šādus vērtējumus sniedza par grupu mājas (dzīvokļa), “atelpas brīža” un sociālā mentora pakalpojumiem.

Savukārt, analizējot to sociālo dienestu pārstāvju sniegtos kvalitātes vērtējumus, kuru pārstāvētajās pašvaldībās konkrētie SBSP personām ar GRT un multipliem traucējumiem ir pieejami, visaugstākie kvalitātes vērtējumi sniegti specializētajām darbnīcām, speciālistu konsultācijām un individuālā atbalsta pakalpojumam, kā arī grupu mājām (dzīvokļiem) (skat. 45. attēlu). Šie vērtējumi būtiski atšķiras no kopējiem sociālo dienestu pārstāvju vērtējumiem.

45. attēls. Sociālo dienestu pārstāvju vērtējumi “kopumā ļoti augsta/kopumā augsta” par SBSP kvalitāti personām ar GRT un multipliem traucējumiem to pašvaldību griezumā, kurās pakalpojumi ir pieejami



Avots: Sociālo dienestu aptauja

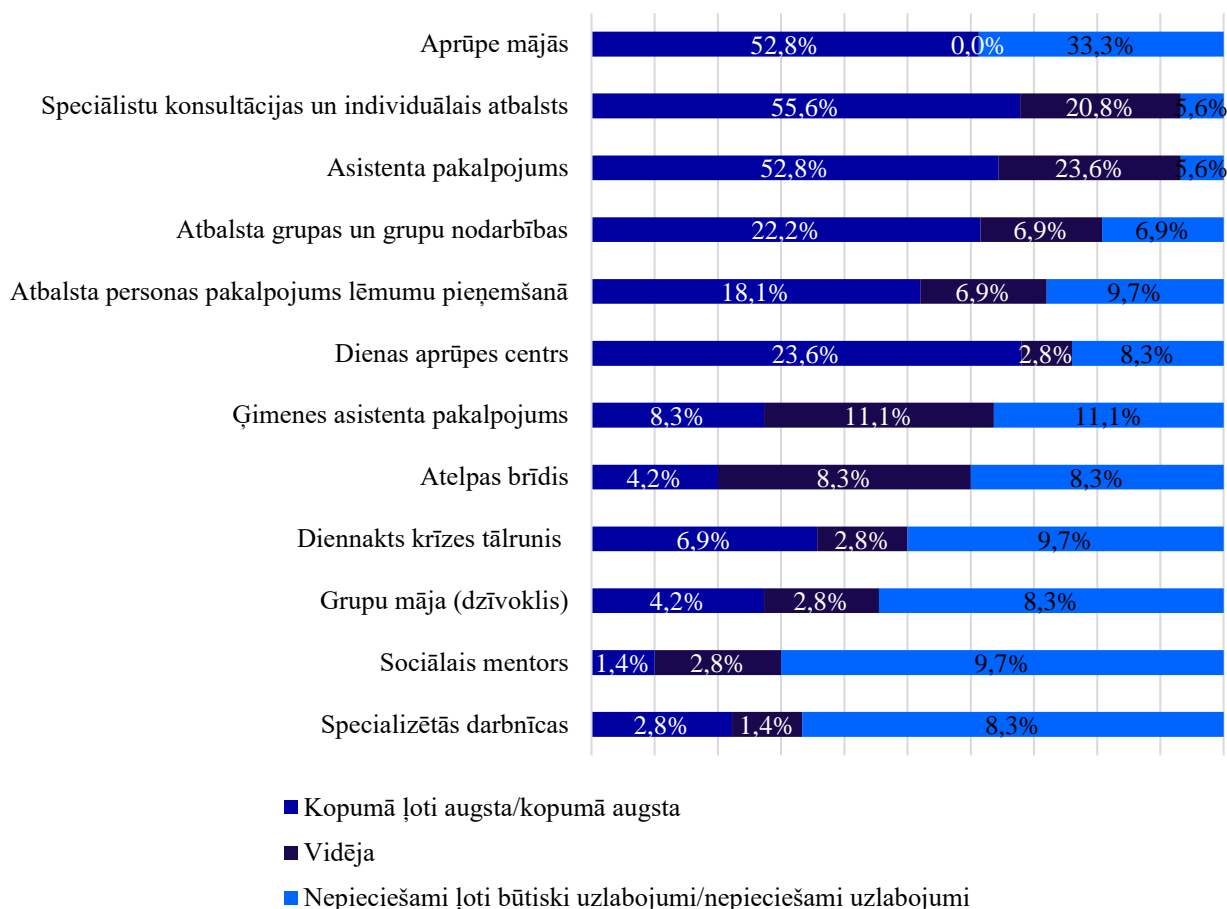
Tikmēr viszemākos kvalitātes vērtējumus “nepieciešami ļoti būtiski uzlabojumi/nepieciešami uzlabojumi” respondenti sniedz “aprūpe mājās” pakalpojumam – 20,0 % ģimenes asistenta pakalpojumam – 19,4 % un “atelpas brīža” pakalpojumam – 17,6 % (skat. 46. attēlu). Kopumā šie “aprūpe mājās” un ģimenes asistenta pakalpojumi tika vērtēti zemu, analizējot kvalitātes vērtējumus gan no sociālo dienestu pārstāvjiem kopumā, gan tikai no tiem sociālo dienestu pārstāvjiem, kuru pašvaldībās šie pakalpojumi ir pieejami.

46. attēls. Sociālo dienestu pārstāvju vērtējumi “nepieciešami ļoti būtiski uzlabojumi/nepieciešami uzlabojumi” par SBSP kvalitāti personām ar GRT un multipliem traucējumiem to pašvaldību griezumā, kurās pakalpojumi ir pieejami



Avots: Sociālo dienestu aptauja

Sociālo dienestu pārstāvji visbiežāk sniedza kvalitātes vērtējumus par asistenta, “aprūpe mājās”, speciālistu konsultāciju un individuālā atbalsta pakalpojumu kvalitāti personām virs 55 gadiem. Pārējo pakalpojumu kvalitāti vērtēja mazāk nekā 40 % sociālo dienestu aptaujas respondentu (skat. 47. attēlu). Visaugstāk sociālo dienestu pārstāvji vērtē “aprūpe mājās”, speciālistu konsultāciju un individuālā atbalsta, kā arī asistenta pakalpojumu kvalitāti. Sociālo dienestu sniegtie vērtējumi par pakalpojumu kvalitāti personām virs 55 gadiem sakrīt ar 2. un 3. nodaļās izdarītajiem secinājumiem par to, ka sociālo dienestu pārstāvji visaugstākos vērtējumus sniedz par mērķa grupām vispieejamākajiem pakalpojumiem. Viszemākos kvalitātes vērtējumus sociālo dienestu pārstāvji sniedza par “aprūpe mājās” pakalpojumu (33,3 % respondentu vērtē ar “nepieciešami ļoti būtiski uzlabojumi/ nepieciešami uzlabojumi”) un ģimenes asistenta pakalpojumiem (11 % respondentu vērtē ar “nepieciešami ļoti būtiski uzlabojumi/ nepieciešami uzlabojumi”). Neviens no sociālo dienestu pārstāvjiem nebija norādījis, ka pakalpojumu kvalitāte uzlabosies vai būs jāuzlabo pēc DI plāna 2017.–2020. īstenošanas.

47. attēls. Sociālo dienestu pārstāvju SBSP kvalitātes vērtējumu īpatsvars no kopējā respondentu skaita


Avots: Sociālo dienestu aptauja

Savukārt, analizējot kvalitātes vērtējumus no sociālo dienestu pārstāvjiem, kuru pārstāvētajās pašvaldībās konkrētie SBSP personām virs 55 gadiem ir pieejami, visaugstākie kvalitātes vērtējumi sniegti dienas aprūpes centriem, speciālistu konsultācijām un “aprūpes mājās” pakalpojumiem (skat. 48. attēlu). Ar sociālo dienestu pārstāvju kopējo vērtējumu sakrīt kvalitātes vērtējumi par speciālistu konsultāciju un individuālā atbalsta pakalpojumiem, kā arī “aprūpes mājās” pakalpojumu.

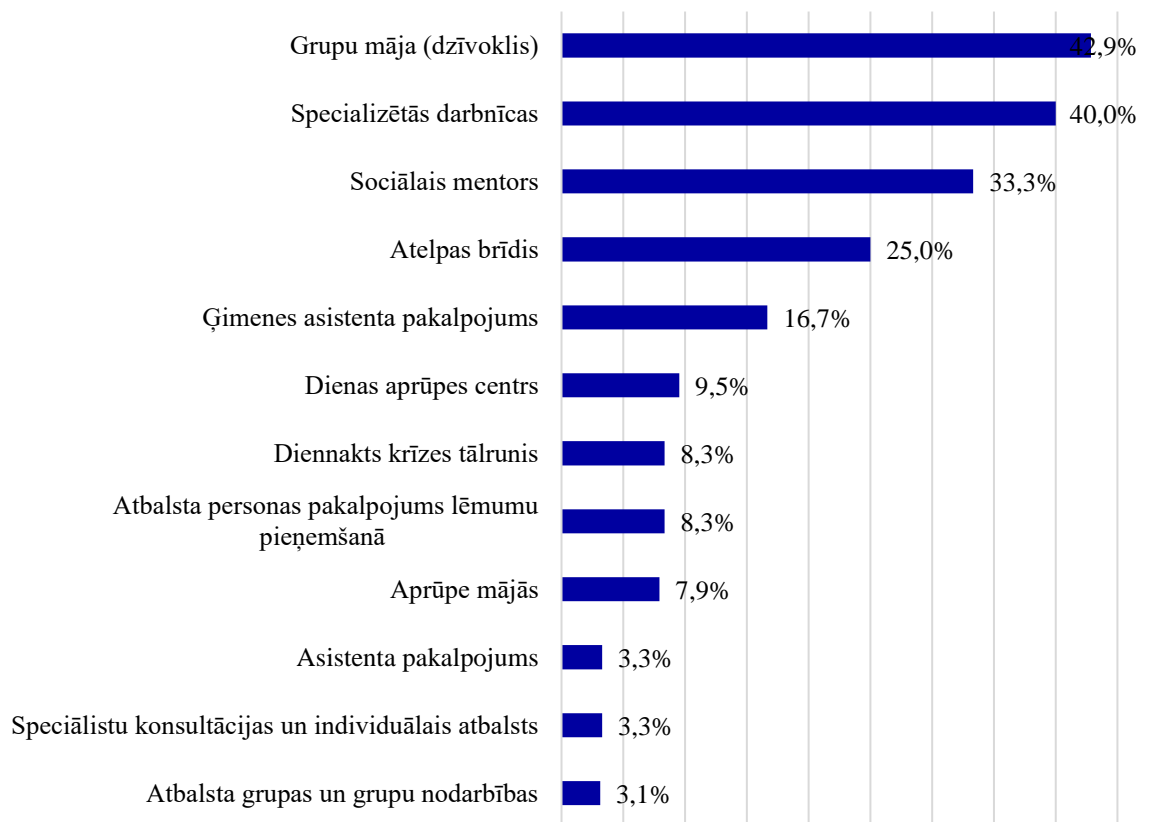
48. attēls. Sociālo dienestu pārstāvju vērtējumi “kopumā ļoti augsta/kopumā augsta” par SBSP kvalitāti personām virs 55 gadiem to pašvaldību griezumā, kurās pakalpojumi ir pieejami



Avots: Sociālo dienestu aptauja

Viszemākie kvalitātes vērtējumi tiek sniegti grupu mājas (dzīvokļa), specializētās darbnīcas un sociālā mentora pakalpojumiem (skat. 49. attēlu). Zemais vērtējums par sociālā mentora pakalpojumu ir saistīts ar to, ka sociālais mentors ir daļēji vai pilnībā pieejams tikai 3 no sociālo dienestu pārstāvju pašvaldībām, un viens no šiem pārstāvjiem par pakalpojumu sniedza negatīvu vērtējumu. Līdzīga situācija pastāv arī saistībā ar grupu mājas (dzīvokļa) (pieejams 7 sociālo dienestu pārstāvētajās pašvaldībās) un specializētās darbnīcas pakalpojumu (pieejams 5 sociālo dienestu pārstāvētajās pašvaldībās).

49. attēls. Sociālo dienestu pārstāvju vērtējumi “nepieciešami ļoti būtiski uzlabojumi/nepieciešami uzlabojumi” par SBSP kvalitāti personām virs 55 gadiem to pašvaldību griezumā, kurās pakalpojumi ir pieejami



Avots: Sociālo dienestu aptauja

Intervijās ar iesaistīto pušu pārstāvjiem tika norādīts uz trīs faktoriem, kuri būtiski ietekmē SBSP kvalitāti: personāla kvalifikācijas līmenis, personāla atalgojums un pašvaldību vēlme atbalstīt pakalpojumu. Latvijas Pašvaldību savienības padomniece veselības un sociālajos jautājumos Ilze Rudzīte intervijā norādīja, ka Latvijā personai vai viņas apgādniekiem ir pienākums maksāt par “aprūpe mājās” pakalpojumu. Šīs izmaksas aug proporcionāli personas aprūpes līmenim – lielākas aprūpes vajadzības ir saistītas ar aprūpes personāla kvalifikācijas līmeni, kopā ar klientu pavadīto laiku un atalgojumu. Savukārt Latvijas Samariešu apvienības direktors Andris Bērziņš intervijā vairāk uzsver pašvaldību gribu atbalstīt pakalpojumu: “Viena pašvaldība pērk, piemēram, “aprūpe mājās” pakalpojumu personai tikai vienu vai divas reizes nedēļā, bet citas pašvaldības – četras reizes dienā. Atšķirības ir ļoti lielas. Ja tu četras reizes dienā apmeklē cilvēku, tad pat guļošam cilvēkam var nodrošināt pilnvērtīgu aprūpi mājās apstākļos. Tas nav iespējams, apmeklējot cilvēku vienu vai divas reizes nedēļā.”

Līdzīgi sociālo dienestu pārstāvji pamato savus negatīvos vērtējumus par sniegto SBSP kvalitāti gan personām ar GRT un multipliem traucējumiem, gan personām virs 55 gadiem. Sociālo dienestu

pārstāvji uzsver – lai pakalpojumu vērtētu kā kvalitatīvu, ir nepieciešams gan celt personāla kvalifikāciju darbā ar mērķa grupām, gan palielināt pakalpojumu kapacitāti (piesaistot papildu finansējumu).

Mērķa grupām nenodrošinātās vajadzības

Sociālo dienestu pārstāvjiem aptaujā tika lūgts norādīt, kurām no mērķa grupām (personas ar autiska spektra traucējumiem, atsevišķas multiplo traucējumu grupas (piemēram, neredzīgas un nedzirdīgas personas), personas ar ļoti smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem, personas ar ļoti smagām psihiskām saslimšanām, personas pensijas vecumā un nespēj sevi aprūpēt) ir praktiski iespējams saņemt SBSP sociālo dienestu pārstāvētajās pašvaldībās vai kaimiņu pašvaldībās. 2 no 72 sociālo dienestu pārstāvjiem norādīja, ka viņu pašvaldībās vai kaimiņu pašvaldībās tiek sniegti SBSP personām ar ļoti smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem (Rīgas pilsētas pašvaldība), ar ļoti smagām psihiskām saslimšanām (Rīgas pilsētas pašvaldība) un personām, kuras ir pensijas vecumā un nespēj sevi aprūpēt (Rīgas pilsētas un Bauskas novada pašvaldības). Rīgas pilsētas pašvaldības sociālā dienesta pārstāvis norāda, ka pašvaldība nodrošina SBSP arī personām ar autiska spektra traucējumiem un personām no multiplo traucējumu grupas, bet šīs mērķa grupas netiek nodalītas no citām mērķa grupām. Citu sociālo dienestu pārstāvji aptaujā nenorādīja, ka viņu pārstāvētajās pašvaldībās tiek nodrošināti SBSP kādai no minētajām mērķa grupām.

12 sociālo dienestu pārstāvji aptaujā norādīja, ka viņu pašvaldībās vai kaimiņu pašvaldībās ir paredzēts sniegt SBSP mērķa grupām, bet pagaidām tie praktiski netiek sniegti. Savukārt 30 sociālo dienestu pārstāvji aptaujā norādīja, ka kādai no mērķa grupām ir paredzēts sniegt SBSP pēc projekta “Deinstitutionalizācija” pabeigšanas (skat. 26. tabulu). Sociālo dienestu pārstāvju atbildēs minēts, ka Jelgavas, Strenču un Cēsu novadu pašvaldībās ir plānots sniegt SBSP visām mērķa grupām pēc projekta “Deinstitutionalizācija” pabeigšanas. Pārējās pašvaldībās SBSP tiks nodrošināti tikai atsevišķām mērķa grupām. Visbiežāk sociālo dienestu pārstāvji norāda, ka pēc “Deinstitutionalizācija” pabeigšanas viņu pašvaldībās būs pieejami pakalpojumi personām ar ļoti smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem (24 pašvaldībās jeb 33 % no kopējā respondentu skaita). Visretāk sociālo dienestu pārstāvji min personas ar multipliem traucējumiem (9 pašvaldībās jeb 13 % no kopējā respondentu skaita) un personas pensijas vecumā, kuras nespēj sevi aprūpēt (10 pašvaldībās jeb 14 % no kopējā respondentu skaita).

26. tabula. Pašvaldības, kurās ir paredzēts sniegt SBSP pēc projekta “Deinstitutionalizācija” pabeigšanas konkrētām mērķa grupām.

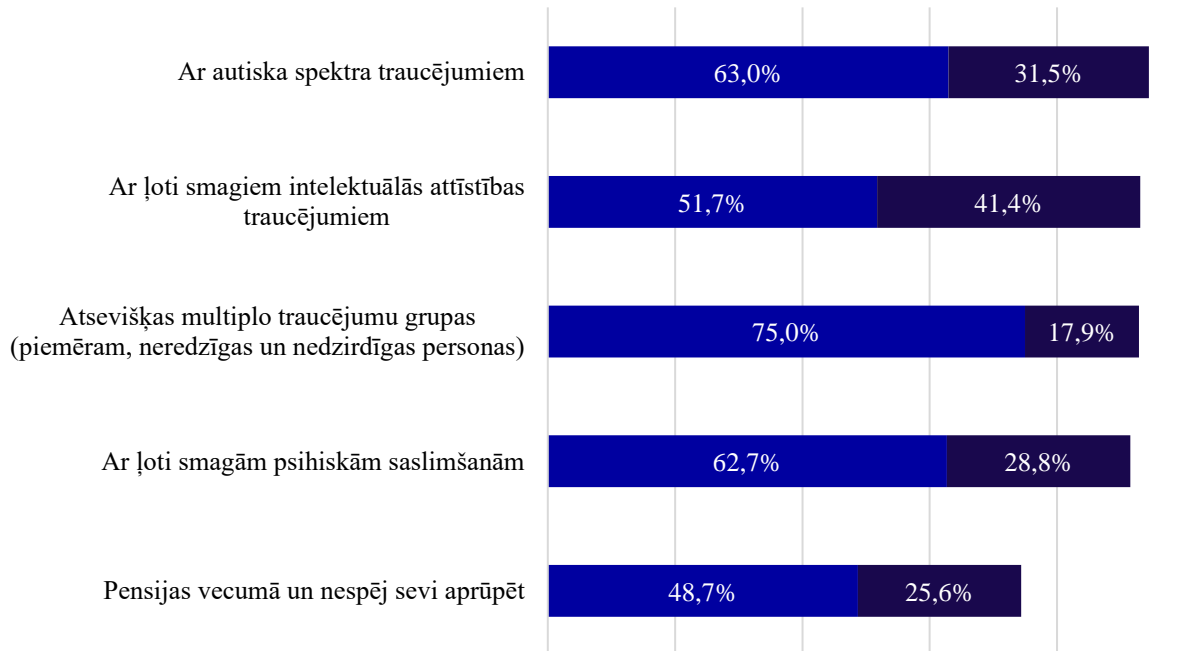
Pašvaldības	Ar autiska spektra traucējumiem	Atsevišķas multiplo traucējumu grupas	Ar ļoti smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem	Ar ļoti smagām psihiskām saslimšanām	Pensijas vecumā un nespēj sevi aprūpēt
Jelgavas pilsētas pašvaldība	X	X	X	X	X
Strenču novada pašvaldība	X	X	X	X	X

Pašvaldības	Ar autiska spektra traucējumiem	Atsevišķas multiplo traucējumu grupas	Ar ļoti smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem	Ar ļoti smagām psihiskām saslimšanām	Pensijas vecumā un nespēj sevi aprūpēt
Cēsu novada pašvaldība	X	X	X	X	X
Gulbenes novada pašvaldība	X		X		X
Krustpils novada pašvaldība	X		X	X	X
Iecavas novada pašvaldība		X	X		X
Dundagas novada pašvaldība			X	X	X
Jēkabpils novada pašvaldība	X	X			X
Limbažu novada pašvaldība					X
Saldus novada pašvaldība			X	X	X
Mazsalacas novada pašvaldība	X	X	X	X	
Amatas novada pašvaldība	X	X	X	X	
Inčukalna novada pašvaldība	X		X	X	
Pārgaujas novada pašvaldība			X	X	
Valkas novada pašvaldība	X		X	X	
Vecumnieku novada pašvaldība			X	X	
Talsu novada pašvaldība			X	X	
Ventspils pilsētas pašvaldība	X		X	X	
Kocēnu novada pašvaldība	X	X	X	X	
Ķeguma novada pašvaldība			X	X	
Viļakas novada pašvaldība	X		X	X	
Ventspils novada pašvaldība			X		
Skriveru novada pašvaldība			X		
Valmieras pilsētas pašvaldība			X		
Daugavpils novada pašvaldība			X		
Ādažu novada pašvaldība			X		
Ķekavas novada pašvaldība	X	X			
Olaines novada pašvaldība	X				
Aknīstes novada pašvaldības	X				
Rundāles novada pašvaldība	X				

Avots: Sociālo dienestu aptauja

Lai gan pašvaldības plāno attīstīt un nodrošināt SBSP mērķa grupas pārstāvjiem, lielākā daļa sociālo dienestu pārstāvju, kuri sniedza atbildes, norādīja, ka viņu pašvaldībās šīm mērķa grupām SBSP pagaidām nav paredzēts sniegt. Lielākoties sociālo dienestu pārstāvji norāda, ka SBSP nav paredzēts sniegt personām ar multipliem un autiska spektra traucējumiem, kā arī personām ar ļoti smagām psihiskām saslimšanām. 10 sociālo dienestu pārstāvji ((Dagdas, Naukšēnu, Brocēnu, Aizputes, Krāslavas, Krimuldas, Balvu, Jaunpils, Tērvetes novada un Daugavpils pilsētas pašvaldību) norādīja, ka SBSP nav paredzēts sniegts nevienai no šīm mērķa grupām.

50. attēls: Pašvaldību īpatsvars, kurās pagaidām nav paredzēts sniegt SBSP mērķa grupu pārstāvjiem, un pašvaldību īpatsvars, kurās ir paredzēts sniegt SBSP pēc projekta “Deinstitutionalizācija” pabeigšanas

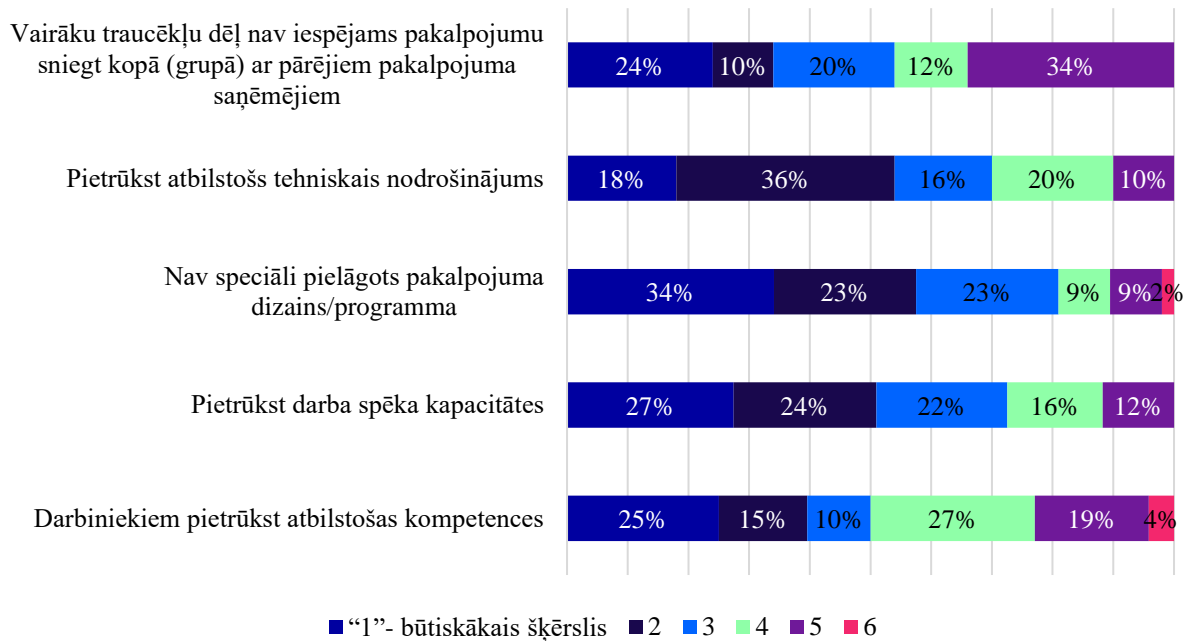


■ Pagaidām nav paredzēts sniegt ■ Paredzēts sniegt pēc projekta “Deinstitutionalizācija” pabeigšanas

Avots: Sociālo dienestu aptauja

Kā visbūtiskāko šķērslī SBSP nodrošināšanai 34 % sociālo dienestu pārstāvji, kuri sniedza atbildes uz šo jautājumu, vērtē pakalpojuma dizaina/programmu trūkumu, 27 % – personāla kapacitātes trūkumu, 25 % – darbinieku kompetences trūkumu (skat. 51. attēlu). Savukārt, analizējot sociālo dienestu sniegtos vērtējumus (ranžējums: “1” – būtiskākais šķērslis; “2” – nākamais būtiskākais šķērslis utt.), kopumā būtiskākie šķēršļi SBSP nodrošināšanai mērķa grupām ir: pakalpojuma dizaina/programmu trūkums (57 %), darbinieku kapacitātes trūkums (51 %) un tehniskā nodrošinājuma (54 %) trūkums.

51. attēls: Sociālo dienestu pārstāvju vērtējumi par faktoriem, kas kavē SBSP nodrošināšanu



Avots: Sociālo dienestu aptauja

SBSP sniedzēju aptaujas dalībniekus lūdza novērtēt, kā viņu sniegtie pakalpojumi apmierina klientu vajadzības. Gandrīz visi respondenti savu pakalpojumu vērtēja kā svarīgu vai vissvarīgāko un pārsvarā norādīja, ka sniegtais pakalpojums būtiski vai gandrīz pilnībā apmierina mērķa grupu vajadzības. SBSP sniedzēju komentāri/paskaidrojums un/vai informācija par citām būtiskām vajadzībām, kuru pakalpojums apmierina, nepamatoja viņu sniegtos vērtējumus.

Kopumā sociālo dienestu pārstāvju sniegtā informācija liecina, ka pašlaik SBSP visām šajā nodaļā analizētajām mērķa grupām ir pieejami tikai Rīgas pilsētas pašvaldībā, 12 pašvaldībās SBSP vienai vai vairākām mērķa grupām ir paredzēti, bet praktiski netiek sniegti (pensijas vecumā un nespēj sevi aprūpēt – 8 pašvaldībās, ar ļoti smagām psihiskām saslimšanām – 4, ar ļoti smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem – 3, atsevišķas multiplo traucējumu grupas (piemēram, neredzīgas un nedzirdīgas personas) – 3, ar autiska spektra traucējumiem – 2). 30 pašvaldībās tiek plānots nodrošināt SBSP vienai vai vairākām mērķa grupām pēc DI procesa. Pēc DI procesa pakalpojumus galvenokārt ir plānots nodrošināt personām ar ļoti smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem un visretāk – personām ar multipliem traucējumiem.

Integrētie pakalpojumi

Šī pētījuma ietvaros integrētā aprūpe tiek primāri aplūkota kā veselības un sociālo pakalpojumu savstarpēji sasaistīta sistēma. Sekundāri izvērtēta sociālo pakalpojumu integrācija ar citu jomu – izglītības, komunālo, finanšu u.c. pakalpojumu jomām. Integrētās aprūpes jēdziens tiek lietots gan veselības, gan

sociālajā politikā, taču tam nav vienotas vispārpieņemtas definīcijas. Trūkst arī vienotas konceptuālas izpratnes par to³³. Teorētiskie integrētās aprūpes aspekti padziļināti aplūkoti pielikumā Nr.11. Zemāk apkopota un analizēta informācija no sociālo dienestu un aprūpētāju aptaujām, ekspertu intervijām un tematiskās fokusa grupu diskusijas par integrētās aprūpes attīstības iespējām. Latvijai raksturīgās problēmsituācijas un potenciālie risinājumi salīdzināti ar labo praksi citās Eiropas valstīs.

Situācija Latvijā

Veselības aprūpes jomā integrētās aprūpes attīstība Nacionālajā attīstības plānā nākamajā plānošanas periodā tiek skatīta rīcības virziena “Uz cilvēku centrēta veselības aprūpe” ietvaros. Šī rīcības virziena mērķis – Vienlīdzīgi pieejami kvalitatīvi veselības pakalpojumi. Tā aprakstā tiek minēts, ka Latvijā pieaug cilvēku skaits ar vienu vai vairākām hroniskām slimībām. Līdz ar to ir nepieciešams īstenot veselības veicināšanas un profilakses pasākumus, kā arī izstrādāt jaunus uz pacientu vērstus integrētus veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu organizēšanas un sniegšanas modeļus, veicinot digitalizācijas platformu ieviešanu, kā arī medicīnisko tehnoloģiju attīstību primāri ekscelences centros, jo īpaši pacientiem ar psihiskām slimībām un uzvedības traucējumiem, nedziedināmi slimajiem un citām mērķa grupām, kuru kvalitatīvas aprūpes nodrošināšanai nepieciešama starpnozaru sadarbība.³⁴

Papildus tam, Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plāns 2019.–2020. gadam³⁵ paredz mūsdienīgu ambulatorās un stacionārās aprūpes pieeju – iesaistot multiprofesionālas komandas darbu ar cilvēku, iekļaujot arī nemedikamentozu ārstēšanu. Minētais plāns nosaka multiprofesionālās komandas (psihiatrs, garīgās veselības aprūpes māsa, ergoterapeits, mākslu terapeiti, sociālais darbinieks, psihoterapeits, fizioterapeits, psihologs u.c.) iesaistīšanas nepieciešamību ambulatorajā psihiskās veselības aprūpē. Minētais plāns uzsver nepieciešamību iesaistīt multiprofesionālās komandas darbā sociālo darbinieku, kas dos iespēju novērtēt sociālās prasmes un sociālās funkcionēšanas spējas un vajadzības gadījumā tās uzlabot, iesaistot ģimenes locekļus, kā arī nodrošināt pacientu reintegrāciju sabiedrībā.

Aprūpētāju aptaujas rezultāti

Šī novērtējuma ietvaros veiktajā primārajā izpētē personu ar GRT formālajiem aprūpētājiem un ģimenes locekļiem tika lūgts novērtēt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību. Aptaujāto personu aprūpē esošās personas pašlaik saņem SBSP. Salīdzinot viņu sniegtos vērtējumus par SBSP pieejamību un

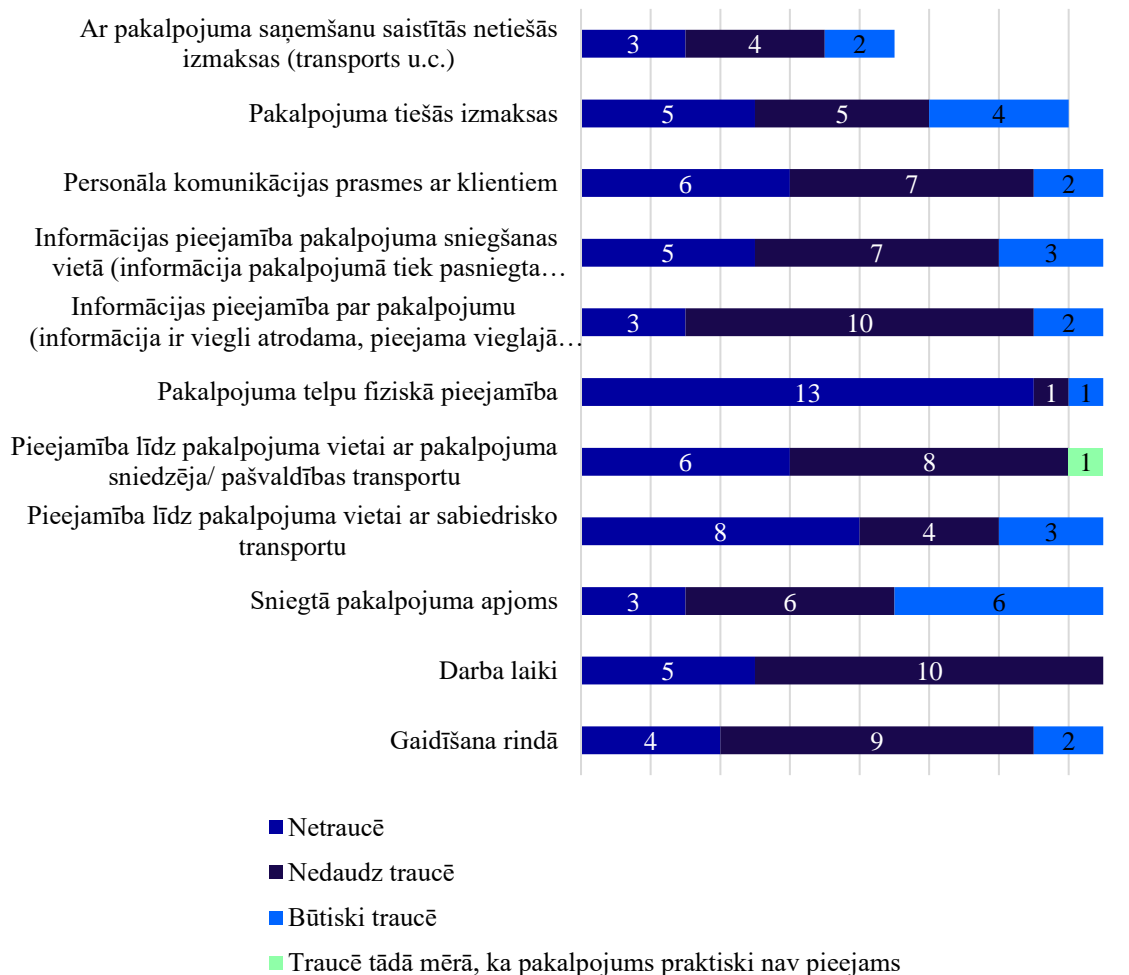
³³ Integrated care models: an overview. World Health Organization, 2016. P.3.

³⁴ Nacionālās attīstības plāns 2021. – 2027. gadam, Pieejams: https://www.pkc.gov.lv/sites/default/files/inline-files/NAP2027_apstiprin%C4%81ts%20Saeim%C4%81_1.pdf (skatīts 01.01.2021.)

³⁵ Ministru kabineta rīkojums Nr. 299. Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plāns 2019.-2020. gadam. Latvijas Vēstnesis, 126, 25.06.2019. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/307701-psihiskas-veselibas-aprupes-pieejamibas-uzlabosanas-plans-2019-2020-gadam>

veselības pakalpojumu pieejamību, secināms, ka aptaujāto personu aprūpē esošās personas saskaras ar mazāk šķēršļiem veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībā nekā SBSPP pieejamībā (skat. 53. attēlu).

53. attēls. Aprūpētāju vērtējums par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību



Avots: Formālo aprūpētāju/ģimenes locekļu aptauja

Rezultāti rāda, ka lielākie šķēršļi saistīti ar sniegto veselības pakalpojumu apjomu un pakalpojumu tiešajām izmaksām. Šie šķēršļi pamatā attiecināmi uz veselības jomu pašu par sevi un risinājumi integrējot veselības pakalpojumus ar sociālajiem pakalpojumiem ir ierobežoti – atbalsta finansējuma palielināšana un veselības speciālista piesaiste, piemēram, dienas aprūpes centros. Šie rezultāti rāda, ka sociālās un veselības aprūpes integrācijai primārā loma drīzāk ir saskaņota rīcība ilgtermiņā, balsoties uz individuālajiem veselības un sociālajiem aprūpes un rehabilitācijas plāniem.

Sociālo dienestu aptaujas rezultāti

Sociālo dienestu aptaujas rezultāti kopumā ir detalizētāki, nekā aprūpētāju aptaujas rezultāti. Vienprātības par konkrētu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību vai trūkumu nebija arī sociālo dienestu pārstāvju vidū. Viņus lūdza novērtēt, vai un kādu dzīves kvalitātes nodrošināšanai nepieciešamo

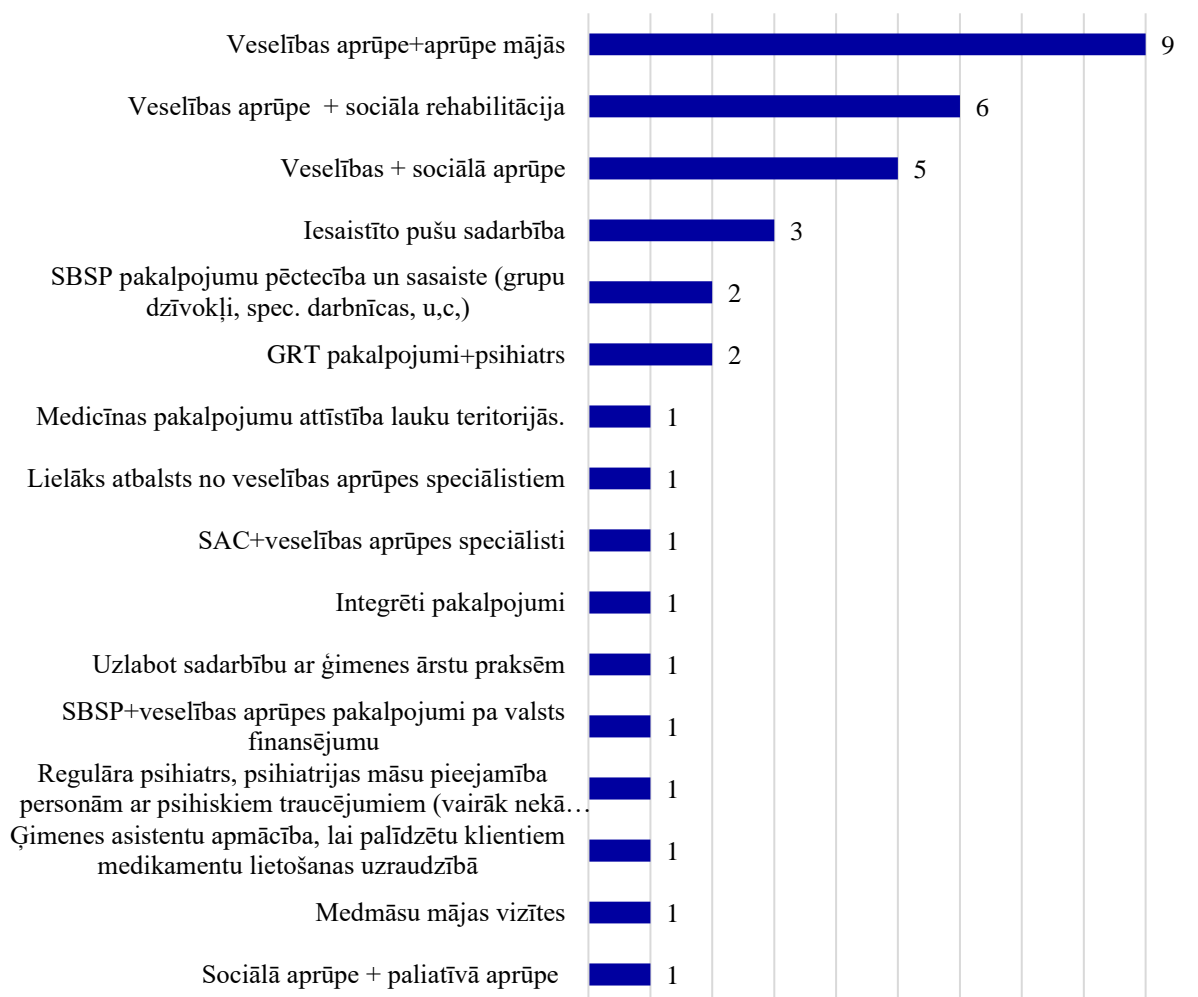
veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana mērķa grupām ir bijusi apgrūtināta. Atvērtās respondentu atbildes bija dažādas, bet šīs ir visbiežāk sniegtās atbildes:

1. grūtības saņemt VDEĀVK lēmumu;
2. nepietiekami veselības aprūpes pakalpojumi dzīvesvietā;
3. trūkst paliatīvās aprūpes kapacitātes;
4. pakalpojumi galvenokārt paredzēti DI projektā izvērtētām personām;
5. laukos ir problemātiski nokļūt līdz ārstam un aptiekai;
6. mērķa grupa neapzinās pakalpojuma vajadzību un to nelūdz;
7. sociālās rehabilitācijas pakalpojuma saņemšana (gaidīšanas ilgums), zobārstniecības pakalpojums;
8. pakalpojuma saņemšanas attālums, pieprasījums lielāks par pakalpojumu piedāvājumu;
9. īslaicīga sociālā aprūpe pēc insultiem, smagām operācijām, aprūpe onkoloģijas pacientiem, kurus “izmet” no stacionāriem un tuviniekiem viņi jāaprūpē;
10. ģimenes ārstu trūkums;
11. ir apgrūtināta gan rehabilitācijas, gan citu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana atbilstoši personas vajadzībām, nevis diagnozēm;
12. veselības un sociālā rehabilitācija (par valsts budžeta līdzekļiem) nav nodrošināta pietiekamā apjomā;
13. nepietiekams sniegto pakalpojumu klāsts;
14. vecuma grupai virs 55 ir apgrūtināta rehabilitācijas pakalpojumu saņemšana.

Autoru ieskatā būtiskākais potenciāls, kur sociālie pakalpojumi var palīdzēt uzlabot veselības pakalpojumu saņemšanu ir šādos aptaujā minētajos aspektos:

- Atbalsts nokļūšanai līdz ārstam vai aptiekai.
- Palīdzība veselības pakalpojumu specifisko individuālo vajadzību apzināšanā.
- Atbalsts pēc insultiem, smagām operācijām, aprūpe onkoloģijas pacientiem.

Sociālo dienestu aptaujā bieži tiek minēts, ka rehabilitācijas pakalpojumu ierobežotā pieejamība negatīvi ietekmē personu atlabšanu, un personai sniegtie pakalpojumi izmaksā vairāk gan pašvaldībai, gan valstij. Uz jautājumu par sociālajiem pakalpojumiem, kurus vajadzētu apvienot ar veselības aprūpes pakalpojumiem, visbiežāk tika minēta aprūpes mājās pakalpojums, bet izteiktas vienprātības sociālo dienestu pārstāvju vidū nebija un salīdzinoši maza daļa no respondentiem sniedza savus vērtējumus (skat. 54. attēlu).

54. attēls. Sociālie pakalpojumi, kurus vajadzētu papildināt vai apvienot ar veselības aprūpes pakalpojumiem


Avots: Sociālo dienestu aptauja

Viedokļi par izmaksu efektivitāti būtiski atšķiras, bet lielākā daļa respondentu uzskata, ka veselības un sociālo pakalpojumu integrēšanai būtu pozitīva ietekme uz sabiedrības veselību un līdz ar to tiktu samazināti izdevumi.

Ekspertu un iesaistīto pušu vērtējumi

Integrētās aprūpes situācijas apzināšanā un priekšlikumu izstrādē tika iesaistīti vairāki jomas eksperti un iesaistīto pušu pārstāvji. Tika intervēti Kristīna Brūvere, Veselības ministrijas vecākā referente Integrētās veselības aprūpes nodaļā; Ilze Rudzīte, Latvijas Pašvaldību savienības padomniece veselības un sociālajos jautājumos, Daina Podziņa, sociālais mentors, European Disability Expertise eksperte, biedrības Apeirons pārstāve; Daiga Behmane, Rīgas Stradiņa Universitātes prodekāne Sabiedrības veselības un sociālās labklājības fakultātē; Andris Bērziņš, Latvijas Samariešu apvienības direktors; Aija Barča, Latvijas

Pensionāru federācijas valdes priekšsēdētāja; Solvita Rudoviča, Rīgas sociālās aprūpes centrs "Mežciems" direktore.

Papildus tika organizēta fokusa grupas diskusija, kurā piedalījās Ruta Klimkāne, Rīgas Domes Labklājības departaments; Una Lapskalna, Latvijas Sociālo darbinieku biedrība; Ilze Rudzīte, Latvijas Pašvaldību savienība; Ina Behmane, Latvijas pašvaldību sociālo dienestu vadītāju asociācija.

Integrētā aprūpe institūcijās

Iesaistīto pušu pārstāvji intervijās minēja vairākus piemērus, kas norādīja uz sadarbības trūkumu starp veselības un sociālo jomu. Viens no sadarbības laukiem ir **sociālo speciālistu piesaiste veselības aprūpē**. Kristīna Brūvere norāda, ka daļā stacionāro ārstniecības iestāžu tiek nodarbināts arī sociālais darbinieks, kas ideālā variantā ir aprūpes komandas sastāvā. Savukārt, Ilze Rudzīte norāda, ka pašlaik veselības aprūpes iestādēs, t.sk. psihoneiroloģiskajās slimnīcās, ir štata vietas sociālajiem darbiniekiem, kuriem būtu jāstrādā sadarbībā ar veselības aprūpes personālu, bet nav veikta izpēte par šīs štata vietas lietderību.

Integrētā aprūpe personām, kas dzīvo sabiedrībā

Attiecībā uz mērķa grupas personām, kas **dzīvo ārpus institūcijas** Daina Podziņa uzsvēra problēmu loku, kas saistīts ar personām, kam nepieciešama **pastāvīga aprūpe mājās (24/7)**, tai skaitā medicīniska aprūpe. Piemēram, katetru sistēmu maiņa – nav īsti skaidrs kas par to ir atbildīgs. Pēc ekspertes domām, veselības aprūpes pieejamība mājās šai mērķa grupai būtu jāatrisina sasaistē ar SBSP. Minētais piemērs būtu attiecināms uz daļu no **personām ar ļoti smagiem GRT un personām ar multipliem traucējumiem**.

Pētnieku ieskatā, papildu administratīvam sadarbības mehānismam ir jāveic padziļināta izpēte par situācijām, kur sociālie darbinieki un speciālisti var iesaistīties veselības pakalpojumu sniegšanas atbalstā – kur to varētu īstenot pēc būtības, kā to šobrīd regulē kompetenču un pilnvaru regulējums un vai tajā kas būtu maināms, lai pakalpojumu integrāciju uzlabotu. Tas attiecas gan uz esošās sadarbības prakses precīzāku reglamentēšanu, gan uz jaunu sadarbības formu attīstību. Teorētiski sociālā darba speciālistiem esošajā regulējumā nevajadzētu būt šķēršļiem palīdzēt saņemt tos veselības pakalpojumus, par ko atbildīgi ir paši mērķa grupas pārstāvji – piemēram, nodrošināt ārsta noteikto zāļu lietošanas regularitāti un nepārtrauktību, vai pamata diagnostikas procedūras, kā temperatūras un asinsspiediena mērīšana. Savukārt, problēmjautājumu lokā ir vienkāršotas medicīniskās procedūras, kas ir veselības speciālistu kompetencē – piemēram, katetru sistēmas nomaiņa.

Otra šīs mērķa grupas problēmsituācija, ko Daina Podziņa uzsvēra, saistīta ar **pieejamību neregulāriem medicīnas pakalpojumiem**. Piemēram, ja personai ar smagiem GRT, kas dzīvo grupu dzīvoklī, nepieciešams akūts zobārsta apmeklējums, tad kurš viņu pie ārsta vedīs un kā tiks veikta apmaksāta?

Vērtējot potenciālos risinājumus šādās situācijās, pirmkārt, jāatzīmē, ka personām ar GRT, ar multipliem traucējumiem un vecumā virs 55 gadiem šādiem medicīnas pakalpojumiem ir jābūt pieejamiem tādā pat mērā, kā jebkurai citai personai un medicīnas iestādēm ir jānodrošina vides pieejamība, piemēram, personām ar multipliem traucējumiem. Taču praksē, akūtu medicīnisko vajadzību situācijās, praktisko problēmu kopums pieejamību būtiski ierobežo. Kamēr sociālo pakalpojumu speciālistu kapacitāte tiek palielināta, autoru ieskatā lietderīgi izmantot un veicināt jau esošās labās prakses piemērus, iesaistot privāto sektoru. Kurzemes plānošanas reģionā darbojas sociālais uzņēmums SIA "Dz.Ozoliņas zobārstniecības kabinets", kas sniedz zobārstniecības pakalpojumus bērniem un jauniešiem vecumā līdz 18 gadiem, personām, kuras atbilst trūcīgas personas statusam, bāreņiem un bez vecāku gādības palikušām personām un pensionāriem. Darbības mērķis ir risināt veselības aprūpes pieejamību reģionā, risinot situācijas, kad, piemēram, SAC pensijas vecuma personai akūti nepieciešami zobārstniecības pakalpojumi, bet citas medicīnas iestādes nav gatavas operatīvi reaģēt. Būtu ieteicams līdzīgu praksi nodrošināt arī citos reģionos. Šāda modeļa gadījumā veselības un sociālo pakalpojumu integrācija nebūtu speciāli jāveicina, jo zobārstniecības speciālistu un sociālo speciālistu sadarbība attīstītos uz abpusējas ieinteresētības un sadarbības pieredzes pamata.

Vairāku ekspertu viedokļi saskanēja attiecībā uz **vispārējās veselības uzlabošanas pakalpojumu pieejamības** uzlabošanu. Tie ietver medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus - reitterapiju, ūdens terapiju, vingrošanu un masāžas. Lai veicinātu vispārējās veselības stāvokļa uzlabošanu un nepasliktināšanu, fiziskās aktivitātes būtu vajadzīgas visām novērtējumā analizētajām mērķa grupām. Respektīvi, šādu pakalpojumu piemērotība vērtējama kā augsta, pieejamība kā problemātiska, bet atbilstība atkarīga no mērķa apakšgrupas.

Detalizētāk analizējot mērķa apakšgrupas, tika secināts, ka plānojot un īstenojot šādus veselības pakalpojumus lietderīgi tos nodalīt divās apakšgrupās – "**standarta**", kas pieejami lielākajai mērķa grupas daļai un "**specializētie**", kas paredzēti tiem, kas nevar piedalīties kopā ar pārējiem specifisku traucējumu dēļ. Specializētos pakalpojumus raksturo tas, ka tiem nepieciešams adaptēt saturu vai papildināt ar atbilstošiem palīgīdzekļiem/infrastruktūru personām ar ļoti smagiem GRT vai personām ar specifiskiem funkcionāliem traucējumiem mērķa grupās "personas ar multipliem traucējumiem" un "vecumā virs 55 gadiem".

Vispārējās veselības uzlabošanas pakalpojumu plānošanā un ieviešanā nošķirams un atbilstoši prioritizējams pakalpojumu **sniegšanas vietas** faktors – vai veselības pakalpojums tiek sniegts SBSP

infrastruktūrā (dienas aprūpes centrā, specializētajā darbnīcā vai sociālās aprūpes centrā), vai arī klienti pārvietojas uz veselības pakalpojuma sniegšanas vietu. Sadarbības mehānismi starp sociālajiem un veselības speciālistiem un to loma katrā situācijā var atšķirties. Uzmanāto ekspertu, Pasūtītāja un pētnieku viedokļi dalījās, kurš no variantiem uzskatāms par prioritāri atbalstāmu un izvērtējot situāciju tika secināts, ka optimālā pakalpojuma sniegšanas vieta atkarīga no pakalpojuma veida un specifiskās mērķa grupas.

Dienas aprūpes centru, sociālās aprūpes centru, grupu māju (dzīvokļu) un specializēto darbnīcu telpas var tikt izmantotas tādām vienkāršotām ikdienas veselības uzlabošanas aktivitātēm, kā vingrošana, kur tiek regulāri pieaicināts atbilstošs veselības jomas speciālists. Šajā gadījumā viens kritiskais jautājums nodarbību intensitāte un raksturs – vai nepieciešams sporta apģērbs un atbilstoši pieejamas ģērbtuves un dušas telpas? Atbildes uz šiem jautājumiem lielā mērā noteiks kādas aktivitātes ir iespējams nodrošināt un vai tās būs piemērotas konkrētajai mērķa grupai noteiktā teritorijā.

Otrs kritiskais jautājums ir pakalpojuma pieejamība tiem mērķa grupas pārstāvjiem, kas GRT vai funkcionālo **traucējumu dēļ nespēj piedalīties nodarbībās**, ja tās tiek organizētas grupās. Ja konkrētā pakalpojuma ietvaros viņiem nav iespējams sniegt individualizētu pieeju un nodrošināt viņu līdzdalību, tad svarīgi ir nodrošināt, ka viņiem atbilstošs pakalpojums pieejams piemērotā (sasniedzamā) attālumā. Praksē tas nozīmētu, ka nodarbības ar pielāgotu saturu un infrastruktūru tiek organizētas noteiktās vietās un klienti tiek atvesti no attālākām vietām. Lai to īstenotu, sākumā jāveic izvērtējums, kurā tiek apzināti esošie pakalpojumu sniedzēji, kas piedāvā vai būtu gatavi piedāvāt šādus specializēti pielāgotus veselības uzlabošanas pakalpojumus.

Sistēmiski uzlabojumi

Fokusa grupu diskusijas ietvaros tika izcelti vairāki piemēri integrētās aprūpes organizēšanai **personām ar psihiskām saslimšanām**. Lietuvā izveidots psihiskās veselības punkts, kurā saasinājuma brīdī personas var griezties, piemēram, ja dienas aprūpes centra aktivitāšu laikā personai sākas “lēkme”, kas neļauj turpināt nodarbības. Ikdienā personas ar psihiskiem traucējumiem dodas uz dienas aprūpes centru, bet saasinājuma gadījumā var doties uz specializētu medicīnas centru personām ar psihiskiem traucējumiem. Dienas aprūpes centram ir gan tiesības, gan pienākums vērsties medicīnas centrā, kur tiek sniegts atbalsts personām ar psihiskām saslimšanām/traucējumiem.

Eksperti diskusijas laikā izcēla arī Čehijā izmantoto pakalpojumu sniegšanas modeli personām ar psihiskām saslimšanām. Čehijā šai mērķa grupai pakalpojumi tiek sniegti vadoties pēc mērķa grupas veselības aprūpes vajadzībām. NVO regulāri seko nepieciešamajai personu veselības un sociālai aprūpei. Latvijas gadījumā, ja personām ar psihiskām saslimšanām rodas veselības saasinājumi, atbalsts tiek sniegts pastāvošās veselības aprūpes sistēmas ietvaros, kur rindā pie psihiatra var nākties gaidīt ilgu laiku. Šādos brīžos nereti persona nevar pilnvērtīgi piedalīties sociālo pakalpojumu saņemšanā (dienas aprūpes centrs,

specializētās darbnīcas) un veselības traucējumu saasinājuma noregulēšana faktiski paliek ģimenes locekļu pārziņā. Pamatā šīs problēmas iemesls ir psihiatru kapacitātes trūkums. Tādēļ perspektīvā izvērtējami trīs attīstības virzieni:

- psihiatru kapacitātes palielināšana;
- klientu prioritizēšanas izvērtēšana;
- sistēmiski uzlabojumi personu ar psihiskām saslimšanām integrētajā aprūpē.

Vērtējot psihiatru apmeklējumu praksi personām ar psihiskām saslimšanām, fokusa grupas diskusijā tika izcelts, ka klientam dodoties pie psihiatra, mainās uzvedība un viņš neiegūst pilnu priekšstatu par cilvēka stāvokli. Tādēļ **psihiatra konsultācijām būtu jānotiek klienta dabiskajā vidē** (mājas, dienas aprūpes centrā, specializētā darbnīcā) nevis kabinetā. Alternatīvs risinājums ir virtuālās vizītes, kas aplūkots nodaļā zemāk. Ņemot vērā psihiatrijas speciālistu kapacitātes trūkumu, it īpaši reģionos, autoru ieskatā VM ieteicams izstrādāt motivācijas mehānismu, kas stimulētu psihiatrus doties vizītēs pie klientiem. Iespējams, ka to var panākt ar finansējuma diferencēšanu, lai atbilstoši kompensētu ceļā zaudēto laiku un izmaksas. Pašvaldību pienākums būtu sekot individuālo vajadzību un loģistikas optimizācijai, lai vienas reģionālās vizītes ietvaros būtu iespējams sniegt atbalstu vairākiem klientiem.

Kopumā ar psihiatru kapacitātes trūkumu saistītas vairākas problēmsituācijas. Fokusa grupas diskusijā tika izceltas situācijas, kad pieejamības problēmas ir izteiktas: aprūpētājs pārsvarā uzņemas atbildību par veselības saasinājumu brīžiem, bet kritiskos gadījumos ir nepieciešama psihiatra vai kāda speciālista pieejamība (norīkojums), lai cilvēku nosūtītu uz dienas stacionāru vai slimnīcu. Tādēļ autoru ieskatā kritiski svarīgs veiksmīgas integrētās aprūpes priekšnosacījums personām ar psihiskām saslimšanām ir **sistemātiska psihiatrijas speciālistu kapacitātes celšana** ilgtermiņā, kas attiecas uz VM kompetenci.

Šī novērtējuma ietvaros padziļinātāk netika vērtēti mehānismi pacientu rindu organizēšanā pie psihiatriem, taču apkopotie viedokļi norāda, ka būtu lietderīgi veikt izvērtējumu, vai nav specifiskas esošajā regulējumā neietvertās **situācijas, kurās pakalpojumi sniedzami paātrinātā kārtībā**.

Attiecībā uz sistēmiskiem uzlabojumiem, citu valstu pozitīvā pieredze un esošās situācijas izvērtējums ļauj secināt, ka plānojot un īstenojot integrēto aprūpi personām ar psihiskām saslimšanām **veselības aprūpes pakalpojumi papildināmi ar nepieciešamajiem sociālajiem pakalpojumiem, nevis otrādāk**. Šāda pieeja tika diskutēta un kopumā akceptēta fokusa grupas diskusijā. Līdz ar to integrētai aprūpei būtu primāri jābalstās uz veselības aprūpes individuālo plānu, kam tiek pieskaņots sociālās aprūpes individuālais plāns.

Daiga Behmane intervijā norādīja, ka kā optimālais modelis integrētās aprūpes uzlabošanai balstāms sistēmā, kur tiek **stiprinātas reģionālās slimnīcas kā reģionālie centri**. Tām ir jābūt vietām, kur klients var saņemt regulāras konsultācijas, konsīlijus un uzraudzību. Katram pacientam var noteikt veselības aprūpes speciālistu/ārstu, kas seko līdzi plāna izpildei un sadarbībai ar citām iesaistītajām pusēm. Savukārt reģionālās slimnīcas sadarbojas ar atbalsta punktiem pašvaldībās – sociālajiem dienestiem vai SBSP sniedzējiem, kuri nodrošina citas aprūpes plānu komponentes. Šāda sadarbības modeļa attīstīšanu LM būtu jāizvērtē, ja VM šādu koncepciju uzskatīs par pamatotu un virzīs tālākai attīstīšanai.

Vērtējot integrētās aprūpes perspektīvas svarīgi arī apzināties principiālo pieeju no veselības aprūpes pozīcijām, uz ko norādīja Kristīna Brūvere - **integrētā aprūpe nepastāv pati par sevi**, bet gan tās principi tiek iestrādāti dokumentos par veselības aprūpes pieejamību kā viens no priekšnosacījumiem efektīvas veselības aprūpes nodrošināšanā.

Otra mērķa grupa, kurai ir būtiskas ar integrēto aprūpi saistītas vajadzības, ir **personas vecumā virs 55 gadiem**. Aija Barča norāda, ka dažādas ar vecumu saistītas saslimšanas (piemēram, demence un alcheimera slimība) ir psihiatriskas saslimšanas. Līdz ar to, lai nodrošinātu šīm mērķa grupām nepieciešamo atbalstu, LM ir jāsadarbojas ar VM. Lai cilvēks varētu saglabāt dzīves kvalitāti būtu nepieciešama regulāra ārstēšana, jo cilvēkiem gados ir vairākas hroniskas saslimšanas, kas ir raksturīgas novecošanai. Solvita Rudoviča situāciju raksturo ar piemēru: ja personai nepieciešama mākslīgā plaušu ventilācija pēc insulta aprūpē. Piederīgie nespēj nodrošināt un apmaksāt šāda veida pakalpojumu mājās un izvēlas ievietot institūcijā. Daudziem klientiem nav piederīgo, tie ir vientuļi un maznodrošināti, līdz ar to nespēj sev apmaksāt un noorganizēt šos pakalpojumus. Netiek nodrošināta pakalpojumu pēctecība. Uzreiz pēc insulta būtu nepieciešama rehabilitācija, bet pakalpojums ir ilgi jāgaida, līdz ar to sekas paliek smagākas. Minētie piemēri norāda uz nepieciešamību plānot un organizēt pakalpojumu integrāciju ne tikai starp sociālo un veselības jomu, bet arī šo jomu ietvaros – pa dažādu slimību attīstības stadiju un izpausmju līmeņiem.

Attiecībā uz demenci fokusa grupas diskusijā tika uzsvērtā nepieciešamība pēc **demences agrīnās diagnostikas** sistēmas attīstības. Pašlaik smagākajiem gadījumiem, faktiski, vienīgais risinājums ir SAC. Savlaicīgi apzinot personas ar demenci nākotnes problēmu loku, iespējams atbilstošāk pielāgot personas ikdienas ritumu, mājokli un sagatavotību ģimenē. Tādēļ VM kompetencē būtu ieteicams attīstīt mehānismu, kā demence agrīni tiek identificēta un ģimenes ārsti, vai citi atbildīgie speciālisti atbilstoši informē ģimenes locekļus un sociālos darbiniekus, kuri savlaicīgi var plānot un gatavot nepieciešamos SBSP.

No ģimenes perspektīvas problemātiska ir situācija, kad atklājas, ka personai slimības stadija ir tajā līmenī, kad nepieciešama pastāvīga aprūpe un pieskatīšana. Tādēļ ģimenēm būtiska ir SBSP pieejamība, kas ļautu saglabāt ģimenes locekļa darba režīmu un novērstu personas ieviešanu SAC. Fokusa grupas diskusijās kā prioritārais pakalpojums tika novērtēts **demenču dienas centri**, kur persona var pavadīt visu

dienu, kamēr ģimenes locekļi ir darbā. Taču būtiski ir šos pakalpojumus nodalīt dažādiem demences saslimšanas līmeņiem, jo vieglā un smagā formā saslimušām personām var būt būtiski atšķirīgs pakalpojumu saturs un formāts. LM kompetencē būtu sniegt atbalstu šādu demenču dienas centru pakalpojumu izveidei un nodrošināšanai visos plānošanas reģionos, lai pakalpojums būtu pieejams sasniedzamā attālumā visos novados.

Fokusa grupu diskusijā kā atsevišķa attīstāmo pakalpojumu joma personām vecumā virs 55 gadiem tika izcelts **mājokļa jautājums**. Rīgā labā prakse ir “aprūpētās dzīves vietas” pakalpojumu attīstīšana. Personas vecumā virs 55 gadiem, kurai ir aprūpes nepieciešamība, **esošā dzīves vieta tiek uzlabota** tādā veidā, ka saņemto pakalpojumu apjoms un kvalitāte vērtējama kā līdzvērtīga SAC. Tas ietver tehnisko nodrošinājumu, t.sk. sensorus, drošības pogas u.c. Aprūpētāja pakalpojumus šādā scenārijā persona saņem biežāk, kā arī sistemātiski tiek piesaistīti piederīgie un kaimiņi. Pieredze rāda, ka šī pieeja der arī personām ar demenci.

Reģionos praktiskā pieredze ietver arī alternatīvus risinājumus, ja nav iespējams pielāgot mājokli un lauku teritorijās tāda situācija nav retums, tad tiek piedāvāts sociālais dzīvoklis, kurā mitinās vairākas personas ar vienu aprūpes līmeni. Pēc būtības šo pakalpojumu var dēvēt kā **sociālā istaba ar maksas atlaidēm**. Esošās dzīves vietas pielāgošana personu vecumā virs 55 gadiem vajadzībām prasa zināmus infrastruktūras uzlabojumus un tehniskos palīg līdzekļus. Lai sistemātiski attīstītu pielāgotās dzīves vietas pakalpojumu kā risinājumu, kas aizvieto pārcelšanos uz dzīvi institūcijā, LM ieteicams izvērtēt, vai pašvaldībām nepieciešams valsts atbalsts sākotnējo ieguldījumu nodrošināšanai.

Sistēmiskā līmenī integrētajai aprūpei veselības un sociālo pakalpojumu jomās visām mērķa grupām būtiski ir uzlabot speciālistu **sadarbības formātu un regulējumu**. Novērojamas situācijas, kad veselības un sociālās jomas speciālistu sadarbību raksturo motivācijas un regulējuma trūkums, kas lielā mērā saistīts ar speciālistu kapacitātes trūkumu un lielo darba slodzi. I. Rudzīte norāda uz piemēru, kad sociālie darbinieki vēlas organizēt starpinstitucionālo sanākumi par DI klientiem, bet ārsti psihiatri atsakās piedalīties. Līdz šim veidotie sadarbības algoritmi starp sociālo un veselības jomu ir nozīmīgi, bet tiem nav ilgtspēja, jo nav bijušu praktisku risinājumu, lai tos iedzīvinātu. Savukārt Kristīna Brūvere, Veselības ministrijas vecākā referente Integrētās veselības aprūpes nodaļā uzsver, ka jau 2014.gadā izstrādātas vadlīnijas „Starpprofesionālā sadarbība veselības un sociālo pakalpojumu jomā darbā ar personām, kurām ir grūtības aprūpēt sevi”. Minētie viedokļi un ekspertu atzinumi, ka veselības aprūpē, piemēram, psihiatrijā vērojams speciālistu trūkums, norāda, ka sadarbību starp veselības un sociālajiem speciālistiem mērķa grupu aprūpē nepieciešams stimulēt ar sistēmiskiem motivātoriem. Autoru ieskatā pastāv trīs pasākumu veidi, kā to īstenot:

- Labās sadarbības prakses apzināšana un popularizēšana veselības un sociālo speciālistu starpā, taču šāds risinājums situāciju uzlabos tikai atsevišķās teritorijās.
- Normatīvais regulējums, kas noteiktas sadarbības formas uzliek par pienākumu.
- Pacientu un klientu veselības un sociālās informācijas aprites un uzglabāšanas integrācija, kas netiešā veidā stimulētu arī efektīvāku sadarbību.

Eksperti norāda uz vairākām iestrādēm, kas var kalpot par pamatu minēto pasākumu veidu realizēšanā. Pirmkārt, ir izstrādāts psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plāns, kurš cita starpā paredz multifunkcionālas speciālistu komandas izveidi pacientu ambulatorai ārstēšanai, arī sociālā darbinieka piesaistīšanu. Kristīna Brūvere norāda, ka tā jau ir integrēta aprūpe, ka pacients vienuviet varēs saņemt sev nepieciešamos pakalpojumus, speciālistu sadarbības rezultātā samazināsies nepieciešamība pacientam vai tuviniekiem pašam meklēt ceļu un risinājumus. Autoru ieskatā šis mehānisms izmantojams par pamatu multifunkcionālas speciālistu komandas atbalsta nodrošināšanai arī ārpus ambulatorās ārstēšanas. Kā kritērijs šādas komandas izveidošanai var būt noteikts personas aprūpes vajadzību līmeņa sliksnis, vīrs kura normatīvais regulējums paredzētu šādas komandas izveidi un funkcionēšanu.

Otrkārt, individuālā līmenī par centrālo asi sadarbības organizēšanai var kalpot **individuālie aprūpes un rehabilitācijas plāni**. Daiga Behmane norāda, ka šāds plāns nepieciešams katram klientam un tas būtu kā galvenais integrējošais elements, kas sākas veselības aprūpē un tad tas tiek saintegrēts ar pasākumiem sociālajā aprūpē. Sociālajai aprūpei ir jābūt sasaistītai ar medicīnisko. Lai sagatavotu plānu Daiga Behmane, iesaka izvērtēt pacientu pēc SSK10 un SFK klasifikācijas. Viņa un citi eksperti norāda, ka sociālo dienestu pārstāvji uzsver, ka viņiem ir vajadzīga diagnoze un veselības aprūpes plāns, lai nodrošinātu pilnvērtīgu sociālo aprūpi.

Tas sasaistās ar trešo attīstības virzienu – **informācijas sistēmu integrēšanu**. Andra Bērziņa, Latvijas Samariešu apvienības direktora redzējums par patreizējo stāvokli abu jomu informācijas apvienošanā ir kritisks. Viņa pārstāvētā organizācija īstenojusi nevalstisku iniciatīvu, izveidojot Elektronisko aprūpes plānošanas sistēmu jeb «ApSis», kas ir unikāls Latvijā veidots e-risinājums, kas vienotā sistēmā uztur visu sociālo pakalpojumu sniegšanas kompleksu - vajadzību izvērtēšanu; pakalpojumu plānošanu; pakalpojumu sniegšanu; kontroli. Taču kopumā viņš vērtē, ka Latvijā ir labs potenciāls attīstībai, jo digitālo sadarbības risinājumu jomā Latvija ir priekšā citām EU valstīm. Izveidotas e-lietas un citi digitāli risinājumi, bet jautājums, cik lielā mērā tie tiek izmantoti?

Plānojot integrētās aprūpes informācijas sistēmu attīstību autoru ieskatā attīstāmi trīs pasākumu bloki:

- Nepieciešamā informācijas satura identificēšana, balstoties uz esošajās veselības un sociālās jomas informācijas sistēmās apkopotajiem datiem un specifiskajām integrētās aprūpes vajadzībām.
- Personas datu aizsardzības juridisko aspektu normatīvā regulējuma uzlabošana, lai ar veselību saistītie atbilstošie dati būtu pieejami sociālajiem darbiniekiem.
- Digitālo risinājumu izvēle, balstoties uz jauniem instrumentiem, kādas no esošajām sistēmām izmantošana par bāzes platformu, integrējot datus no citām sistēmām, vai specifiska datu ekstrakcijas rīka izveide, kas nepieciešamo informāciju par personu apkopotu no dažādajām esošajām digitālajām datu sistēmām.
- Klienta centrēta algoritma izstrāde, kas ļautu piemeklēt (paketēt) piemērotākos un efektīvākos pakalpojumus un attiecīgi nodrošinātu informācijas apmaiņu par to kam? kad? kur? Kāds pakalpojums un cik lielā apjomā ir nepieciešams.

Attiecībā uz datu aizsardzību šobrīd **personas datu aizsardzības regula** ierobežo informācijas apmaiņas iespējas starp veselības un sociālās aprūpes speciālistiem. Taču LM jau sagatavojusi grozījumus sociālo pakalpojumu likumā, kad iestāde drīkst prasīt informāciju. Pacientu tiesību likuma 18.pantā paredzētas šādas situācijas: “18) pašvaldības sociālajam dienestam — normatīvajos aktos noteikto sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai klientam”; “19) sociālo pakalpojumu sniedzējiem, kas sniedz šos pakalpojumus ar izmitināšanu, — lai sniegtu ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus, kā arī grupu dzīvokļa, pansionāta un citus sociālos pakalpojumus ar izmitināšanu”. Līdz ar to vērtējams, ka sistēmiski problēma ir atrisināta. To, vai joprojām pastāvēs praktiskas problēmas informācijas pieejamībā, varēs vērtēt pēc likuma pantu īstenošanas praksē.

Attiecībā uz integrētās aprūpes **informācijas satura izvēli** jāņem vērā, ka patreiz veselības un sociālās aprūpes informācijas sistēmām ir dažāda parametru arhitektūra. D. Behmane norāda, ka Veselības ministrijas kompetence ir veselības saglabāšana, slimību profilakse un ārstēšana, un pamatkritērijs veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai ir konkrēta slimība vai simptomi. Veselības aprūpes sistēmas dokumentos parasti nebūs tādas pazīmes, kā deinstitucionalizācija vai vecums (ja vien tas nav saistīts ar slimības risku). Fokusa grupas diskusijā bija priekšlikums attiecībā uz esošās informācijas bāzes izmantošanu, ka lietderīgi būtu esošo veselības un sociālās aprūpes sistēmu darbību un pieejamību nodrošināt vismaz tādā līmenī, lai sociālais speciālists, atlasot nepieciešamos kritērijus, katrā sistēmā “ar vienu klikšķi” var iegūt nepieciešamo datu kopumu par personu, kurai tiek sniegti pakalpojumi. Otrs informācijas apmaiņas aspekts integrētās aprūpes kontekstā fokusa grupas diskusijā bija saistīts ar operatīvās informācijas apmaiņu starp dažādiem speciālistiem, kas iesaistīti personas aprūpē. Tas vairāk attiecas uz papildinošu informāciju – ikdienas monitoringa datiem. Ja medicīnas speciālists vizītes laikā redz, ka klientam nepieciešama specifiska sociālā palīdzība, piemēram, jāsakrauj malka, tad ir pieejams ērts veids, kā to nodot atbilstošajam speciālistam pašvaldībā. Tas nozīmē, ka starp aprūpē iesaistītajiem

speciālistiem nepieciešama ērta, ātra un vienkārša komunikācijas platforma. Rīgā ir pielietots starptautiski izstrādātais ASAP digitālās saziņas rīks, bet tas vairāk attiecas uz klienta komunikāciju ar iesaistītajiem speciālistiem.

Šī novērtējuma ietvaros nebija pieejama detalizēta informācijas par DI pasākuma ietvaros veiktajām aktivitātēm informācijas apmaiņas uzlabošanā, bet autoru ieskatā integrētās aprūpes informācijas sistēmas struktūras pilnveidošanu lietderīgi balstīt uz lietotāju vajadzībām. Integrētās aprūpes kontekstā šim nolūkam var veikt jaunveidojamo multifunkcionālo speciālistu grupu izpēti, kā rezultātā izveidot informatīvās struktūras būtisko elementu dizainu un aprobēt multifunkcionālās speciālistu grupas aktivitāšu praksē. Balstoties uz iegūtās pieredzes rezultātiem, iespējams, izmēģinot dažādus informācijas apmaiņas modeļus un rīkus, varēs pieņemt lēmumu par sistēmas attīstību nacionālā līmenī un jauniem rīkiem, ko būtu nepieciešams atbalstīt.

Straujā **digitālo iespēju** attīstība paver iespējas uzlabot kvalitāti un efektivitāti arī **mērķa grupu personu saziņai** gan ar veselības, gan sociālās aprūpes speciālistiem. Fokusa grupu diskusijā tika pausts viedoklis, ka ātrāka un efektīvāka digitālo saziņas rīku ieviešana praksē būtu panākama aktīvāk iesaistot plānošanas procesā sevi pierādījušus digitālo risinājumu pakalpojumu sniedzējus. Tā vietā, lai būvētu vajadzību un iespējam risinājumu alternatīvas SBSP sniedzēju, pašvaldību, reģionu vai valsts līmenī, uz sākotnējo iniciatīvu risinājumu piedāvāšanā aicināt pašus digitālo pakalpojumu sniedzējus. Un tad konceptuālos piedāvājumus rūpīgi izvērtēt kopā ar iesaistītajām pusēm. Ņemot vērā digitālā sektora straujo attīstību, kā arī COVID-19 radītās pārmaiņas sabiedrībā, kuru rezultātā digitālā komunikācija pēdējā gada laikā kļuvusi būtiski izplatītāka, šādi plānošanas pieejai paredzamas priekšrocības objektīvākā situācijas izvērtēšanā un labāko risinājumu izvēlē. Kā praktisks piemērs minams fokusa grupu diskusijā izvirzītais priekšlikums attīstīt speciālistu **videovizītes**. Iespējams, ka lietderīgākais risinājums tam ir izmantot sabiedrībā populārākās pastāvošās tiešsaistes komunikācijas platformas. Taču paredzams, ka būs nepieciešamība gan pēc lietotāju izglītošanas, gan atbilstošu iekārtu nodrošināšanas atsevišķos gadījumos, jo gan personu ar GRT, gan vecumā virs 55 gadiem mērķa grupās šādu rīku pielietošanai var būt nepieciešama atbilstoša apmācība.

Veselības aprūpes slogs sociālajai jomai

Integrētās aprūpes risinājumi saistīti ar izaicinājumu atbilstoši sadalīt atbildību un finansējumu starp iesaistīto jomu administratīvajām struktūrām. Ilze Rudzīte norāda uz piemēru Rīgas SAC, kur aptuveni 50% viņu budžeta tiek ieguldīti ar medicīnas pakalpojumiem saistītās darbībās, bet tas nav SAC pienākums nodrošināt šos medicīniskos pakalpojumus. SAC vienkārši reaģē un savu klientu vajadzībām un cenšas palielināt viņu funkcionēšanas spējas. Tādēļ SAC ir nepieciešams arī VM finansējums, jo tas atalgojums, ko SAC var atļauties piedāvāt veselības aprūpes un rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējiem

nav konkurētspējīgs. Uz šādu vajadzību norādīja arī citi speciālisti fokusa grupas diskusiju ietvaros. Kā viens no sistemātiskiem risinājumiem perspektīvā vērtējama prakse Rīgā. Ruta Klimkāne raksturo, ka Rīgā pašvaldība nodrošina noteiktu finansējuma apjomu par mērķa grupas personu dienā un faktiskais izlietojums atkarīgs no iesaistīto atbalsta organizāciju identificētajām klientu individuālajām vajadzībām. Finansējums tiek izlietots tādiem veselības vai sociālajiem pakalpojumiem, kas katrai personai ir prioritāri. Tiesa, pārējās Latvijas pašvaldībās iespējas īstenot šādu mehānismu ir krietni mazākas pašvaldības budžeta ierobežoto iespēju dēļ. Tādēļ ieteicams veikt izvērtējumu par tām veselības aprūpes vajadzībām, kurām pašvaldībās pietrūkst līdzekļu atbilstoša medicīniskā personāla nodrošināšanai un izvērtēt iespējas līdzekļu piesaistei no valsts veselības sistēmas budžeta. Kombinācijā ar individuālajās vajadzībās balstītu veselības un sociālās aprūpes plānošanu būtu iespējams uzlabot finansēšanas sistēmu īstermiņā un ilgtermiņā. Primāri tas attiecināms uz personām ar psihiskām saslimšanām, personām vecumā virs 55 gadiem, kuriem ir ar vecumu saistītas saslimšanas un personām ar multipliemiem traucējumiem.

Citi specifiski aspekti un pakalpojumi

Attiecībā uz deinstitucionalizācijas turpināšanu personām ar GRT fokusa grupu diskusijā tika izcelta **sociālo mentoru** loma. Līdzšinējās prakses piemērs Saldus pašvaldībā liecina, ka mēdz būt problēmas ar atbilstošu informatīvo bāzi personai ar GRT pārceļoties uz dzīvi sabiedrībā – no VSAC var tikt līdzīgs iesniegts tikai 5 teikumu raksturojums. Tikai uz vietas tiek izziņāts, kādas spējas un situācija šiem cilvēkiem ir. Otrs aspekts ir divu veidu cilvēki – kas grib tik āri no VSAC un tādi, kas baidās no šāda scenārija. Šajā gadījumā sociālais mentors ir tas, kas atbalsta un motivē patstāvīgas dzīves uzsākšanu. Fokusa grupas dalībnieku vērtējumā mentora pakalpojumiem ir jābūt valsts nodrošinātiem un pastāvīgiem, lai cilvēki varētu pielāgoties no dzīves VSAC dzīvei sabiedrībā. No tā var secināt, ka integrēto sociālo, veselības, izglītības u.c. pakalpojumu saņemšanā liela loma ir sociālajam mentoram informācijas apzināšanā un procesa koordinēšanā. Tādēļ LM ieteicams turpināt veicināt sociālo mentoru kapacitātes un kompetences celšanu arī pēc DI pasākuma gan nodrošinot pietiekošu skaitu speciālistu, gan dodot iespēju iegūt atbilstošu kompetenci. Iespējams, ka lietderīgi organizēt profesionālās apmācības kursus sociālajiem mentoriem par integrēto pakalpojumu praktiskajām iespējām un labo praksi dažādu situāciju risināšanā.

Lai veiksmīgāk nodrošinātu pilnvērtīgu integrēto aprūpi personām ar GRT, īpaši ar psihiskām saslimšanām smagā formā, fokusa grupas diskusijā izskanēja redzējums par modificētu skatu uz esošajiem pakalpojumiem – dienas aprūpes centru, specializēto darbnīcu un atbalsta personu. Redzējums balstās uz divām problēmu risināšanas iespējām – iespēja atslogot ģimenes locekli kā aprūpētāju un nodrošināt ārpus ģimenes atbalsta personu, ar kuru veidojas emocionālās saites, kas ļauj personai uzticēties. Kritiska šī problēma ir gadījumos, kad aprūpējamā persona zaudē ģimenes locekli, kas intensīvi piedalījies aprūpē. Priekšlikums ir **aplūkot pakalpojumu kopumu kā analogiju bērnu dārzam**, uz kuru persona tiek aizvesta un vēlāk atgriežas mājās pie ģimenes. Ja tas ir dienas aprūpes centrs, tad tā uzdevums būtu rūpēties par

atbilstošu aktivitāšu klāstu, t.sk. specializētajās darbnīcās un, iespējams arī veselības rehabilitācijas pasākumos. Tajā būtu kontaktpersona, kam klients var uzticēties un kas pārzina tā individuālos sociālo un veselības aprūpes un rehabilitācijas plānus. Pēc analogijas ar bērndārzu – viena persona ir “galvenā audzinātāja”. Attiecībā uz veselības aprūpi šī persona arī sekotu, vai cilvēks neaizmirst lietot paredzētās zāles, taču šajā sakarā iespējams, ka nepieciešams precizēt tiesisko regulējumu par pilnvarām zāļu glabāšanā un izsniegšanā personām, kas nav medicīnas personāls. Attiecībā uz emocionālajām saitēm Saldus gadījumā minēts piemērs, kad dienas aprūpes centra darbinieki tika sadalīti starp dienas aprūpes centru un specializētajām darbnīcām, lai nodrošinātu emocionālās saites nepārtrauktību.

Informācija arī no citām šī novērtējuma ietvaros veiktajām intervijām liecina, ka daudzos gadījumos šāda pieeja dienas aprūpes centros lielākā vai mazākā mērā jau tiek īstenota. Taču teorētiski pastāv arī tāda iespēja, kad persona ar GRT uz dienas aprūpes centru vai specializēto darbnīcu tiek atvesta tikai uz dažām stundām. Ja tas notiek reģionos, un ģimenes loceklis ir tas, kas atved, tad attāluma dēļ var nākties gaidīt uz vietas, kamēr nodarbības beidzas, un rezultātā ģimenes loceklis netiek pienācīgi atvieglots no aprūpes, lai varētu pievērsties savam darbam, vai citām aktivitātēm.

Tādēļ LM ieteicams veikt izpēti par esošo pakalpojumu sniegšanas modeli pastāvošajos un jaunveidojamos dienas aprūpes centros un grupu darbnīcās, lai noskaidrotu vienas personas vidēji apmeklējumā pavadīto laiku, saņemto pakalpojumu apjomu un saturu, kā arī pašu pakalpojumu sniedzēju un klientu ģimenes locekļu viedokli par esošo modeli un vēlamajiem uzlabojumiem. Vērtējuma uzdevums būtu noskaidrot, vai ir iespējams optimizēt integrētu dažādu pakalpojumu sniegšanu, pirmkārt, sociālās jomas ietvaros un, otrkārt, uzticot noteiktu veselības pakalpojumu apmeklējuma organizēšanu dienas aprūpes centriem.

Attiecībā uz **grupu dzīvokļiem (mājām) personām ar GRT** fokusa grupu diskusijā tika minēta problēma, kad daudzos gadījumos ģimenes locekļi (mammās) nevēlas, lai persona ar GRT pārceltos uz pastāvīgu dzīvi grupu dzīvoklī, tā vietā dodot priekšroku dienas aprūpes centriem. Otrs problēmu loks saistīts ar aprūpi – personas, kas iznākušas no VSAC, ir pieradušas pie pilna laika aprūpes un tādu vēlētos arī grupu dzīvoklī. Praksē risinājumi ir dažādi – piemēram, Saldū grupu dzīvoklī atbalsts ir pieejams pusī dienas.

Minētie piemēri norāda, ka, lai neizveidotu klientu vajadzībām neatbilstošus SBSP, pēc kuriem beigās nav pieprasījuma, nepieciešams uzturēt elastīgu pieeju pakalpojumu komplektēšanā un organizēšanā. LM būtu ieteicams veikt labās prakses vākšanu un apkopošanu pašvaldībās par veiksmīgiem alternatīviem SBSP pasniegšanas risinājumiem un kombinācijām, kas ietver papildus nosacījumus vai komponentes, lai labāk atbilstu klientu vajadzībām. Šī pieredze būtu izmantojama gan citās pašvaldībās ar līdzīgām problēmsituācijām, gan politikas plānošanā ilgtermiņā.

Kā viens no būtiskiem izmaksu efektivitātes aspektiem integrētās aprūpes sniegšanā teorētiski ir loģistikas optimizācija, it īpaši reģionos un lauku teritorijās. Tas attiecināms gan uz kopīgu veselības un sociālās aprūpes personāla apmeklējumu pie klienta, gan vizīšu saskaņošanu, kad klients dodas uz reģionālo centru, lai vienā braucienā varētu apmeklēt vairākus speciālistus vai nodarbības. Kaut gan idejiski šādai pieejai tika gūts apstiprinājums vairākās ekspertu intervijās, Ilze Rudzīte norādīja, ka piedalījusies izpētē par to, cik lielā mērā pārklājas aprūpes mājās un veselības aprūpes personāla vizītes un secinājums ir, ka kopumā tās nav domātas vieniem un tiem pašiem klientiem. Tas liek secināt, ka attīstīt sistemātisku vizīšu loģistikas tīklu var nebūt lietderīgi, vismaz nacionālā mērogā. Balstoties uz interviju un fokusa grupas diskusiju rezultātiem, kā pamatotākais loģistikas optimizācijas risinājums būtu uzlūkot dienas aprūpes centrus vai specializētās darbnīcas kā “loģistikas centrus”, kur speciālisti satiekas ar klientiem. Tas būtu aktuāli tādās situācijās, kad pakalpojumus var sniegt grupā, vai speciālistu kapacitātes trūkuma dēļ šāds risinājums uzlabotu pieejamību gan attiecībā uz attālumu, transportēšanu un gaidīšanu rindā. Primāri pieeja attiecināma uz personām ar GRT un multipliem traucējumiem.

Vērtējot **loģistikas efektivitātes** uzlabojumu perspektīvas klientiem dodoties vizītēs pie speciālistiem, būtisks ir jautājums par pašvaldības kapacitāti transporta nodrošināšanā visām novērtējumā iekļautajām mērķa grupām. Deinstitutionalizācijas plānos atsevišķi reģioni bija ieplānojuši arī transporta infrastruktūras un pieejamības uzlabošanu, taču šādas aktivitātes DI pasākuma ietvaros nebija paredzēts ietvert attiecināmajās izmaksās. Šī novērtējuma ietvaros netika veikta padziļināta izpēte par transportēšanas kapacitāti reģionos, taču pastāv risks noteiktām problēmsituācijām, jo būtiski palielinot pieejamo SBSP skaitu un apjomu DI pasākuma ietvaros, atbilstoši vajadzētu pieaugt arī pieprasījumam pēc transportēšanas pakalpojumiem. Praksē šos pakalpojumus nodrošina gan pašvaldība, gan pakalpojumu sniedzēji no NVO un privātā sektora. LM būtu ieteicams veikt pašvaldību un pakalpojumu sniedzēju aptauju par transporta pakalpojumu kapacitāti un izmantotajiem risinājumiem, lai izvērtētu vai transporta nodrošināšanai esošajiem un plānotajiem SBSP nav nepieciešams valsts līmeņa atbalsts, it īpaši, nodrošinot integrēto pieeju dažādu sociālo, veselības, izglītības un citu jomu pakalpojumu sniegšanā visām novērtējumā ietvertajām mērķa grupām.

Vērtējot citus efektivitātes aspektus primārās izpētes ietvaros divi tika identificēti kā būtiski. Pirmais attiecas uz izmaksu efektivitāti informācijas uzkrāšanā un apmaiņā. Balstoties uz Andra Bērziņa sniegto raksturojumu liela daļa atskaišu informācijas, ko gatavo sociālie speciālisti, joprojām tiek veikti rokrakstā. Sistemātiski **digitalizējot un automatizējot uzskates un atskaišu sistēmu** vērojams potenciāls gan darba laika ietaupījumā, gan datu apstrādē un lietderīgā turpmākajā pielietojumā.

Otrs aspekts attiecas uz efektivitātes konceptu. Intervijās un fokusa grupu diskusijās izvērtētās situācijas norāda, ka, uzlabojot sociālās, veselības un citu jomu pakalpojumu integrētu sniegšanu, netika novērotas pazīmes, kas liecinātu par potenciālu izmaksu ietaupījumu. Taču virkne pazīmju liecina, ka ar

tiem pašiem līdzekļiem ātrāk tiktu nodrošināts labāks rezultāts, kas tuvina mērķa grupu personas patstāvīgai un cienīgai dzīvei sabiedrībā atbilstoši deinstitucionalizācijas politikas mērķim.

Attiecībā uz personām ar **multipliem traucējumiem** fokusa grupas diskusijā tika izcelta **surdotulku** pakalpojumu apjoma pieejamība personām ar GRT un dzirdes traucējumiem. Surdotulka pakalpojumi ir ļoti ierobežoti, un sociālais dienests bez to palīdzības nevar komunicēt ar nedzirdīgo personu. Ļoti ierobežots valsts noteiktais stundu skaits. Īpaši izteikta šī problēma ir integrētās aprūpes kontekstā, kad personai jāsaazinās ar speciālistiem, ar ko nenotiek saskare ikdienā. Tādēļ attīstot SBSP pieejamību LM ieteicams modificēt pieejamo valsts apmaksāto surdotulku pakalpojumu apjomu, padarot to elastīgāku un atbilstošāku personu ar multipliem traucējumiem, t.sk. GRT vajadzībām.

Plašākā integrēto pakalpojumu kontekstā fokusa grupas diskusijā tika rezumēts, ka integrēti pakalpojumi neaprobežojas ar veselības pakalpojumu integrēšanu ar sociālajiem pakalpojumiem. Problēmas ar komunikāciju un pieejamību ir arī citās jomās, piemēram, bankās, VID, utt. Īpaši COVID-19 posmā, kad klātienē pakalpojumi netiek sniegti, sociālajam dienestam ir papildu slogs veikt personu ar GRT un personu vecumā virs 55 gadiem elektronisko komunikāciju un dokumentu kārtošanu pašu personu, kā arī paša pakalpojuma sniedzēja vietā. Tādēļ LM ieteicams ilgtermiņā turpināt sabiedrības un raksturīgāko pakalpojumu sniedzēju izglītošanu par komunikāciju ar specifiskām mērķa grupām no personām ar GRT un vecumā virs 55 gadiem. Otrs virziens ir sociālo speciālistu kapacitātes un kompetences palielināšana, lai atslogotu sociālo dienestu darbu. Kā jauns pakalpojums apsverams digitālo dokumentu un digitālās komunikācijas speciālists ar atbilstošu izglītību un pieredzi, kas šāda veida ikdienas darbībās var operatīvi palīdzēt mērķa grupām atrisināt ikdienas problēmas.

Specializētajām darbnīcām ir potenciāls uzlabot atalgotu nodarbinātību mērķa grupu vidū. Fokusa grupu diskusijā ar personām ar GRT Rīgā, “Fonds kopā” tika identificēts, ka specializētajās darbnīcās gatavotajiem produktiem ir tirgus noieta potenciāls. Taču vairumam specializēto darbnīcu var būt problēmas ar mārketingu un citām tīri ar uzņēmējdarbību saistītām funkcijām. Fons viegli gadījumā ir veiksmīgs piemērs kvalitatīva zīmola DOTTS.LV izstrādē un virzīšanā tirgū kopā ar partneriem. LM ieteicams stimulēt specializēto darbnīcu sadarbību ar sociālajiem uzņēmumiem un citām iesaistītajām pusēm, lai efektīvāk izmantotu darbnīcu pakalpojumus integrējot tos ar personu ar GRT atalgotu darba dzīvi.

Labā prakse integrētajā aprūpē Eiropas valstīs

Eiropas Komisijas pētījumā ir iekļauts labās prakses piemēru apskats par integrētās aprūpes ieviešanu. Pētījuma mērķis bija noteikt labās prakses elementus, kurus šīs prakses īstenotāji atzinuši par veiksmīgiem un potenciāli nododamiem citām Eiropas valstīm.³⁶

Pētījumā secināts, ka integrētās aprūpes rezultātus izmaksu efektivitātes ziņā nav viegli identificēt, pamatā pierādījumu trūkuma dēļ. Tāds pierādījumu trūkums daļēji ir saistīts ar to, ka nav pieejami ilgākā laika posmā ievākti dati. Eksperti apgalvo, ka var paiet desmit vai vairāk gadu, līdz būs skaidri saskatāma ietekme izmaksu efektivitātes ziņā, sistēmas līmenī. Daļēji tas ir skaidrojams arī mērījumu atšķirību un nekonsekvenču dēļ, jo tiek iegūti dati, kas grūti salīdzināmi un apkopojami. Tomēr ir gadījumi pierādījumiem, kad integrētas aprūpes īstenošana ir devusi labumu gan veselības stāvokļa, gan izmaksu efektivitātes ziņā. No šiem gadījumiem ir gūta viena mācība: ir ļoti svarīgi, kā tiek veidota un īstenota integrēta aprūpe, lai tā atbilstu vietējam kontekstam un vajadzībām. Ja tas netiek veikts efektīvi, tas var nedot labumu, un galu galā uzrādīs sliktus rezultātus.³⁷

No labi funkcionējošām integrētajām aprūpes sistēmām minētajā pētījumā tika gūtas atziņas par elementiem, kas ļauj šīm sistēmām labi darboties:

1. Politiskais atbalsts un apņemšanās – esošās aprūpes sistēmas pārveidošana, lai nodrošinātu integrētāku pakalpojumu kopumu, prasīs izmaiņas dažādos līmeņos, tostarp jaunu lomu, procesu un darba procedūru radīšanu. Politiskās apņemšanās rezultātā bieži tiek pieņemti inovatīvi tiesību akti un tiesiskais regulējums, lai atbalstītu integrētās aprūpes pakalpojumu īstenošanu un veicinātu starpnozaru stratēģisko plānošanu.
2. Pārvaldība – viens no pirmajiem soļiem integrētās aprūpes ieviešanā ir spēcīgu pārvaldības mehānismu izveide gan valsts, gan vietējā līmenī, kā arī starp privātajiem pakalpojumu sniedzējiem un iesaistītajām aprūpes iestādēm/dalībniekiem.
3. Ieinteresēto pušu iesaistīšana – integrētā aprūpe ietver daudzus integrācijas līmeņus (starp primāro un sekundāro aprūpi, starp dažādām organizācijām utt.). Jo lielākus mērķus vēlas sasniegt ar integrēto aprūpi, jo lielāks ieinteresēto pušu skaits būs iekļauts procesā. Integrētās aprūpes risinājumu ieviešanā ir būtiska visu ieinteresēto pušu regulāra un līdzvērtīga iesaiste – gan politikas veidošanā, gan budžeta izstrādē.
4. Organizatoriskās izmaiņas – integrētas aprūpes un pakalpojumu pārveides nodrošināšana nozīmē arī izmaiņas veselības aprūpes struktūrās, darbplūsmu organizēšanā, darbinieku attīstībā, resursu

³⁶ Blocks. Tools and Methodologies to Assess Integrated Care in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2017. P.15.

³⁷ Blocks. Tools and Methodologies to Assess Integrated Care in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2017. P.15.

sadalē un starpnozaru sadarbībā. Tas parasti paredz dažādu speciālistu horizontālo integrāciju un sadarbību.

5. Vadība – efektīva valsts vadītāju un vietējo līderu iesaistīšanās ir svarīgi faktori, lai pārvaldītu integrētās aprūpes risinājumu kompleksu pārveidi un īstenošanu.
6. Sadarbība un uzticēšanās – plašais izmaiņu kopums, kas nepieciešams, lai nodrošinātu integrēto aprūpi reģionālā vai valsts līmenī, ir nozīmīgs izaicinājums. Tam nepieciešama pakalpojumu un aprūpes procesu reorganizācija, mērķu saskaņošana dažādās organizācijās un profesijās, kā arī vēlme sadarboties un noteikt vispārējās aprūpes sistēmas intereses augstāk par individuāliem stimuliem. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un citu aģentūru un iestāžu tīklu izveide nodrošina aktīvu sadarbību, tīklu veidošanu un ieinteresēto personu savstarpēju uzticēšanos.
7. Darbinieku izglītība un mācības – pārveidojoties aprūpes sistēmām, ir jārada daudzas jaunas lomas un jāattīsta jaunas prasmes. Tā kā prasības turpina mainīties, ir jā saglabā prasmes, talanti un pieredze, un aprūpes sistēmām ir jāķļūst par “mācīšanās sistēmām”, kas pastāvīgi cenšas uzlabot produktivitāti un palielināt panākumus.
8. Pacienta fokuss/pilnvaras – pacients ir “aprūpes komandas” loceklis, viņš/viņa ir iesaistīts lēmumu pieņemšanas procesos, un aprūpes plāni ir pielāgoti pacientu individuālajām vajadzībām.
9. Finansējums un stimuli – pārejai uz integrēto aprūpi ir vajadzīgi sākotnējie ieguldījumi un darbības finansējums pārejas laikam, kā arī pastāvīgais finansiālais atbalsts un stimuli, līdz jaunie pakalpojumi ir pilnībā darbspējīgi.
10. IKT infrastruktūra un risinājumi – integrētai aprūpei kā pamatfunkcijai ir vajadzīga veselības informācijas un aprūpes plānu apmaiņa dažādās aprūpes grupās un nozarēs, lai nodrošinātu nepārtrauktu sadarbību, rezultātu novērtēšanu un pārvaldību un ļautu iedzīvotājiem aktīvāk iesaistīties viņu aprūpē. Tas nozīmē izmantot esošos e-veselības pakalpojumus, savienot tos ar jauniem integrācijas atbalsta veidiem un papildināt tos ar jaunām iespējām, piemēram, uzlabotu drošību un mobilitāti.
11. Uzraudzības/novērtēšanas sistēma – nepārtraukts integrētās aprūpes stratēģiju progresa novērtējums ir ļoti svarīgs, lai paātrinātu sistēmas attīstības procesu, jo tas sniedz rezultātus un pieredzi, kas gūta īstenošanas procesā.³⁸

Salīdzinot integrētās aprūpes labās prakses principus Eiropas valstīs ar Latvijā veikto padziļināto izpēti secināms, ka esošās sociālās un veselības aprūpes sistēmu faktiskā stāvokļa un politiskās virzības dēļ drīzāk orientēta uz konkrētu pakalpojumu sasaisti, papildināšanu un apvienošanu, nevis uz integrēto aprūpi kā politisko paradigmu visas aprūpes sistēmas modifikācijai. Kā būtiskākie no labās prakses principiem,

³⁸ Blocks. Tools and Methodologies to Assess Integrated Care In Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2017. P.17-26.

jeb priekšnoteikumiem veiksmīgai integrētās aprūpes attīstībai šādā situācijā attiecināmi: efektīva, digitalizēta informācijas apmaiņas sistēma un būtiska iesaistīto pušu iekļaušana integrētās aprūpes attīstības un īstenošanas procesā.

Pielikumā Nr.11. detalizētāk raksturoti atsevišķu Eiropas valstu integrētās aprūpes sistēmu piemēri. Balstoties uz Latvijas specifiskās situācijas izvērtējumu autoru ieskatā nākotnē padziļinātā izpētē var ietvert šādus specifiskos pieredzes risinājumus:

Spānijā, Madrides piepilsētā Hetafē

- Datorizācija – veselības informācijas sistēmu izmantošana ikdienas praksē ir atvieglojusi to ārstu darbu, kuri pacientus apmeklē to dzīvesvietās vai aprūpes iestādēs.
- Galvenais finansējuma avots ir valsts līdzekļi.

Čehijā, Pardubices apgabalā

- Cieša starpdisciplināra sadarbība starp visām iesaistītajām aģentūrām un iesaistītajiem darbiniekiem, nevis mazām pašvaldībām, kurām nav pietiekamu zināšanu un finanšu;
- Pakalpojumu stratēģijas un vīzijas pieejamība reģionā;
- Vietējo/reģionālo pašvaldību apvienība izveide (AZASS), kas ietver pašvaldību vadītājus, ekonomistus, veselības aprūpes speciālistus un aptver visus veselības un sociālās aprūpes pakalpojumus 27 pašvaldībās, lai izvairītos no politiskā cikla nestabilitātes; juridiski nostiprināta pašvaldību sadarbība.
- Individualizēta pieeja dažādām darbinieku vajadzībām pēc jaunu aprūpes modeļu ieviešanas (pārkvalifikācija un jaunu štata vietu radīšana).

Čehijā, Olomokā

- Automatizēta mājas aprūpes apmeklējumu un darbību augšupielāde/integrācija slimnīcas informācijas sistēmā, kas uzlabo informācijas precizitāti/datu integritāti.
- Viedtālrunu vai planšetdatoru ar identifikatoru (viedkarti) pieejamība, kas samazināja nepieciešamību māsām manuāli ievadīt datus un veicināja efektivitāti un pacientu drošību.

Spānijā, Barselona, Katalonija (MECASS – Veselības un sociālās aprūpes sadarbības modelis)

- Kopīga platforma, kuru sadarbībā izveidoja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji un IT pakalpojumu sniedzējs, kas nodrošina holistisku skatījumu uz pacientiem. Tehniskais risinājums ļauj padziļināt integrētās aprūpes pārvaldību dažādās veselības aprūpes programmās un dažādos reģionos.
- Klīnisko un tehnisko standartu definēšana, lai dalītos būtiskā informācijā ar visiem dalībniekiem.
- Kopīgs intervences plāns visiem veselības un sociālās aprūpes speciālistiem.

Itālijā, Lombardija, Brešā (Aprūpes mājās pakalpojuma pārvaldība, veselības un sociālo dienestu integrācija, kas galvenokārt paredzēti demences/Alcheimera slimniekiem)

- Regulāras mācības, kas vērstas uz ģimenes ārstiem, pakalpojumu sniedzēju tīklu, neprofesionālajiem aprūpētājiem un pacientu ģimenēm;
- Viena pastāvīgi atjaunināta IT sistēma, kas satur gan pacientu, gan pakalpojumu sniedzēju datus.

Kaut gan uzskaitītie risinājumi veidoti lokāli specifiskos apstākļos un tiešā veidā visticamāk nav apsverami pārņemšanai, minētā pieredze var būt noderīga Latvijas situācijai specifisko integrētās aprūpes risinājumu turpmākajā izstrādē un attīstībā.

Rezumējums

Latvijā izstrādātie sadarbības algoritmi starp veselības un sociālo jomu vērtējami kā nepietiekoši iedzīvināti praktiskos risinājumos. Pirms integrētu pakalpojumu izveides un turpmākas attīstīšanas ir nepieciešami sistēmiski uzlabojumi efektīvai integrēto pakalpojumu funkcionēšanai. Lai integrētā aprūpe efektīvi varētu attīstīties būtisks priekšnoteikums ir pilnveidot informācijas apmaiņas sistēmu starp aprūpē iesaistītajiem speciālistiem, kas ietver gan uzkrātās informācijas atbilstošu pieejamību, gan sistemātisku un operatīvu saziņu starp personas aprūpē iesaistītajiem speciālistiem.

Kā viens no centrālajiem organizatoriskajiem integrētās aprūpes stūrakmeņiem uzskatāms Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plānā 2019.–2020. gadam paredzētā multiprofesionālas komandas izveide darbam ar personām psihiskās veselības aprūpē. Informācijas uzkrāšanas un apmaiņas specifiskie aspekti izpētāmi un aprobējami šo komandu praktiskajā darbībā. Veiksmīgas ieviešanas gadījumā pieeja nākotnē izvērtējama arī attiecībā uz citu mērķa grupu pārstāvjiem – personām ar multipliem traucējumiem un personām vecumā virs 55 gadiem.

Individuālā līmenī integrētās aprūpes plānošanai un īstenošanai par pamatu ieteicams izmantot individuālos aprūpes un rehabilitācijas plānus. Šie plāni veidojami sasaistē ar nepieciešamās personas informācijas apkopošanu no esošajām veselības un sociālās jomas informācijas sistēmām. Individuālo plānu loma būtu arī pamatojums piesaistāmo speciālistu komandas izveidei, pasākumu un finansējuma avotu plānošanai. Šāda pieeja pielietojama visām mērķa grupām, kam identificēta nepieciešamība pēc būtiska sociālo un veselības pakalpojumu atbalsta.

Atsevišķi plānojama integrētā aprūpe personām ar attīstības traucējumiem un personām ar psihiskām saslimšanām. Ja integrētā aprūpe netiek attīstīta kā darbības joma pati par sevi, personām ar attīstības traucējumiem sociālie pakalpojumi papildināmi ar nepieciešamajiem veselības pakalpojumiem, bet personām ar psihiskām saslimšanām veselības pakalpojumi papildināmi ar nepieciešamajiem sociālajiem pakalpojumiem. Tas nozīmē, ka integrēto pakalpojumu plānošanas un īstenošanas sākotnējo iniciatīvu lietderīgi nodalīt: personām ar attīstības traucējumiem – sociālās jomas institūcijām, bet

personām ar psihiskām saslimšanām – veselības jomas institūcijām, jo abām mērķa grupām raksturīgāko pakalpojumu saturs ir atšķirīgs.

Pašvaldību redzējumu par jaunu pakalpojumu izveidi kopumā raksturo bažas, ka to ieviešana tiks deleģēta pašvaldībām neparedzot līdzekļus, kā to īstenot. Kopumā kā augstāka prioritāte patreizējā attīstības stadijā vērtējama spēja nodrošināt pietiekošu speciālistu kapacitāti un kompetenci esošo pakalpojumu ietvaros, kā arī finansiālo atbalstu esošo pakalpojumu pilnvērtīgā nodrošināšanā vēl neapvertajām mērķa grupu daļām.

Aktuālākie pakalpojumi, kur nepieciešama attīstība un kapacitātes celšana ir sekojošie:

- Aprūpē mājās potenciāls sociālo un veselības pakalpojumu integrēšanā vērtējams kā visaugstākais. Jāpārskata regulējums pilnvarām sociālajiem darbiniekiem attiecībā uz veselības pakalpojumu sniegšanu – vai kādas no vienkāršām veselības procedūrām sociālie speciālisti nevar veikt papildus saviem pienākumiem. Īpaši tas attiecas uz 24/7 aprūpi un zāļu lietošanas regularitātes nodrošināšanu (arī dienas aprūpes centros un specializētajās darbnīcās).
- Sociālajiem pakalpojumiem jāpalielina kapacitāte, lai integrētā veidā ar veselības pakalpojumiem nodrošinātu atbilstošu rehabilitāciju pēc veselības problēmu saasinājumiem, it īpaši personām vecumā virs 55 gadiem - pēc insultiem, smagām operācijām, aprūpe onkoloģijas pacientiem. Jāveic novērtējums par sociālo darbinieku efektivitātes uzlabošanas iespējām veselības aprūpes iestādēs.
- Sociālajiem pakalpojumiem jāpalielina atbalsts nokļūšanai līdz ārstam vai aptiekai. Jāuzlabo sistēma, kā akūtu vajadzību gadījumā, piemēram vizīte pie zobārsta, persona ar GRT vai persona vecumā virs 55 gadiem tiek apzināta, motivēta, asistēta un finansēta, lai operatīvi saņemtu nepieciešamos veselības pakalpojumus. Personām ar psihiskām saslimšanām jāpalielina iespējas saņemt psihiatra pakalpojumus savā dabiskajā vidē – mājās, dienas aprūpes centrā vai grupu darbnīcā. Lai to nodrošinātu, būtiska ir sistemātiska psihiatrijas speciālistu kapacitātes celšana ilgtermiņā un/vai pieejamības nodrošināšana t.sk. izmantojot modernus IT risinājumus.
- Lai uzlabotu veselības pakalpojumu pieejamību akūtos gadījumos LM sociālās uzņēmējdarbības atbalsta programmā ieteicams turpināt atbalstīt veselības pakalpojumu sniedzējus reģionos, kas darbību orientē tieši uz izvērtējamo mērķa grupu problēmsituācijām (līdzīgi, kā labās prakses piemērs – sociālais uzņēmums SIA "Dz.Ozoliņas zobārstniecības kabinets").
- Personām vecumā virs 55 gadiem ieteicams attīstīt mehānismu, kā demence agrīni tiek diagnosticēta un ģimenes ārsti, vai citi atbildīgie speciālisti atbilstoši informē ģimenes locekļus un sociālos darbiniekus, kuri savlaicīgi var plānot un gatavot nepieciešamos SBSP.
- Personām ar GRT ieteicams turpināt veicināt sociālo mentoru kapacitātes un kompetences celšanu arī pēc DI pasākuma gan nodrošinot pietiekošu skaitu speciālistu, gan dodot iespēju iegūt atbilstošu

kompetenci. Iespējams, ka lietderīgi organizēt profesionālās apmācības kursus par integrēto pakalpojumu praktiskajām iespējām un labo praksi dažādu situāciju risināšanā.

- Ieteicams veikt izpēti par esošo pakalpojumu sniegšanas modeli pastāvošajos un jaunveidojamos dienas aprūpes centros un grupu darbnīcās, lai noskaidrotu vienas personas vidēji apmeklējumā pavadīto laiku, saņemto pakalpojumu apjomu un saturu, kā arī pašu pakalpojumu sniedzēju un klientu ģimenes locekļu viedokli par esošo modeli un vēlamajiem uzlabojumiem. Vērtējuma uzdevums būtu noskaidrot, vai ir iespējams optimizēt integrētu dažādu pakalpojumu sniegšanu, pirmkārt, sociālās jomas ietvaros un, otrkārt, uzticot noteiktu veselības pakalpojumu apmeklējuma organizēšanu dienas aprūpes centriem, lai pilnvērtīgāk atslogotu ģimenes locekļus.
- Personām ar multipliem traucējumiem attīstot SBSP pieejamību ieteicams modificēt pieejamo valsts apmaksāto surdotulku pakalpojumu apjomu, padarot to elastīgāku un atbilstošāku personu ar dzirdes traucējumu un GRT vajadzībām.

Aktuālākie pakalpojumi, kuri veidojami no jauna, ir sekojošie:

- Vispārējās veselības uzlabošanas pasākumos, kas nereti tiek organizēti dienas aprūpes centros, ieteicams atsevišķi plānot un organizēt specializētos pakalpojumus ar adaptētu saturu vai papildinātu ar atbilstošiem palīgīdzekļiem/infrastruktūru personām ar ļoti smagiem GRT vai personām ar specifiskiem funkcionāliem traucējumiem mērķa grupās “personas ar multipliem traucējumiem” un “vecumā virs 55 gadiem”. Iespējams, ka šādus pakalpojumus lietderīgi organizēt vairākiem pakalpojumu sniedzējiem/pašvaldībām kopā, lai nodrošinātu pietiekamu dalībnieku skaitu grupu nodarbībās, šajā gadījumā īstenojot arī atbilstošu transportēšanu uz pakalpojumu saņemšanas vietu.
- Personām ar psihiskām saslimšanām būtu lietderīgi veikt padziļinātu izvērtējumu, vai nav specifiskas esošajā regulējumā neietvertās situācijas, kurās veselības pakalpojumi sniedzami paātrinātā kārtībā.
- Personām vecumā virs 55 gadiem jāsniedz atbalsts demenču dienas centru izveidē, kur persona var pavadīt visu dienu, kamēr ģimenes locekļi ir darbā. Taču būtiski ir šos pakalpojumus nodalīt dažādiem demences saslimšanas līmeņiem, jo vieglā un smagā formā saslimušām personām var būt būtiski atšķirīgs pakalpojumu saturs un formāts. Pakalpojumu nodrošināšana plānojama visos plānošanas reģionos, lai pakalpojums būtu pieejams sasniedzamā attālumā visos novados.
- Personām vecumā virs 55 gadiem jāattīsta aprūpētās dzīves vietas pakalpojums, balstoties uz labo praksi Rīgas pilsētā. Pakalpojums ietver personas esošā mājokļa pielāgošanu un aprūpes mājās pakalpojumu apjoma palielināšanu. Reģionos atbalstāma arī alternatīvu risinājumu nodrošināšana, piemēram, sociālā istaba sociālajā dzīvoklī ar atlaidēm maksai.

- Visām mērķa grupām kompleksi jāuzlabo viņu prasmes un pieeja digitālai komunikācijai, lai varētu attīstīt tādas pakalpojumus, kā veselības un sociālo speciālistu videovizītes.
- Kā jauns pakalpojums apsverams digitālo dokumentu un digitālās komunikācijas speciālists ar atbilstošu izglītību un pieredzi, kas šāda veida ikdienas darbības var operatīvi palīdzēt mērķa grupām atrisināt. Šis pakalpojums attiecināms uz visām mērķa grupām, bet primāri uz personām vecumā virs 55 gadiem, kas pašlaik ar sadzīves digitālajām formalitātēm (VID, bankas, u.c.) būtiski noslogo sociālos dienestus.
- Ieteicams stimulēt specializēto darbnīcu sadarbību ar sociālajiem uzņēmumiem un citām iesaistītajām pusēm, lai efektīgāk izmantotu darbnīcu pakalpojumus integrējot tos ar personu ar GRT atalgotu darba dzīvi, izmantojot tādus esošos labās prakses piemērus kā DOTTS.LV.

Nevalstisko organizāciju un komersantu loma sociālās aprūpes pakalpojumu sniegšanā

Lai novērtētu NVO un komersantu lomu SBSP sniegšanā, tika izvērtēti līdz šim sniegto pakalpojumu statistiskie dati par - dienas aprūpes centru, grupu mājas (dzīvokļi), specializētās darbnīcas un aprūpe mājās pakalpojumiem, kas nodrošināti personām ar GRT 2019. gadā; dienas aprūpes centra un aprūpe mājās pakalpojumi, kas nodrošināti pensijas vecuma personām 2019.gadā. Pilnais statistisko un analītisko datu apkopojums pievienots Pielikumā Nr. 21, bet 27. tabulā un zemāk izklāstīti galvenie raksturojošie rādītāji. 63% no personām ar GRT, kuras saņem grupu mājas (dzīvokļu) pakalpojumus lielajās pilsētās saņem no NVO, bet 10% no privātajiem pakalpojumu sniedzējiem. Novados ievērojami mazāk – attiecīgi 10 % un 0 %. Praktiski visi pakalpojumi tiek saņemti savā pašvaldībā.

89 % personu ar GRT specializētās darbnīcas pakalpojumus lielajās pilsētās 89 % personu ar GRT saņem no NVO, bet novados – visi. Novados piektā daļa no NVO pakalpojumus sniedz citā pašvaldībā. Dienas aprūpes centru pakalpojumus lielajās pilsētās puse personu ar GRT saņem no NVO, bet novados – 18 %. Privātie pakalpojumu sniedzēji lielajās pilsētās un novados sniedz pakalpojumus 15 % pakalpojumu saņēmēju. Novados puse NVO pakalpojumu saņēmēju saņem savā pašvaldībā.

Pensijas vecuma personām sniegto dienas aprūpes centru pakalpojumos NVO un privāto sniedzēju loma ir salīdzinoši maza – 13 % no pakalpojumu saņēmējiem pilsētās un 1 % novados. Taču vērtējot pakalpojumu sniedzēju skaitu – NVO un privāto loma ir ievērojama – 45 %. Aprūpes mājās pakalpojumus lielajās pilsētās 33 % personu ar GRT saņem no NVO, bet novados – 17 %. Privāto pakalpojumu sniedzēju loma ir salīdzinoši neliela – kopumā 2%. Lielajās pilsētās ceturtdaļa pakalpojumus saņem no citu pašvaldību NVO un privātajiem pakalpojumu sniedzējiem, bet novados – divas trešdaļas. Aprūpes mājās pakalpojumus pensijas vecuma personas 44 % gadījumu saņem no NVO (līdzīgi lielajās pilsētās un novados), un 7 % no privātajiem pakalpojumu sniedzējiem. Lielajās pilsētās gandrīz visi pakalpojumi tiek saņemti savā pašvaldībā, bet novados puse pakalpojumu sniedzēju ir no citām pašvaldībām.

27. tabula. NVO un komersantu raksturojums SBSP sniegšanā lielajās pilsētās un novados, 2019.g.

		NVO	Privātie	NVO un privātie savā pašvaldībā	Kopā NVO un privātie
Grupu mājas (dzīvokļi) personām ar GRT					
Īpatsvars no kopējā pakalpojumu sniedzēju skaita	Pilsētas	50%	10%	50%	60%
	Novadi	36%	0%	7%	36%
	Kopā	42%	4%	25%	46%
Īpatsvars no kopējā pakalpojumu saņēmēju skaita	Pilsētas	63%	10%	73%	74%
	Novadi	10%	0%	3%	10%
	Kopā	49%	7%	54%	57%
Specializētās darbnīcas personām ar GRT (kopā ar redzes uz dzirdes invalīdiem)					
Īpatsvars no kopējā pakalpojumu sniedzēju skaita	Pilsētas	75%	0%	75%	75%
	Novadi	100%	0%	100%	100%
	Kopā	83%	0%	83%	83%
Īpatsvars no kopējā pakalpojumu saņēmēju skaita	Pilsētas	89%	0%	89%	89%
	Novadi	100%	0%	81%	100%
	Kopā	93%	0%	87%	93%
Dienas aprūpes centri personām ar GRT					
Īpatsvars no kopējā pakalpojumu sniedzēju skaita	Pilsētas	44%	6%	50%	50%
	Novadi	30%	15%	12%	45%
	Kopā	35%	12%	24%	47%
Īpatsvars no kopējā pakalpojumu saņēmēju skaita	Pilsētas	50%	15%	65%	65%
	Novadi	18%	15%	18%	33%
	Kopā	37%	15%	45%	52%
Aprūpe mājās personām ar GRT					
Īpatsvars no kopējā pakalpojumu sniedzēju skaita	Pilsētas	48%	29%	62%	76%
	Novadi	33%	45%	55%	77%
	Kopā	35%	43%	56%	77%
Īpatsvars no kopējā pakalpojumu saņēmēju skaita	Pilsētas	33%	3%	24%	35%
	Novadi	17%	1%	6%	19%
	Kopā	26%	2%	16%	28%
Dienas aprūpes centri pensijas vecuma personām					
Īpatsvars no kopējā pakalpojumu sniedzēju skaita	Pilsētas	33%	33%	67%	67%
	Novadi	20%	0%	20%	20%
	Kopā	27%	18%	45%	45%
Īpatsvars no kopējā pakalpojumu saņēmēju skaita	Pilsētas	8%	5%	13%	13%
	Novadi	1%	0%	1%	1%
	Kopā	4%	2%	5%	5%
Aprūpe mājās pensijas vecuma personām					
Īpatsvars no kopējā pakalpojumu saņēmēju skaita	Pilsētas	45%	8%	52%	53%
	Novadi	42%	6%	25%	48%
	Kopā	44%	7%	46%	52%

Avots: Autoru veidots, balstoties uz Pārskatu par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību novada/republikas pilsētas pašvaldībā 2019. g.

Apkopojot statistikas datu vērtējumu rezultātus, novērojams, ka apmēram pusi no izvērtētajiem SBSP personas ar GRT un pensijas vecuma personas saņem no NVO un privātajiem pakalpojumu

sniedzējiem- NVO virs 40 %, bet privātie – zem 10 %. Ap 90 % no saņemtajiem pakalpojumiem bija no organizācijām savā pašvaldībā – lielajās pilsētās gandrīz visi, bet novados ap divām trešdaļām. Lielajās pilsētās pakalpojumu saņēmēju īpatsvars no NVO un privātajiem pakalpojumu sniedzējiem ir apmēram uz pusi lielāks, nekā novados.

Vislielākā NVO un privāto pakalpojumu sniedzēju loma bija specializēto darbnīcu pakalpojumu sniegšanā, apkalpojot 93 % no visiem pakalpojumu saņēmējiem. Aptuveni pusei no visiem pakalpojumu saņēmējiem NVO un privātie pakalpojumus sniedza kategorijās: grupu mājas (dzīvokļi) personām ar GRT, dienas aprūpes centri personām ar GRT, aprūpe mājās pensijas vecuma personām. Aprūpē mājās personām ar GRT NVO un privātie pakalpojumus sniedza mazāk, kā trešdaļai pakalpojumu saņēmēju. Dienas aprūpes centri pensijas vecuma personām tikai 5 % gadījumos bija NVO un privāto nodrošināti.

Rezultāti ļauj izdarīt vairākus priekšlikumus attiecībā uz NVO un privāto pakalpojumu sniedzēju iesaisti SBSP sniegšanā nākotnē.

1. NVO dominējoša pieredze specializēto darbnīcu nodrošināšanā norāda uz veiksmīgu praksi, tādēļ arī turpmāk specializēto darbnīcu izveidē prioritāri priekšroka dodama NVO.
2. Dienas aprūpes centru pakalpojumos pensijas vecuma personām NVO un privāto pakalpojumu sniedzēju skaita īpatsvars ir līdzīgs, kā personām ar GRT, taču pakalpojumu saņēmēju īpatsvars ir desmit reizes mazāks. Tas norāda uz būtisku potenciālu NVO un privāto pakalpojumu sniedzēju iesaistē nodrošinot dienas aprūpes centra pakalpojumus pensijas vecuma personām. Taču būtu jāveic precizēts izvērtējums, jo statistiskajos datos tika atklātas būtiskas nepilnības (skat. iepriekš sadaļā par SBSP pieejamību personām vecumā virs 55 gadiem).
3. Aprūpes mājās pakalpojumu sniegšanā NVO loma personu ar GRT apkalpošanā ir vairāk kā divas reizes mazāka, ja salīdzina ar personām pensijas vecumā. Personu ar GRT gadījumā gan relatīvi lielāka loma ir privātajiem pakalpojumu sniedzējiem, ja salīdzina ar pensijas vecuma personām. Taču tas norāda uz NVO potenciālu, ko mērķtiecīgi var izmantot aprūpes mājās pakalpojumu attīstīšanā personām ar GRT.

Pakalpojumu sniegšana lauku teritorijās

Viens no būtiskākajiem šķēršļiem SBSP sniegšanai un saņemšanai ir klienta iespējas nokļūt līdz pakalpojuma sniegšanas vietai vai pakalpojuma sniedzēja iespējas nokļūt līdz klientam. Pārsvārā pakalpojumi tiek veidoti novadu centros, kur iedzīvotāju un mērķa grupas īpatsvars ir vislielākais, un sabiedriskā transporta pieejamība ir vislabākā. Neskatoties uz to, pakalpojumu saņēmējiem, kuri dzīvo lauku teritorijās šo pakalpojumu pieejamība var būt ierobežota. Līdz ar to, lai nodrošinātu/uzlabotu pakalpojumu pieejamību lauku teritoriju iedzīvotājiem ir jānodrošina transporta pakalpojumus vai līdzekļus

pakalpojumu sniedzējiem vai saņēmējiem – transportlīdzekļus, skūterus, automašīnas, velosipēdus, utt., nokļūšanai līdz pakalpojumam.

Lai pārvaldītu klientu un pakalpojumu sniedzēju (t.sk. speciālistu) mobilitāti un pakalpojumu saņemšanu, nepieciešama vienota informācijas sistēma. Kā minēts nodaļā “Integrētā aprūpe” ārvalstu labās prakse norāda, ka veiksmīgai pakalpojumu integrācijai ir nepieciešami divi priekšnoteikumi: efektīva, digitalizēta informācijas apmaiņas sistēma un plaša dažādu interesentu (stakeholders) iesaiste. Ieviešot efektīvu, digitalizētu informācijas sistēmu uzlabosies gan pakalpojumu pieejamība, gan daudzveidīgu speciālistu pieejamība lauku teritorijās dzīvojošiem klientiem.

Vērtējot reģionālo specifiku fokusa grupas diskusijā³⁹ tika izcelts, ka ārpus Rīgas NVO iesaiste pakalpojumu nodrošināšanā izmaksā vairāk, līdz ar to pakalpojumi ir dārgāki. Tas ierobežo pakalpojumu daudzveidību un ilgtspējību. No tā secināms, ka LM kopā ar pašvaldībām jāturpina meklēt risinājumi, kas motivētu pakalpojumu sniedzējus nodrošināt pakalpojumus attālākās teritorijās ar mazu klientu skaitu.

Otrs aspekts saistībā ar SBSP sniegšanu ārpus savas pašvaldības ir pakalpojumu definēšana, lai visur ar, piemēram, ģimenes asistentu, saprot vienādu saturu. Finansējumi ir no dažādiem avotiem, bet klients ir viens. Tas prasa pakalpojumu sniedzēju, pašvaldības un valsts spēju vienoties par vienādi interpretējamu pakalpojumu saturu, īpaši ja finansējums tiek nodrošināts no dažādiem avotiem.

Secinājumi

1. 49 % sociālo dienestu aptaujas dalībnieku pieprasījumu pēc SBSP no personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT vai multipliem traucējumiem novērtē kā retu un rindu praktiski nav, 29 % interesi vērtē kā regulāru, 14 % uzskata, ka interese ir, bet pakalpojumi netiek sniegti vai nav izveidoti.
2. Pieprasījums pēc SBSP ir lielāks pašvaldībās ar lielāku iedzīvotāju skaitu un lielāku VDEĀVK uzskaitē esošo pilngadīgo personu ar invaliditāti vidējo skaitu.
3. Pieprasījums pēc SBSP nav atkarīgs no VDEĀVK uzskaitē esošo pilngadīgo personu ar invaliditāti īpatsvara pašvaldībā.
4. Sociālo dienestu pārstāvju vērtējumā vislielākais pieprasījums pēc SBSP ir no personām pensijas vecumā, kuras nespēj sevi aprūpēt. Šādu viedokli pārsvarā izteica mazāko pašvaldību (pēc deklarēto iedzīvotāju skaita) sociālo dienestu pārstāvji.

³⁹ Fokusa grupu diskusijas dalībniekus skat. sadaļā “Integrētā aprūpe”

5. Pieprasījums pēc SBSP no mērķa grupas "personas virs 55 gadiem" ir salīdzinoši zems, īpaši nodarbinātām personām un personām apakšgrupā "no 55 gadiem līdz pensijas vecumam un nestrādā".
6. Sociālo dienestu pārstāvju vērtējumi par SBSP kvalitāti ir atkarīgi no tā vai viņu pārstāvētajās pašvaldībās šie SBSP ir pieejami.
7. Personu grupā ar GRT un multipliem traucējumiem, kā arī personām virs 55 gadiem sociālo dienestu pārstāvji visaugstāk vērtē asistenta, "aprūpe mājās" un speciālistu konsultāciju un individuālā atbalsta pakalpojumu kvalitāti. Šie SBSP un ģimenes asistenta pakalpojumi tika vērtēti arī kā visnekvalitatīvākie SBSP personām ar GRT un multipliem traucējumiem, bet personām virs 55 gadiem – "aprūpe mājās" un ģimenes asistenta pakalpojumiem.
8. Šie kvalitātes vērtējumi lielā mērā sakrīt ar 2. un 3. nodaļās paustajiem secinājumiem par to, ka sociālo dienestu pārstāvji visaugstākos vērtējumus sniedz par mērķa grupām pieejamākajiem pakalpojumiem.
9. Sociālo dienestu pārstāvji, kuru pārstāvētajās pašvaldībās konkrētie SBSP personām ar GRT un multipliem traucējumiem ir pieejami, sniedz visaugstākos kvalitātes vērtējumus specializētajām darbnīcām, speciālistu konsultācijām un individuālajam atbalstam, kā arī grupu mājām (dzīvokļiem).
10. Sociālo dienestu pārstāvji, kuru pārstāvētajās pašvaldībās konkrētie SBSP personām ar GRT un multipliem traucējumiem ir pieejami, viszemāk vērtēja "aprūpe mājās", ģimenes asistenta un "atelpas brīdis" pakalpojumu.
11. "Aprūpe mājās" un ģimenes asistenta pakalpojumus biežāk vērtē kā būtiski uzlabojamus gan sociālo dienestu pārstāvji kopumā, gan tie sociālo dienestu pārstāvji, kuru pašvaldībās šie pakalpojumi ir pieejami.
12. Personām virs 55 gadiem kā viskvalitatīvākie pakalpojumi tiek vērtēti dienas aprūpes centru, speciālistu konsultāciju un individuālā atbalsta, kā arī "aprūpe mājās" pakalpojumi.
13. Personām virs 55 gadiem viszemākie kvalitātes vērtējumi tiek sniegti grupu mājas (dzīvokļa), specializētās darbnīcas un sociālā mentora pakalpojumiem, bet šo pakalpojumu pieejamība, vadoties pēc sociālo dienestu pārstāvju vērtējumiem, ir salīdzinoši zema.
14. SBSP pakalpojumu kvalitāte ir atkarīga no personas vajadzībām, personāla kompetences, finansiālajām iespējām un/vai pašvaldības spējas atbalstīt pakalpojuma nodrošināšanu personai nepieciešamajā apmērā.
15. 12 pašvaldībās SBSP vienai vai vairākām mērķa grupām ir paredzēti, bet praktiski netiek sniegti.
16. 30 pašvaldībās tiek plānots nodrošināt SBSP vienai vai vairākām mērķa grupām pēc DI procesa pabeigšanas, pārsvarā personām ar ļoti smagiem intelektuālas attīstības traucējumiem un visretāk personām ar multipliem traucējumiem.

17. Personām ar autiska spektra traucējumiem, multipliem traucējumiem, ļoti smagiem intelektuālas attīstības traucējumiem, ļoti smagām psihiskām saslimšanām vairāk nekā 50 % no sociālo dienestu pārstāvjiem, kuri sniedza informāciju norāda, ka pakalpojumus specifiski šīm grupām nav plānots sniegt.
18. Personām ar GRT nav izteiktu problēmu ar veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, bet sociālo dienestu pārstāvji visbiežāk min rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības problēmas.
19. Primārās izpētes rezultāti liecina, ka veselības aprūpes pieejamība personām ar GRT, kuras dzīvo lauku reģionos nav pietiekama.
20. Ārvalstu labās prakses analīzē tika secināts, ka veiksmīgai pakalpojumu integrācijai ir nepieciešami divi priekšnoteikumi: efektīva, digitalizēta informācijas apmaiņas sistēma un plaša dažādu interesentu (*stakeholders*) iesaiste.
21. Latvijā izstrādātie sadarbības algoritmi starp veselības un sociālo jomu vērtējami kā nepietiekoši iedzīvīnāti praktiskos risinājumos. Pirms integrētu pakalpojumu izveides un turpmākas attīstīšanas ir nepieciešami sistēmiski uzlabojumi efektīvai integrēto pakalpojumu funkcionēšanai. Lai integrētā aprūpe efektīvi varētu attīstīties būtisks priekšnoteikums ir pilnveidot informācijas apmaiņas sistēmu starp aprūpē iesaistītajiem speciālistiem, kas ietver gan uzkrātās informācijas atbilstošu pieejamību, gan sistemātisku un operatīvu saziņu starp personas aprūpē iesaistītajiem speciālistiem.
22. Kā viens no centrālajiem organizatoriskajiem integrētās aprūpes stūrakmeņiem uzskatāms Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plānā 2019.–2020. gadam paredzētā multiprofesionālas komandas izveide darbam ar personām psihiskās veselības aprūpē. Informācijas uzkrāšanas un apmaiņas specifiskie aspekti izpētāmi un aprobežjami šo komandu praktiskajā darbībā. Veiksmīgas ieviešanas gadījumā pieeja nākotnē izvērtējama arī attiecībā uz citu mērķa grupu pārstāvjiem – personām ar multipliem traucējumiem un personām vecumā virs 55 gadiem.
23. Individuālā līmenī integrētās aprūpes plānošanai un īstenošanai par pamatu ieteicams izmantot individuālos aprūpes un rehabilitācijas plānus. Šie plāni veidojami sasaistē ar nepieciešamās personas informācijas apkopošanu no esošajām veselības un sociālās jomas informācijas sistēmām. Individuālo plānu loma būtu arī pamatojums piesaistāmo speciālistu komandas izveidei, pasākumu un finansējuma avotu plānošanai. Šāda pieeja pielietojama visām mērķa grupām, kam identificēta nepieciešamība pēc būtiska sociālo un veselības pakalpojumu atbalsta.
24. Atsevišķi plānojama integrētā aprūpe personām ar intelektuālas attīstības traucējumiem un personām ar psihiskām saslimšanām. Ja integrētā aprūpe netiek attīstīta kā darbības joma pati par sevi, personām ar attīstības traucējumiem sociālie pakalpojumi papildināmi ar nepieciešamajiem veselības pakalpojumiem, bet personām ar psihiskām saslimšanām veselības pakalpojumi papildināmi ar nepieciešamajiem sociālajiem pakalpojumiem. Tas nozīmē, ka integrēto

pakalpojumu plānošanas un īstenošanas sākotnējo iniciatīvu lietderīgi nodalīt: personām ar intelektuālas attīstības traucējumiem – sociālās jomas institūcijām, bet personām ar psihiskām saslimšanām – veselības jomas institūcijām, jo abām mērķa grupām raksturīgāko pakalpojumu saturs ir atšķirīgs.

5. PAKALPOJUMU ATTĪSTĪBA

IZPĒTES JAUTĀJUMI

Šajā nodaļā analizēti jautājumi: kādi jauni pakalpojumi (tajā skaitā integrētie) būtu jāattīsta vai kādas izmaiņas līdzšinējo pakalpojumu sniegšanā jāievieš, lai nodrošinātu efektīvu un personu virs 55 gadiem, personu ar multipliem traucējumiem un personu ar GRT vajadzībām atbilstošu, un dzīves kvalitāti un neatkarīgu dzīvi veicinošu SBSP attīstību? Kādi ir optimālie atbalsta pasākumi, kas būtu nodrošināmi neformālajiem aprūpētājiem (ģimenēm, radniekiem), lai mazinātu risku viņu izslēgšanai no darba tirgus un izdegšanai? Kādi pasākumi būtu veicami valsts un kādi – pašvaldību līmenī sniegto priekšlikumu ieviešanai?

PIELIETOTĀ METODOLOĢIJA

Kvalitatīvā un kvantitatīvā analīze balstīta uz:

1. sociālo dienestu aptauju;
2. iesaistīto pušu un mērķa grupu intervijām un fokusa grupu diskusijām;
3. sekundāriem datu avotiem.

Detalizētāka informācija par kvalitatīvajā analīzē iesaistītajiem respondentiem un primārās izpētes metodoloģiju pieejama pielikumos.

Primārās izpētes ietvaros iesaistīto pušu pārstāvji minēja vairākus pakalpojumu attīstības aspektus, kuri ir attiecināmi uz visām izvērtējumā iekļautajām mērķa grupām. Kā viens no būtiskākajiem šķēršļiem SBSP pieejamībai tiek minēts pieejamais finansiālais atbalsts, piemēram:

- sabiedrībā dzīvojošām pilngadīgām personām ar GRT, kuras nepiedalījās DI izvērtēšanas procesā;
- personām, kurām pašvaldības nodrošinātais līdzfinansējums vai pakalpojuma apjoms būtiski neuzlabo pakalpojuma pieejamību vai dzīves kvalitāti, piemēram, “aprūpe mājās” pakalpojums personām ar augstām aprūpes vajadzībām.
- personām virs 55 gadiem, kurām nav citu indikāciju.

Iesaistīto pušu pārstāvji pauž viedokli, ka šo situāciju varētu mainīt, ieviešot “nauda seko cilvēkam” finansēšanas modeli. “Nauda seko cilvēkam” finansēšanas modeļa ietvaros klients izvēlas pakalpojumus atbilstoši savām vajadzībām. Pašlaik “nauda seko cilvēkam” princips faktiski attiecas tikai uz tām personām, kuras iznāk no institūcijām, bet ne uz tām personām, kas dzīvo sabiedrībā. Kā norāda Ilze Rudzīte, Latvijas Pašvaldību savienības padomniece veselības un sociālajos jautājumos, šis atbalsts nenosdz praktiskas vajadzības, piemēram, dzīvokļu pabalstu, u.c. atbalsta mehānismus, lai persona varētu veiksmīgi dzīvot sabiedrībā. Mainot finansēšanas modeli, dabiski rastos pieprasījums pēc pēctecīgiem SBSP, piemēram, personai vairs nebūtu nepieciešams specializētās darbnīcas pakalpojums, bet atbalsta persona darba vietā, un persona sev pieejamo finansiālo atbalstu varētu novirzīt šī pakalpojuma saņemšanai.

Latvijas Samariešu apvienības direktors Andris Bērziņš uzskata: lai veicinātu pozitīvas pārmaiņas, ir jāmaina ne tikai SBSP finansēšanas modelis, bet arī institūciju finansēšanas modelis. Intervijā viņš norāda, ka Valsts sociālās aprūpes centru (turpmāk – VSAC) gadījumā tiek finansēta iestāde, ņemot vērā klientu vietu skaitu nevis klientu aprūpes vajadzības. Ja VSAC tiktu finansēts, balstoties uz klientu aprūpes vajadzībām, dabiski atrisinātos vairākas problēmas, kas ir saistītas ar SBSP pieprasījumu un klientu nonākšanu institūcijās.

Andris Bērziņš intervijā norāda, ka ir jāfokusējas uz “neinstitucionalizāciju”. Cilvēkiem, kuri ir veiksmīgi dzīvojuši sabiedrībā, ir jānodrošina apstākļi, lai viņi to varētu turpināt darīt, piemērojot “nauda seko cilvēkam” principu arī tām personām, kuras dzīvo sabiedrībā un citām mērķa grupām – personām virs 55 gadiem. Tāpat atbalstam un pakalpojumiem ir jāmainās līdz ar klienta vajadzībām, bet pašreizējais finansēšanas modelis to neveicina. Bet Ilze Rudzīte, Latvijas Pašvaldību savienības padomniece veselības un sociālajos jautājumos, norāda, ka individuālā budžeta ieviešana radīs papildu izmaksas un problēmas. Piemēram, vai katrai personai ir minimālais pakalpojumu grozs vai vēlmju saraksts, un cik lielā mērā ir iespējams nodrošināt šo pakalpojumu vienmērīgu pieejamību? Daina Podziņa no biedrības Apeironis arī norāda uz nepieciešamību pēc pakalpojumu grozu: “Centrālajā līmenī līdzīgi, kā izveidoti veselības un izglītības pakalpojumu grozi, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta, būtu jāizstrādā arī sociālo pakalpojumu grozs. Piemēram, aprūpes mājas vai aprūpes pensijas vecuma cilvēkiem pakalpojumi. Viņi ir visu laiku maksājuši nodokļus un vajadzētu būt tiesībām saņemt aprūpes pakalpojumus.”

Vērtējot šādu reformu praktiskos aspektus, jāreķinās ar problēmām. I. Rudzīte norāda: “Līdzšinējā prakse liecina, ka individuālā budžeta ieviešana radīs papildus izmaksas. Vērtējot vajadzību un vēlmju līmenī precīzu atbilstību nepieciešamajam finansējumam ir ļoti grūti nodrošināt. No otras puses Sociālo pakalpojumu likumā jau ir noteikts minimālais pakalpojumu grozs, bet jautājums ir, vai pietiek infrastruktūra un speciālisti, lai to nodrošinātu visiem mērķa grupas pārstāvjiem.” I Rudzīte izvirza priekšlikumu, ka sasaistot Sociālo pakalpojumu likumā noteikto “naudu, kas seko cilvēkam” ar COVID-19 seku novēršanas un DI procesa īstenošanas atbalstu, valsts varētu no viena vai cita finansējuma avota novērst šos riskus. Priekšlikums tiek izvirzīts, ņemot vērā, ka pašlaik “nauda seko cilvēkam” princips faktiski attiecas tikai uz tām personām, kas iznāk no institūcijām, bet ne uz tām personām, kas dzīvo sabiedrībā.

Pētījumā “Esošo SBSP sniegšanas un finansēšanas sistēmas analīze”⁴⁰ izteikts priekšlikums: “Sociālo pakalpojumu jomā ir nepieciešama pakāpeniska virzība uz tādu SBSP nodrošināšanas modeli, kas

⁴⁰ “Esošo sabiedrībā balstītu sociālo pakalpojumu sniegšanas un finansēšanas sistēmas analīze”. Labklājības ministrija, 2017

iespēju robežās ļautu plānot SBSP sniegšanu atbilstoši katras personas individuālajām vajadzībām, kā tas ir paredzēts individuālā budžeta modelī rīcībbspējīgām un lemtspējīgām personām (ar izņēmumiem) ar noteiktu individuālo SBSP apjomu un efektīvu motivācijas mehānismu, vienlaikus maksimāli izvairoties no līdzekļu fiziskas piešķiršanas personai. Individuālā budžeta pieeja ietver klienta vajadzību izvērtēšanu un tām atbilstošu SBSP izmaksu segšanai paredzēto finanšu līdzekļu plānošanu un piešķiršanu, paredzot personai brīvi izvēlēties pakalpojuma sniedzēju. Individuālā budžeta gadījumā SBSP lietotājam ir tieša ietekme uz piešķirtā finansējuma izmantošanu.” Otrs secinājums par administrēšanu ir “Valsts un pašvaldību budžeta līdzekļus lietderīgāk un efektīvāk būtu iespējams pārvaldīt, tos administrējot, sadalot un uzraugot vienkopus, t.i., pašvaldībās, jo pašvaldības ir tuvāk SBSP saņēmējam, labāk zina viņa vajadzības un var novērtēt SBSP lietderību un efektivitāti.”

Rezumējot apkopotos ekspertu viedokļus un iepriekšējo izpēti, secināms, ka nepieciešams padziļināti izpētīt principa “nauda seko cilvēkam” saturiskās un organizatoriskās ieviešanas iespējas. Bez padziļinātas izpētes sarežģīti precīzāk formulēt principa “nauda seko cilvēkam” saturu. Iespējams, ka optimālais attīstības modelis būtu papildināt un precizēt esošo Sociālo pakalpojumu likumā noteikto mehānismu ar selektīviem uz personas vajadzībām balstītiem finansējuma aprēķina un sadales modeļiem atsevišķām mērķa grupām.

Vēl viens būtisks šķērslis SBSP nodrošināšanai atbilstoši mērķa grupu vajadzībām ir personāla pieejamība, kapacitāte un kompetence. Iesaistīto pušu pārstāvji uzskata, ka ierobežota ir gan sociālo darbinieku, gan speciālistu pieejamība. Latvijas Samariešu apvienības direktors Andris Bērziņš iesaka atbalstīt jauno sociālo darbinieku apmācības. Tomēr bez būtiskām pārmaiņām profesijā šāds ieguldījums neatmaksātos pat tad, ja jaunajiem speciālistiem būtu jāatstrādā šie ieguldījumi. Līdz ar to secināms, ka ir jāceļ profesijas prestižs, interese par to un atalgojums. Savukārt, diskutējot par veidiem kā piesaistīt speciālistu ārpus Rīgas, Ilze Rudzīte norāda, ka varētu ieviest stipendiju atbalsta mehānismu. Pašlaik līdzīgu pieeju izmanto Veselības ministrija veselības aprūpes speciālistu piesaistīšanai ārpus Rīgas.

Iesaistīto pušu pārstāvji uzskata, ka personāla kapacitāti varētu risināt ar digitalizācijas rīku izmantošanu un ieviešanu, piemēram, e-aprūpe.

“Rīgā bija 65 sociālie darbinieki, kas to vien darīja kā devās uz dzīves vietām vērtēt vajadzības. Ieviesām e-aprūpi kā vērtēšanas digitalizācijas rīku, un rezultātā šo darbinieku skaits ir samazinājies līdz 12. Jelgavas novadā bija 7 darbinieki, tagad ir 2. Darba slodze būtiski samazinājās.”

/ Andris Bērziņš, Latvijas Samariešu apvienības direktors/

Savukārt personāla kompetences celšanai ir nepieciešamas padziļinātas apmācības darbā ar mērķa grupas pārstāvjiem. Piemēram, Ilze Rudzīte intervijā ļoti atzinīgi vērtēja LM profesionāla sociālā darba

attīstības programmu, tieši šīs programmas padziļinātā rakstura dēļ. Primārās izpētes rezultāti liecina, ka NVO lomas palielināšana SBSP sniegšanā atslogotu sociālo dienestu darbu. NVO un komersantu loma SBPS sniegšanā ir būtiska (34 sociālo dienestu pārstāvji) un atbalstāma (14 sociālie dienestu pārstāvji). Sociālo dienestu pārstāvji min vairākus atbalsta mehānismus: finansējumu, darbinieku apmācību organizēšanu, atbilstošu speciālistu piesaisti un metodisko atbalstu. Šie atbalsta mehānismi saskan ar SBSP sniedzēju norādītajiem atbalsta veidiem, kas būtu vajadzīgi pakalpojumu sniegšanai.

Personas ar smagiem un ļoti smagiem GRT, kā arī personas ar multipliem traucējumiem

Sociālo dienestu pārstāvju vērtējumi par SBSP pieejamību un atbilstību personām ar garīgiem (intelektuālas) attīstības traucējumiem, psihiskām saslimšanām un multipliem traucējumiem ir homogēni. Kā vispieejamākie un atbilstošākie pakalpojumi tiek vērtēti asistenta, “aprūpe mājās”, speciālistu konsultāciju un individuālā atbalsta pakalpojumi, īpaši izceļot speciālistu konsultāciju un individuālā atbalsta pakalpojumu pieejamību mērķa grupu pārstāvjiem. “Aprūpe mājās”, ģimenes asistenta un “atelpas brīža” pakalpojumi visbiežāk tiek vērtēti kā “būtiski uzlabojami”. “Aprūpe mājās” pakalpojuma gadījumā tiek norādīts, ka pakalpojuma pieejamība un atbilstība negarantē pakalpojuma kvalitāti.

Sociālo dienestu pārstāvji visbiežāk norāda, ka viņu pašvaldībās netiek nodrošināti sociālā mentora pakalpojumi, diennakts krīzes tālruņa pakalpojumi, atbalsta personas pakalpojumi lēmuma pieņemšanā un “atelpas brīža” pakalpojumi. Primārās izpētes rezultāti liecina, ka SBSP pakalpojumus pārsvarā ir plānots attīstīt personām ar garīgiem (intelektuālas) attīstības traucējumiem. Šī tendence ir saistāma ar DI procesa ietvaros plānoto pakalpojumu attīstību, tomēr, neskatoties uz to, 51 % no sociālo dienestu pārstāvjiem, kuri piedalījās aptaujā, norāda, ka šai mērķa grupai nav plānots sniegt pakalpojumus. Visbiežāk sociālo dienestu pārstāvji norāda, ka SBSP nav plānots sniegt personām ar multipliem traucējumiem, ļoti smagām psihiskām saslimšanām un personām ar autiska spektra traucējumiem. Primārās izpētes rezultātā nokļūšanu līdz pakalpojuma sniegšanas vietai un informācijas pieejamību par pakalpojumu un pakalpojuma sniegšanas vietā personām ar GRT un multipliem traucējumiem identificē kā būtiskākos šķēršļus pakalpojuma saņemšanai.

Sociālo dienestu pārstāvjiem tika lūgts novērtēt, cik lielā mērā pieejamie SBSP pašvaldībā dzīvojošajām personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT tuvina politikas mērķim – nodrošināt individuālajām vajadzībām atbilstošu atbalstu, dzīves kvalitātes uzlabošanu un aktīvas/neatkarīgas dzīves iespējas ārpus pakalpojuma institūcijā (skat. 55. attēlu). 35 sociālo dienestu pārstāvji uzskata, ka gan šobrīd, gan pēc visu DI plāna 2017.–2020. paredzēto pasākumu īstenošanas (t.sk. infrastruktūras) būs nepieciešami vēl citi pakalpojumi, lai sasniegtu šo mērķi. 41 sociālo dienestu pārstāvis uzskata, ka šobrīd ir jāuzlabo pieejamība un kapacitāte, bet 28 sociālo dienestu pārstāvji uzskata, ka pieejamības un kapacitātes uzlabojumi būs jāturpina arī pēc visu DI plāna 2017.–2020. paredzēto pasākumu īstenošanas (t.sk.

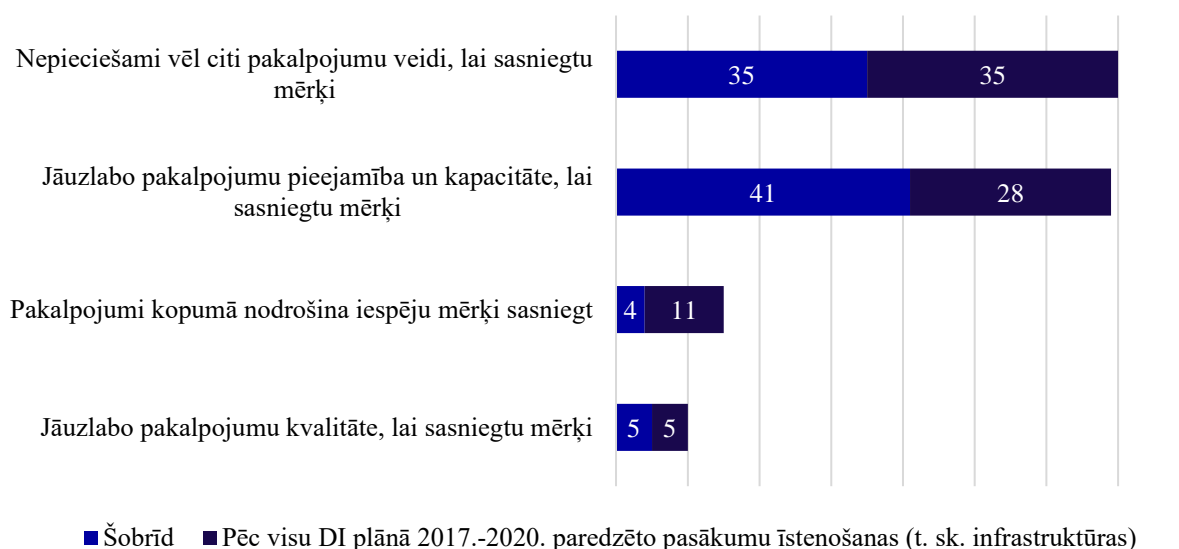
infrastruktūras). 4 sociālo dienestu pārstāvji (Ludzas, Madonas, Aizputes novadu un Daugavpils pilsētas) uzskata, ka šobrīd pakalpojumi kopumā nodrošina iespēju sasniegt mērķi, un 11 (Ludzas, Strenču, Ilūkstes, Viļakas, Aizputes, Jēkabpils, Saldus, Balvu, Valkas, Siguldas novadu un Daugavpils pilsētas) uzskata, ka pakalpojumi nodrošinās iespēju sasniegt mērķi pēc visu DI plāna 2017.–2020. paredzēto pasākumu īstenošanas (t.sk. infrastruktūras).

3 sociālo dienestu pārstāvji, kuri bija snieguši pozitīvus vērtējumus, tos arī komentēja. 1 respondents sniedza pozitīvu vērtējumu par esošo situāciju, bet negatīvu – par nākotni, pamatojot savu atbildi šādi: “Madonā pagaidām pakalpojumus var tikai pirkt no citām pašvaldībām. Grupu dzīvokļa pakalpojums būs pieejams līdz 2023. gadam. Speciālistu konsultācijas ir pieejamas un arī dienas aprūpes centrā, bet tas nav pietiekami, lai pārceltos uz dzīvi sabiedrībā, jo nav mājvietas, mājokļa vai grupu mājas, grupu dzīvokļu, ko piešķirt.” Sociālā dienesta pārstāvja sniegtā atbilde liecina, ka DI plānā 2017.–2020. paredzēto pasākumu īstenošana ir tikai īslaicīgi uzlabojusi situāciju DI projekta ietvaros izvērtētajām personām. Savukārt 2 sociālo dienestu pārstāvji, kuri sniedza pozitīvus vērtējumus par situāciju pēc DI projekta īstenošanas, norāda, ka ir grūti paredzēt, kā darbosies pakalpojumi, kurus ievieš DI plāna ietvaros, un pakalpojumu pieejamību apgrūtinā speciālistu konsultāciju augstās izmaksas, bet ir paredzams, ka DI mērķi tiks sasniegti pēc paredzēto pasākumu īstenošanas.

Savas atbildes komentēja arī 11 sociālo dienestu pārstāvji, kuri sniedza negatīvus vērtējumus par DI plāna ietvaros attīstīto SBSP spēju sasniegt DI politikas mērķus. Sociālo dienestu pārstāvji savas atbildes pamato ar:

1. nepietiekamo transporta nodrošinājumu gan līdz pakalpojuma sniegšanas vietai, gan līdz klientam;
2. pakalpojumu pieejamību – pakalpojumi netiek piedāvāti/nav izveidoti/nav pieejami pietiekamā kapacitātē;
3. speciālistiem (t.sk. sociālā darba un veselības aprūpes speciālisti) – to trūkums/ nepietiekama kapacitāte/ neadekvāts atalgojums;
4. reģionālo reformu, kura var būtiski ietekmēt DI ietvaros plānoto pakalpojumu attīstību;
5. šķēršļiem nodrošināt pakalpojumus lauku reģionos.

55. attēls. Cik lielā mērā pieejamie SBSP pašvaldībā dzīvojošajām personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT tuvina politikas mērķim



Avots: Sociālo dienestu aptauja

Sociālo dienestu pārstāvjiem tika lūgts novērtēt, kuri no SBSP dod vislielāko atbalstu DI politikas mērķa sasniegšanā, kurus pakalpojumus ir plānots/nepieciešams attīstīt, un kurus pakalpojumus vajadzētu uzlabot vai attīstīt personām ar GRT. Grupu dzīvokļu/māju un dienas aprūpes centra pakalpojumi tika vērtēti kā pakalpojumi, kuri dod vislielāko atbalstu DI politikas mērķa sasniegšanā. Lai gan izteiktas vienprātības sociālo dienestu pārstāvju vidū par attīstāmajiem pakopojumiem nebija, zemāk ir apkopota informācija par SBSP, kurus sociālo dienestu pārstāvji uzskata par būtiskiem un attīstāmiem savās pašvaldībās (skat. Pielikumu Nr. 12):

1. **Grupu māja (dzīvoklis)** – Rīgas pilsēta, Tukuma novads, Madonas novads, Ludzas novads, Kandavas novads, Olaines novads, Ilūkstes novads, Auces novads, Rīgas pilsēta, Balvu novads.
2. **Dienas aprūpes centrs** – Rīgas pilsēta, Tukuma novads, Lielvārdes novads, Ādažu novads, Ilūkstes novads, Jelgavas novads, Iecavas novads, Ķekavas novads, Balvu novads, Ventspils novads, Vecumnieku novads.
3. **Ģimenes asistenta pakalpojums** – Jelgavas pilsēta, Mazsalacas novads, Olaines novads, Krāslavas novads, Krimuldas novads, Rīgas pilsēta, Valkas novads, Talsu novads.
4. **Specializētās darbnīcas** – Rēzeknes novads, Tukuma novads, Rundāles novads, Aknīstes novads, Kandavas novads, Ilūkstes novads, Rūjienas novads, Auces novads, Rīgas pilsēta, Skrīveru novads, Ventspils novads.

5. **Atbalsta personas pakalpojums lēmumu pieņemšanā** – Tukuma novads, Dagdas novads, Aizkraukles novads, Aknīstes novads, Kandavas novads, Krimuldas novads, Riebiņu novads, Talsu novads, Ventspils pilsēta.

Kā jau minēts iepriekš, pašlaik ir vērojams pieejamo SBSP pēctecības trūkums. Izvērtējuma izstrādes ietvaros tika veiktas 5 intervijas un 2 fokusa grupu diskusijas ar mērķa grupas pārstāvjiem. Mērķa grupas pārstāvji saņemtos SBSP vērtēja pozitīvi, un neizjuta nepieciešamību uzlabot saņemtos pakalpojumus. Bet fokusa grupu diskusiju laikā ar mērķa grupas pārstāvjiem, kuri saņem grupu mājas (dzīvokļu) pakalpojumu tika identificētas problēmas pakalpojumu pēctecību. Vairāki mērķa grupas pārstāvji (pašlaik saņem gan grupu mājas (dzīvokļu), gan specializētās darbnīcas pakalpojumu) norādīja, ka gaida iespēju pārvākties uz sociālajām mājām (dzīvokļiem), bet izjūt raizes par to kā viņi spēs sevi uzturēt pēc pārvākšanās. Mērķa grupas pārstāvji tika informēti par iespējām līdzdarboties dažādās motivācijas programmās, kuras pašlaik organizē gan Nodarbinātības valsts aģentūras, gan Sabiedrības integrācijas fonds, kā arī subsidētajām darba vietām, utt. atbalsta mehānismiem personu ar invaliditāti (t.sk. GRT) nodarbinātībai. Šāda veida informāciju mērķa grupas pārstāvji nebija saņēmuši, līdz ar to pieejamos atbalsta mehānismus nebija izmantojuši.

Valsts Kontroles revīzijas ziņojumā eksperti rekomendē attīstīt vairākus pakalpojumus, kuri veicinātu SBSP pēctecību. Viens no tādiem pakalpojumiem ir **dzīvoklis ar īslaicīgu atbalstu** personām ar mazāk smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem un/vai psihiskām saslimšanām. Otrs ziņojumā ieteiktais pakalpojums ir **atbalstītais darbs** personām ar vidēji smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem un psihiskām saslimšanām, vēšot lielāku uzmanību uz nodarbinātības veicināšanu un veicinot šo personu iekļaušanu sabiedrībā. Atšķirībā no grupu mājas (dzīvokļa) dzīvokļa ar īslaicīgu atbalstu pakalpojumu var nodrošināt ar mazāku atbalsta personāla skaitu: lai nodrošinātu atbalsta sajūtu, pietiek ar vienu speciālistu uz noteiktu dzīvokļu skaitu. Līdz ar to samazinās pakalpojuma izmaksas. Šādu pakalpojumu var nodrošināt sociālajā mājā (dzīvoklī), ja pietiekamā apjomā tiek nodrošināts sociālā darbinieka, kurš ir apmācīts darbā ar personām ar GRT, atbalsts un konsultācijas, kā arī aprūpes pakalpojums, ja tāds ir nepieciešams.

Sociālo dienestu pārstāvju vērtējumi par attīstāmajiem pakalpojumiem personām ar vieglām un vidēji smagām psihiskām saslimšanām nedaudz atšķīrās (skat. 56. attēlu). Visbiežāk kā attīstāmais pakalpojums tiek minēts individuālais atbalsts lēmumu pieņemšanā, bet salīdzinoši bieži sociālo dienestu pārstāvji norāda uz nepieciešamību attīstīt dienas aprūpes centra, specializētās darbnīcas, ģimenes asistenta un speciālistu konsultāciju pakalpojumus. Sociālo dienestu pārstāvji norāda, ka šiem pakalpojumiem ir jābūt attīstītiem konkrētās mērķa grupas vajadzībām. Vairāki sociālo dienestu pārstāvji iesaka attīstīt sadarbību ar psihietriem, lai spētu labāk izprast šīs mērķa grupas vajadzības, attīstīt SBSP vai pat sniegt SBSP ar medicīniskā personāla līdzdalību.

56. attēls. Attīstāmie pakalpojumi personām ar vieglām un vidēji smagām psihiskām saslimšanām


Avots: Sociālo dienestu aptauja

SBSP vajadzību un pieprasījuma kvantitatīvās prognozes

Plānojot atbalstu 2021.–2027.g. plānošanas periodam būtiski pēc iespējas precīzāk novērtēt nepieciešamo infrastruktūras uzlabošanu un izveidi, jo šo aktivitāšu ieviešanai nepieciešams savlaicīgāks sagatavošanas process un elastība pielāgoties faktiskajiem apstākļiem vērtējama kā mazāka, salīdzinoši ar aktivitātēm, kas vairāk balstītas uz iesaistīto cilvēkresursu kompetences un kapacitātes attīstību. Balstoties uz LM apkopoto statistiku par SBSP sniegšanu un DI pasākuma ietvaros veikto personu ar GRT vajadzību novērtējumu un infrastruktūras izveides plānu, tika novērtēts, cik liela būs SBSP pieejamība un prognozējamais pieprasījums (vajadzības) pēc 2023. gada. Balstoties uz pieejamiem datiem, šādu vērtējumu varēja veikt trijiem SBSP – dienas aprūpes centrs, grupu māja (dzīvoklis), un specializētās darbnīcas.

28. tabula. Pieprasījuma prognoze par dienas aprūpes centra, grupu mājas un specializētās darbnīcas pakalpojumiem uz 2023. gadu

	Dienas aprūpes centrs	Grupu māja (dzīvokļi)	Specializētās darbnīcas	Komentāri
Pieprasījums DI pasākuma ietvaros	1462	1208	1063	Individuālo vajadzību apkopojums DI pasākuma ietvaros
t.sk. VSAC	337	507	297	
t.sk. dzīvo pašvaldībā	1085	701	768	
DI pasākumā izvērtēto personu skaits	1923			Kopējais DI pasākuma ietvaros izvērtēto personu skaits
t.sk. VSAC	575			
t.sk. dzīvo pašvaldībā	1348			
Aprēķinātais pieprasījums, % no mērķa grupas	76%	63%	55%	Personu īpatsvars, kam DI pasākuma individuālo vajadzību izvērtējuma ietvaros nepieciešams konkrētais SBSP
t.sk. VSAC	59%	88%	52%	
t.sk. dzīvo pašvaldībā	80%	52%	57%	
Personu ar GRT skaits reģionos	14600			DI plānos identificētais personu ar GRT skaits
t.sk. VSAC	4628			
t.sk. dzīvo pašvaldībā	9972			
t.sk. risks nonākt VASC	2339			
Aprēķinātais teorētiskais pieprasījums reģionos, pers.	11100	9172	8071	Pieņemot, ka tām personām, kas nepiedalījās DI pasākumā, vajadzības būs līdzīgas, aprēķināts vajadzību apjoms visām personām ar GRT, kas dzīvo reģionos
t.sk. VSAC	2712	4081	2390	
t.sk. dzīvo pašvaldībā	8026	5186	5681	
t.sk. puse no VASC + risks nonākt VASC	3239	3257	2528	Tā kā visiem uzreiz nebūs iespējams sniegt atbalstu, vērtēts samazinātais apjoms, kas ietver pusi no VASC iedzīvotājiem un personu skaitu, kam DI plānos identificēts risks nonākt VASC
Personu skaits, kas saņēma pakalpojumus 2018. g.	577	113	33	Vēsturiskie dati par SBSP pakalpojumus saņēmušo personu skaitu (bez Rīgas pilsētas)
Prognozējamais personu skaits, kas saņems pakalpojumus pēc DI pabeigšanas 2023. g.	1730	737	660	Prognozējamais pakalpojumu saņēmēju skaits, summējot vēsturiskos datus un DI pasākuma ERAF atbalstītajā infrastruktūrā prognozēto pakalpojuma saņēmēju skaitu (bez Rīgas pilsētas)
Prognozējamais pieprasījuma segums 2023. g.	16%	8%	8%	Aprēķinātais pakalpojuma saņēmēju īpatsvars no visām reģionos dzīvojošām personām ar GRT, kam pakalpojums varētu būt vajadzīgs
Prognozējamais pieprasījuma segums 2023. g. īstermiņa scenārijā samazinātai mērķa grupai: "puse no VSAC dzīvojošajiem + risks nonākt VASC"	53%	23%	26%	Tas pats, tikai daļējā scenārijā - kas ietver pusi no VASC iedzīvotājiem un personu skaitu, kam DI plānos identificēts risks nonākt VASC

Avots: Autoru aprēķins

Pieprasījuma prognozes balstītas uz pieredzi individuālo vajadzību apkopšanā DI pasākuma ietvaros. No 1923 izvērtētajām personām 76 % tika identificēta vajadzība pēc dienas aprūpes centra, 63 % – pēc grupu mājas (dzīvokļa), 55 % – pēc specializētajām darbnīcām⁴¹. Piemērojot šādu pieprasījuma līmeni kopējam Personu ar GRT skaitam, kas dzīvo reģionos, izriet, ka kopējais vajadzību apjoms nākotnē lēšams virs 11 000 personu dienas aprūpes centros, virs 9000 personu grupu mājās (dzīvokļos) un virs 8000 personu specializētās darbnīcās. LM apkopotās statistikas dati par 2018. g. uzrāda, ka saņēmēju skaits 2018. g. katrā SBSP veidā bija attiecīgi 577, 113 un 33 personas. DI pasākuma ietvaros plānotais SBSP saņēmēju skaits vērtējams attiecīgi 1730, 737⁴² personas. Apvienojot šos datus prognozējams, ka pēc 2023. g. no tām personām, kam prognozējamās vajadzības pēc SBSP, nodrošinātā SBSP kapacitāte varēs apmierināt attiecīgi 16 %, 8 % un 8 % pieprasījuma.

Nemot vērā DI politikas uzstādījumus, kā prioritāru turpmākajam atbalstam sākumā būtu lietderīgi izvēlēties daļu no visām personām ar GRT. Ja šādu prioritāro mērķa grupu formulētu kā personas ar GRT, kas dzīvo institūcijā (VSAC), un tie, kas novērtēti kā pakļauti riskam nokļūt institūcijā⁴³, tad pēc 2023. gada esošie un DI pasākuma ietvaros nodrošinātie SBSP nosegtu attiecīgi 53 %, 23 % un 26 % no personām ar GRT, kam teorētiski varētu vajadzēt konkrēto pakalpojumu.

Šo rezultātu interpretēšanā jāņem vērā virkne ierobežojumu, kas var ietekmēt faktisko pieprasījuma segumu ar pakalpojumiem:

1. Faktiskais pieprasījums pēc SBSP var atšķirties no DI pasākuma ietvaros individuālo vajadzību noteikšanā identificētā. Vajadzību noteikšanas procesā identificēti vērtējumi, kas drīzāk norādīja uz potenciālajām vajadzībām, ko varētu vajadzēt nākotnē, nevis ko tiešām vajag šobrīd.⁴⁴ No vienas puses, šāda pieeja ļauj apzināt potenciālo vajadzību loku ilgtermiņā, no otras puses, var radīt pārspīlētu vajadzību sarakstu attiecībā uz īstermiņa atbalsta attīstības plāniem.
2. Novērtējuma gaitā iegūtie dati par personu ar GRT individuālajām vajadzībām, aptauju rezultāti un ekspertu vērtējumi par pieprasījumu pēc SBSP, kā arī teorētiskā literatūra liecina, ka jēdziena “pieprasījums” interpretācijai nepieciešama specifiska pieeja, salīdzinot ar tradicionāli pielietoto tirgus ekonomikas interpretāciju. Proti, mērķa grupas pieprasījums pēc SBSP var neizpausties viņu pašu mērķtiecīgā rīcībā, lai saņemtu šos pakalpojumus. Tam pamatā ir divi aspekti. Pirmkārt, GRT dēļ personas var gan neapzināties piedāvājuma iespējas, gan arī saskarties ar grūtībām adekvāti noorientēties piedāvājumā un praktiskajā procesā SBSP saņemšanai. Otrkārt, SBSP pamatā ir

⁴¹ Aprēķināts, balstoties uz apkopotajiem datiem no: Deinstitutionalizācija – iespēju tilts cilvēku ar invaliditāti dzīvei sabiedrībā, Valsts kontrole, 2018

⁴² Saskaņā ar aktualizētajiem DI plānu datiem uz 2021.g. janvāri un konvertējot SBSP vietu skaitu uz pakalpojumus saņēmušo personu skaitu. Detalizētāk skat. apakšnodaļu iepriekš “Prognozējamā pakalpojumu apjoma pieejamība pēc pasākuma “Deinstitutionalizācija” īstenošanas”.

⁴³ Apkopojot visu reģionu DI plānos identificētās personas, kam ir risks nonākt institūcijā, kopā sanāk 2339 personas.

⁴⁴ Skat. nodaļu “Atbalsta intensitātes skalas lietderības izvērtējums”

- orientēti uz atbalstu patstāvīgai dzīvei sabiedrībā, kas nozīmē ieguvumus personai ilgtermiņa perspektīvā, taču īstermiņā parasti iziešanas no institūcijas sabiedrībā nozīmē arī “izkāpšanu no komforta zonas”. Piemēram, ja personai ir izvēle tikt pabarotai vai arī saņemt SBSP, lai pati pelnītu iztikas līdzekļus un iegādātos pārtiku, tad daudzos gadījumos dabisku cilvēcisku reakciju rezultātā persona centīsies izvēlēties pirmo variantu. Tas automātiski nozīmētu pieprasījuma zudumu pēc otrās alternatīvas atbalstošajiem SBSP. Tādēļ reālais pieprasījums pēc SBSP personām ar GRT ir grūti identificējams, jo veidojas no personas pašas vēlmēm un atbalsta personu izveidotās individuālās attīstības vīzijas un plāna. Par pieprasījuma kritisko faktoru tādējādi kļūst atbalsta sistēmas un personu spēja identificēt un konsekventi īstenot individuālās attīstības plānu patstāvīgai dzīvei sabiedrībā.
3. 28. tabulā ietvertajā pieprasījuma prognožu vērtējumā jāņem vērā statistisko datu neprecizitātes: reģionos dzīvojošo personu ar GRT skaits apkopots no reģionu DI plāniem, kur tas balstīts gan uz statistikas datiem, gan, atsevišķos gadījumos, precizētu sociālo dienestu aptauju. Kopš plānu veidošanas personu ar GRT skaits ir nedaudz mainījies.
 4. Prognozes par DI pasākuma ERAF atbalstītās infrastruktūras ietekmi uz SBSP pieejamību ietekmē infrastruktūras noslodze. Dienas aprūpes centros un specializētajās darbnīcās personu skaits, kas saņems pakalpojumus ir lielāks par plānoto pakalpojumu sniegšanas vietu skaitu. RPR, VPR, KPR DI plānos diezgan precīzi bija norādīts gan plānotais vietu skaits, gan plānotais SBSP saņēmēju skaits. Balstoties uz šīs informācijas vidējiem rādītājiem par noslodzi, tika aprēķināts potenciālais SBSP saņēmēju skaits arī ZPR un LPR. Dienas aprūpes centros vidējā noslodze paredzēta 1,2 personas uz vietu, bet specializētajās darbnīcās – 1,3. Iepriekš nodaļā “Sniegto un plānoto SBSP kvantitatīvais raksturojums” tika identificēts, ka lielajās pilsētās noslodzei ir tendence būt lielākai, nekā reģionos. Tas liek secināt, ka teorētiski iespējams optimizēt SBSP cilvēkresursus un darba laikus, lai palielinātu SBSP noslodzi. Līdz ar to paredzams, ka pēc 2023. gada ar SBSP tiks nosegti lielāks mērķa grupas īpatsvars, nekā aprēķināts 28. tabulā iepriekš. Taču novērtējuma ietvaros trūka detalizētākas pamatotas informācijas, lai prognozes koriģētu.
 5. DI pasākumā izvērtēto personu proporcija attiecībā uz dzīvi VSAC/pašvaldībā ir ļoti tuva sadalījumam valstī kopumā – 30 % / 70 %. Risks nonākt VSAC visos reģionos kopā identificēts 16 % no kopējā personu ar GRT skaita. Savukārt šīs riska grupas ietvērums DI pasākumā ir dažāds starp reģioniem – īpatsvars ir lielāks nekā sabiedrībā kopumā, taču nav arī ievērota konsekvence no pašvaldībā dzīvojošiem prioritāri DI pasākumā iekļaut tikai šīs riska grupas pārstāvjus. Tādēļ visas mērķa grupas pieprasījuma prognozēs izmantotā vajadzību struktūra no DI pasākuma individuālo vajadzību apkopojuma kopumā vērtējama kā atbilstoša. Tomēr faktiskais pieprasījums visā mērķa grupā drīzāk vērtējams kā mazāks, jo riska grupas īpatsvars ir mazāks, bet šajā

- apakšgrupā individuālajām vajadzībām vajadzētu būt izteiktākām nekā pašvaldībā dzīvojošajā mērķa grupā, kas nav iekļauta riska grupā.
6. Rīgas pilsēta nav ietverta šajā analizē, un vērtējums attiecināms tikai uz visiem Latvijas plānošanas reģioniem kopā. Rīgas ietveršana mainītu nacionālos vidējos rādītājus, taču nemainītu pieprasījuma prognozes reģionos, izņemot gadījumus, kad personas ar GRT no reģioniem brauc uz Rīgu, lai saņemtu kādu no 3 analizētajiem SBSP.
 7. Praktiskie DI ieviešanas rezultāti pēc 2023. gada ļaus ieviest korekcijas individuālo attīstības plānu noteiktajā vajadzību kopā, jo daļa vajadzību var izrādīties pārspīlētas vai pārgras, bet daļa – savlaicīgi nepamanītas.

Rezumējot SBSP pieprasījuma un seguma prognozes vērtējams, ka:

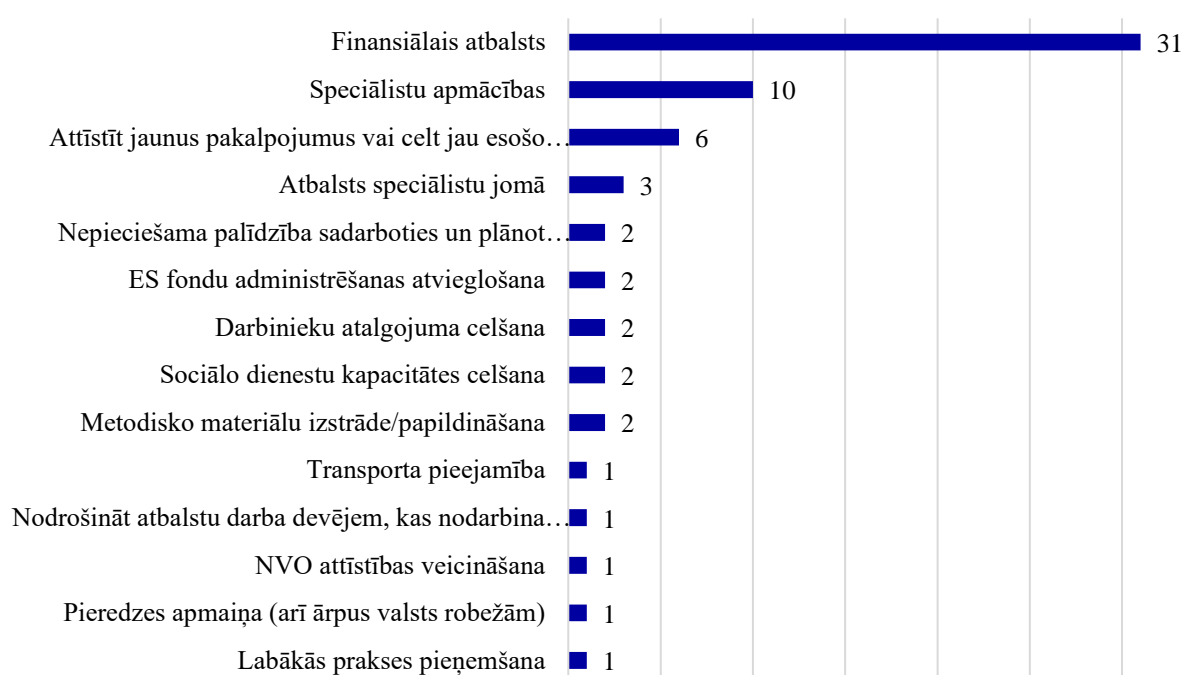
1. dienas aprūpes centra pakalpojumus pēc 2023. g. saņems ap 1730 personu ar GRT, kas atbilstu ap 12 % no visām reģionos dzīvojošajām personām ar GRT vai ap 16 % no tām personām, kam prognozējams pieprasījums pēc šī pakalpojuma. Ja prioritāri vērtē tikai daļu no visas mērķa grupas (puse no personām, kas dzīvo VASC, kopā ar tām, kam identificēts risks nonākt VASC), tad pakalpojumu piedāvājums atbilstu ap 53 % no šādas grupas.
2. Grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojumus pēc 2023. g. saņems ap 737 personu ar GRT, kas atbilstu ap 5% no visām reģionos dzīvojošajām personām ar GRT vai ap 8 % no tām personām, kam prognozējams pieprasījums pēc šī pakalpojuma. Ja prioritāri vērtē tikai daļu no visas mērķa grupas (puse no personām, kas dzīvo VASC, kopā ar tām, kam identificēts risks nonākt VASC), tad pakalpojumu piedāvājums atbilstu ap 23 % no šādas grupas.
3. Specializēto darbnīcu pakalpojumus pēc 2023. g. saņems ap 660 personu ar GRT, kas atbilstu ap 5 % no visām reģionos dzīvojošajām personām ar GRT vai ap 8 % no tām personām, kam prognozējams pieprasījums pēc šī pakalpojuma. Ja prioritāri vērtē tikai daļu no visas mērķa grupas (puse no personām, kas dzīvo VASC, kopā ar tām, kam identificēts risks nonākt VASC), tad pakalpojumu piedāvājums atbilstu ap 26 % no šādas grupas.

Kopumā vērtējams, ka pirms DI pasākuma analizētie SBSP bija pieejami mazāk nekā 4 % no mērķa grupas ar ilgtermiņa pieprasījumu, kas dzīvo reģionos. Pēc DI pasākuma pieejamība palielināsies līdz 8–16 % atkarībā no pakalpojuma, kas teorētiski ir mazāk par sesto daļu no prognozētā ilgtermiņa pieprasījuma. Tas saskan ar DI pasākuma ERAF atbalstīto infrastruktūras aktivitāšu uzstādījumu – veidot SBSP tiešā veidā balstoties uz projektā ietvērto personu individuālajām vajadzībām, bet projektā bija ietverta septiņā daļa no visām reģionos dzīvojošajām personām ar GRT. Tādēļ secināms, ka nākotnē infrastruktūras izveide un attīstība ilgtermiņā jāturpina vismaz tikpat lielā mērā kā DI pasākuma ietvaros, taču kopējais papildus nodrošinātais SBSP apjoms varētu vairākas reizes pārsniegt patreizējo piedāvājumu, lai pilnvērtīgi nodrošinātu personu ar GRT vajadzības.

Nepieciešamais atbalsts SBSP sniedzējiem un sociālajiem dienestiem

Ņemot vērā, ka DI plāna īstenošana vēl joprojām turpinās, sociālo dienestu pārstāvjiem tika lūgts norādīt, kāds atbalsts pakalpojumu sniedzējiem/sociālajam dienestam būtu nepieciešams, lai īstenotu plānotās ieceres (vērtējot turpmāko 7 gadu perspektīvā un ņemot vērā ES fondu atbalstu). Lielākā daļa respondentu uzskata, ka ieceru īstenošanai ir nepieciešams papildus finansiālais atbalsts (31). Salīdzinoši bieži tiek minētas arī speciālistu bezmaksas apmācības darbam ar mērķa grupām un atbalsts jaunu pakalpojumu attīstībai vai esošo pakalpojumu kapacitātes veicināšanai .

57. attēls. Nepieciešamie atbalsta veidi pakalpojumu sniedzējiem/sociālajam dienestam, lai attīstītu pakalpojumus personām ar GRT



Avots: Sociālo dienestu aptauja

Kopumā izvērtējuma ietvaros veiktā primārā izpēte – sociālo dienestu aptaujas, SBSP sniedzēju aptaujas un iesaistīto pušu intervijas – liecina, ka viens no būtiskākajiem šķēršļiem mērķa grupu vajadzību nodrošināšanai ir ierobežotā SBSP pieejamība un daudzveidība. Pašvaldības pārsvarā neplāno attīstīt SBSP specifiski personām ar multipliem traucējumiem, bet šīs mērķa grupas pārstāvji pārsvarā saņem pakalpojumus DI ietvaros attīstītajos SBSP. To apliecina fakts, ka lielākā daļa no formālo aprūpētāju/ģimenes locekļu aprūpē esošajām personām bija personas ar multipliem traucējumiem. Personām ar psihiskām saslimšanām netiek plānots būtiski attīstīt SBSP. Šī mērķa grupa netiek atsevišķi izdalīta no mērķa grupas “personas ar GRT. Sociālo dienestu pārstāvju sniegtās atbildes par šai mērķa

grupai attīstāmajiem pakalpojumiem liecina, ka šai mērķa grupai SBSP ir nepieciešams attīstīt sadarbībā ar veselības aprūpes jomas speciālistiem, piemēram, psihiatriem.

Šīm mērķa grupām pakalpojumus vajadzētu attīstīt vairākos virzienos:

1. palielināt personām ar GRT pieejamo SBSP daudzveidību, turpinot realizēt DI plānu;
2. uzlabot esošo SBSP kapacitāti un kvalitāti, nodrošinot SBSP personālam apmācības darbā ar mērķa grupu pārstāvjiem;
3. uzlabot esošo SBSP kapacitāti un kvalitāti, nodrošinot personāla atalgojuma diferencēšanu atkarībā no kvalifikācijas līmeņa;
4. sadarboties ar veselības aprūpes jomas speciālistiem SBSP plānošanā un sniegšanā personām ar psihiskām saslimšanām;
5. veikt atkārtotu izvērtējumu par SBSP pieejamību, atbilstību un kvalitāti pēc reģionālās reformas īstenošanas, kā arī pēc DI plāna 2017.–2020. paredzēto pasākumu īstenošanas.
6. Jaunas SBSP infrastruktūras izveidē prioritāri izvērtēt šādas pašvaldības (saskaņā ar administratīvās reformas iedalījumu) un attīstāmos pakalpojumus:
 - Dienas aprūpes centra pakalpojumu izveide – Dienvidkurzemes, Krāslavas, Līvānu, Mārupes, Rēzeknes, Ropažu, Saulkrastu, Ventspils novadi.
 - Grupu dzīvokļa (mājas) pakalpojumu izveide – Ķekavas, Līvānu, Ludzas, Mārupes, Olaines, Talsu novadi un Ventspils pilsēta.
 - Specializēto darbnīcu pakalpojumu izveide – Ādažu, Ķekavas, Krāslavas, Limbažu, Līvānu, Ludzas, Madonas, Mārupes, Olaines, Preiļu, Ropažu, Salaspils, Saulkrastu, Talsu, Valkas, Ventspils novadi un Ventspils pilsēta.

Plānojot infrastruktūras pasākumu izveidi 2021.–2027. gadu periodā ieteicams ar minētajām pašvaldībām sākumā veikt padziļinātas diskusijas, lai saprastu faktiskos apstākļus – reālo pieprasījumu pēc pakalpojumiem un pieejamību kaimiņu pašvaldībās.

Personas virs 55 gadiem

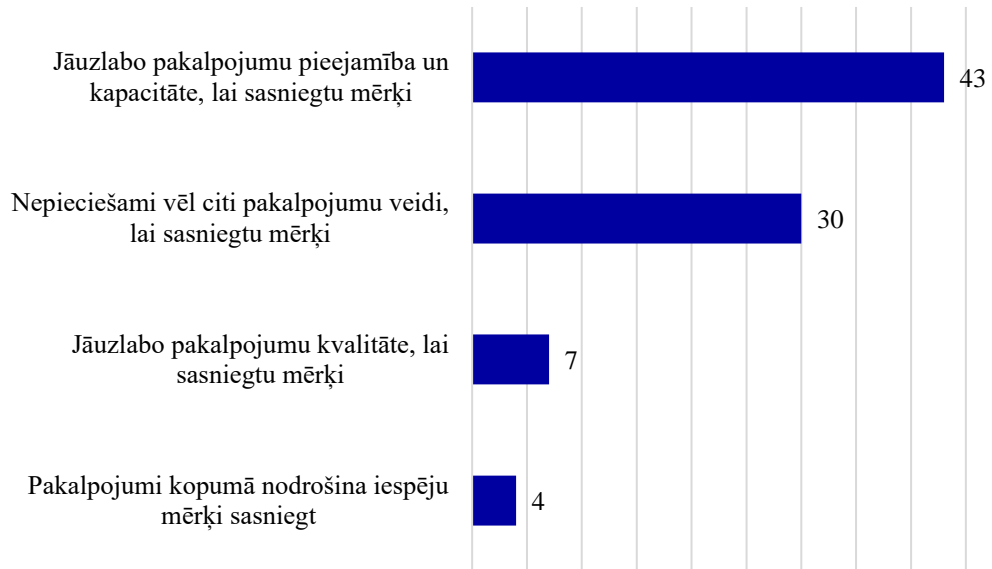
Informācijas pieejamība par personu virs 55 gadiem vajadzībām un sniegtajiem SBSP ir ierobežota. Sociālie dienesti neapkopo informāciju par šo mērķa grupu un tai sniegtie pakalpojumi netiek nošķirti no pakalpojumiem, kurus saņem citas mērķa grupas. Šīs mērķa grupas pārstāvjiem pieejamais finansiālais atbalsts un atbalsta pasākumi kopumā gan no pašvaldības, gan valsts ir ierobežoti. Par to liecina primārās izpētes rezultāti, kuros kā būtiskākie šķēršļi SBSP pieejamībai personām virs 55 gadiem tiek minēti finanšu iespējas un bezmaksas pakalpojumu trūkums. Secināms, ka pašlaik SBSP pieejamību veicina pašvaldību atbalsts, kuru mērķa grupas pārstāvji saņem citu pazīmju dēļ (invaliditātes, aprūpes vajadzību, u.c. pazīmju dēļ) vai pateicoties dažādu projektu ietvaros sniegtajam atbalstam (motivācijas programmas, kur specifiski

tiek izdalīta šī mērķa grupa). Tas nav ilgtspējīgs risinājums šīs mērķa grupas vajadzību nodrošināšanai, jo, izmantojot šo pieeju, mērķa grupas specifiskās vajadzības netiek apzinātas.

Kopumā SBSP attīstība šai mērķa grupai lielā mērā balstās uz NVO iniciatīvām un pieprasījuma pēc pakalpojumiem. Taču, kā liecina primārās izpētes rezultāti, pieprasījums no mērķa grupas pārsvarā tiek vērtēts kā rets, izņemot tos mērķa grupas pārstāvjus, kuri nespēj sevi aprūpēt. Šīs tendences var saistīt ar mērķa grupas ierobežotajām finansiālajām iespējām, ierobežoto pašvaldību/valsts atbalstu – bezmaksas pakalpojumiem, un motivācijas trūkumu.

Sociālo dienestu pārstāvjiem tika lūgts novērtēt, cik lielā mērā pieejamie SBSP pašvaldībā dzīvojošajām personām virs 55 gadiem nodrošina individuālajām vajadzībām atbilstošu atbalstu, dzīves kvalitātes uzlabošanu un aktīvas/neatkarīgas dzīves iespējas ārpus pakalpojuma institūcijā. No 69 sociālo dienestu pārstāvjiem, kuri sniedza atbildes uz šo jautājumu, 43 (62 % no respondentiem) norādīja, ka mērķa sasniegšanai ir jāuzlabo pakalpojumu pieejamība un kapacitāte, lai sasniegtu šo mērķi. 30 no 69 sociālo dienestu pārstāvjiem (43 %) norādīja, ka mērķa sasniegšanai nepieciešami vēl citi pakalpojumu veidi. 4 sociālo dienestu pārstāvji šādus vērtējumus pamatoja norādot, ka pašvaldībā mērķa grupa netiek atsevišķi izdalīta, mērķa grupai nepieciešamāki ir veselības aprūpes un rehabilitācijas pakalpojumi, nepieciešams uzlabot pakalpojumu pieejamību un daudzveidību. Kopumā tikai 4 (Daugavpils pilsētas un Ludza, Brocēnu, Salaspils novadu) sociālo dienestu pārstāvji (Daugavpils pilsētas un Ludzas, Brocēnu, Salaspils novadu) uzskatīja, ka viņu pašvaldībās pakalpojumi kopumā nodrošina iespēju mērķi sasniegt (skat. 58. attēlu).

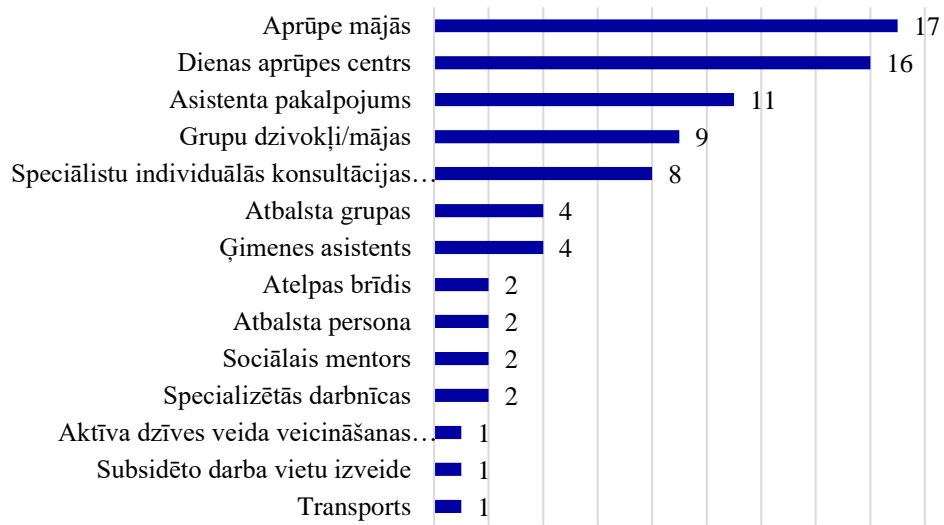
58. attēls Cik lielā mērā pieejamie SBSP pašvaldībā dzīvojošajām personām virs 55 gadiem tuvina politikas mērķim



Avots: Sociālo dienestu aptauja

Sociālo dienestu pārstāvjiem tika lūgts novērtēt, kuri SBSP personām virs 55 gadiem visvairāk nodrošina individuālajām vajadzībām atbilstošu atbalstu, dzīves kvalitātes uzlabošanu un aktīvas/neatkarīgas dzīves iespējas ārpus pakalpojuma institūcijā (skat. 59. attēlu). Izteiktas vienprātības sociālo dienestu sniegtajās atbildēs nebija, bet visbiežāk sociālo dienestu pārstāvji minēja “aprūpe mājās” pakalpojumu un dienas aprūpes centra pakalpojumu. Šie abi pakalpojumi pēc būtības attālina personas institucionalizāciju un sniedz atbalstu klientu ģimenes locekļiem. Ievērojami retāk tika minēti aktīva dzīves veida veicināšanas pasākumi, specializētās darbnīcas utt. Šādas sociālo dienestu atbildes varētu būt skaidrojamas ar to, ka kopumā šie pakalpojumi ir pieejamāki visiem mērķa grupu pārstāvjiem un. Un aptaujā vērtējumus tika lūgts sniegt kopumā par mērķa grupu “personas virs 55 gadiem kopumā”.

59. attēls. Pakalpojumi, kas dod vislielāko atbalstu DI mērķu sasniegšanā



Avots: Sociālo dienestu aptauja

Kā jau minēts iepriekš, mērķa grupa “personas virs 55 gadiem” ir ļoti plaša. Līdz ar to, lai efektīvi analizētu šīs mērķa grupas pārstāvjiem pieejamos un nepieciešamos sociālos pakalpojumus, ņemot vērā viņu daudzveidīgās vajadzības, izvērtējuma ietvaros šī mērķa grupa ir iedalīta vairākās apakšgrupās:

1. 55 g. līdz pensijas vecumam un strādā;
2. 55 g. līdz pensijas vecumam un nestrādā;
3. pensijas vecumā un strādā;
4. pensijas vecumā un nestrādā, bet grib strādāt;
5. pensijas vecumā un spēj sevi aprūpēt, nestrādā;
6. pensijas vecumā un nespēj sevi aprūpēt.

Sociālo dienestu pārstāvjiem tika lūgts norādīt, kādi vēl SBSP būtu svarīgi un kādus SBSP ir plānots uzlabot vai izveidot personām virs 55 gadiem, lai nodrošinātu šo personu individuālajām vajadzībām atbilstošu atbalstu, dzīves kvalitātes uzlabošanu un aktīvas/neatkarīgas dzīves iespējas ārpus pakalpojuma institūcijā. Pēc sociālo dienestu pārstāvju domām, pašvaldību sociālajiem dienestiem visiem mērķa grupas pārstāvjiem ir jānodrošina individuālas speciālistu konsultācijas. Savukārt tām personām, kuras spēj sevi aprūpēt, ir svarīga interešu kopu vai dienas aprūpes centru pieejamība, kā arī atbalsta pasākumi un atbalsta grupas vai personas. Pensijas vecuma personām, kuras strādā, svarīgi ir sociālās rehabilitācijas pakalpojumi, bet personām pensijas vecumā, kuras nespēj sevi aprūpēt, – dienas aprūpes centru un “aprūpe mājās” pakalpojumi.

Kā citu dienestu un organizāciju pārziņā (NVA, SIVA u.c.) esošus pakalpojumus sociālo dienestu pārstāvji visām mērķa grupām, kurās personas spēj sevi aprūpēt, kā nepieciešamu norāda apmācības vai

pār kvalifikāciju. Personām grupās “no 55 gadiem līdz pensijas vecumam un nestrādā”, kā arī “personām pensijas vecumā un nestrādā, bet grib strādāt” nepieciešami – atbalsta pasākumi, atbalsta grupas, atbalsta personas un NVA pakalpojumi. Sociālo dienestu pārstāvji kā citu dienestu un organizāciju pārzinā esošus pakalpojumus norāda – veselības veicināšanas (strādājošām personām un personām, kuras nespēj sevi aprūpēt), sociālās rehabilitācijas (pirmspensijas vecumā un strādā, pensijas vecumā un nestrādā, nespēj sevi aprūpēt), “aprūpe mājās” un ilgstošas vai īslaicīgas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu (personas pensijas vecumā un nespēj sevi aprūpēt) sniegšanu.

Kopumā sociālo dienestu pārstāvju sniegtās atbildes sakrīt ar iesaistīto pušu pārstāvju viedokļiem par nepieciešamajiem un atbilstošajiem pakalpojumiem personām virs 55 gadiem. Kā jau minēts šī izvērtējuma nodaļā par SBSP atbilstību personām virs 55 gadiem, kuras spēj sevi aprūpēt, kā atbilstošākie pakalpojumi tiek vērtēti pakalpojumi, kuru mērķis ir veicināt socializēšanos un sniegt psiholoģisko/emocionālo atbalstu. Savukārt personām pensijas un pirmspensijas vecumā, kuras nespēj sevi aprūpēt, atbilstošākie pakalpojumi ir SBSP, kuri palīdzētu izvairīties no institucionalizācijas vai attālinātu to, piemēram, “aprūpe mājās”, drošības pogas pakalpojums un rehabilitācijas pakalpojumi.

Sociālo dienestu un iesaistīto pušu viedokļi par attīstāmajiem pakalpojumiem tika pārrunāti ar 20 mērķa grupas pārstāvjiem strukturētās intervijās:

1. personas pensijas vecumā, kuras strādā – 6;
2. personas vecumā no 55 gadiem līdz pensijas vecumam, kuras strādā – 3;
3. personas pensijas vecumā, kuras nestrādā, bet grib strādāt – 2;
4. personas vecumā no 55 gadiem līdz pensijas vecumam, kuras nestrādā – 1;
5. personas pensijas vecumā, kuras spēj sevi aprūpēt, bet nestrādā – 5;
6. personas pensijas vecumā, kuras nespēj sevi aprūpēt – 3.

Lielākā daļa (vismaz 6 mērķa grupas pārstāvji no 9) strādājošo personu pensijas un pirmspensijas vecumā apgalvoja, ka ir ieinteresētas vai nākotnē būs ieinteresētas saņemt informatīvus pakalpojumus par savām tiesībām, pieejamo atbalstu, kā arī līdzdarboties veselības veicināšanas (ārstnieciskā vingrošana, nūjošana, utt.) un aktīva dzīves veida veicināšanas un novecošanās procesu atpazīšanas/pārvaldīšanas pasākumos. Viens mērķa grupas pārstāvis pirmspensijas vecumā norādīja, ka šajos pakalpojums nav ieinteresēts. Savukārt viens mērķa grupas pārstāvis pensijas vecumā norādīja, ka ir vairāk ieinteresēts saņemt atlaides veselības aprūpes diagnostikas pakalpojumiem un lai ar ienākuma nodokli neapliedzama pensija tiktu palielināta līdz 400 EUR.

Nestrādājošo personu pensijas (kuras vēlas strādāt) un pirmspensijas vecumā vidū nebija vienprātības par attīstāmajiem pakalpojumiem. Personas pensijas vecumā bija vairāk ieinteresētas saņemt NVA atbalstu/konsultācijas un līdzdarboties apmācību/pār kvalifikācijas pasākumos, kā arī nodarbinātības

motivācijas programmās. Mazāk intereses par šiem pakalpojumiem izrādīja mērķa grupas pārstāvis pirmspensijas vecumā, kuram atšķirībā no pārējiem mērķa grupas pārstāvjiem pensijas vecumā bija zemāks iegūtās izglītības līmenis.

Personas pensijas vecumā, kuras spēj sevi aprūpēt, bet nestrādā, neizrādīja izteiktu interesi par dienas vai kopienu centru apmeklēšanu. Savukārt informatīvi pakalpojumi par pieejamo valsts un/vai pašvaldības atbalstu, kā arī līdzdalība veselības veicināšanas (ārstnieciskā vingrošana, nūjošana, utt.) un aktīva dzīves veida un novecošanās procesu atpazīšanas/pārvaldīšanas pasākumos tika uztverti ar interesi (4 no 5 mērķa grupas pārstāvjiem izrādīja interesi par līdzdalību šādos pasākumos tagad vai nākotnē). Viens no 5 šīs mērķa apakšgrupas pārstāvjiem intervijā norādīja, ka ir ieinteresēts saņemt rehabilitācijas un psihologa konsultācijas. Otrs pārstāvis uzsvēra, ka ir nepieciešama plašāka informācija un informatīvie materiāli par apkaimes biedrībām un to pakalpojumiem. Trešais pārstāvis uzskatīja, ka pensijas nevajadzētu aplikt ar ienākuma nodokli.

Tika intervēti arī 3 ģimenes locekļi tādām pensijas vecuma personām, kuras nespēj sevi aprūpēt. Neviena no šīm personām nesaņem sociālus pakalpojumus, un primārie aprūpētāji ir ģimenes locekļi. Visi intervētie ģimenes locekļi norādīja, ka ir ieinteresēti saņemt rūpju zvana pakalpojumu⁴⁵ un 2 pauda vēlmi pēc kustību sensoru pakalpojuma (sensori sūta aprūpētājiem paziņojumu, kad aprūpējamais mēģina izkļūt no gultas, tādējādi palīdzot samazināt kritienu un klaiņošanas iespēju un riskus). Drošības poga un sociālo, veselības un rehabilitācijas pakalpojumu kopums, kura mērķis ir uzlabot aprūpējamā ģimenes locekļa veselības/sociālo stāvokli, arī izraisīja interesi vismaz 2 ģimenes locekļos. Viens no ģimenes locekļiem izrādīja interesi par kvalitatīvu "aprūpes mājas" pakalpojuma saņemšanu, bet cits vēlējās saņemt atbalstu veselības aprūpes speciālistu apmeklēšanai.

Kopumā, attīstot SBSP pakalpojumus šai mērķa grupai, ir jāņem vērā, ka tā iekļauj personas ar dažādām interesēm un vajadzībām. Ir nepieciešams izvērtēt šīs mērķa grupas apakšgrupu vajadzības, balstoties uz politikas prioritārajiem virzieniem. Piemēram, sadarbībā ar Veselības ministriju izvērtēt personu ar demenci sociālā atbalsta vajadzības. Līdz šāda vajadzību izvērtēšana ir veikta, pētnieki iesaka attīstīt SBSP šādos virzienos:

⁴⁵ Šī ziņojuma ietvaros rūpju zvans tiek izprasts kā zvans konkrētā laika periodā klientam, kura laikā apjautājas par viņa pašsajūtu vai palīdz orientēties laikā un telpā. Pakalpojums tiek izprasts Drošības pogas pakalpojuma kontekstā, un to pašlaik nodrošina Biedrība "Latvijas Samariešu apvienība".

1. uzlabot esošo SBSP kapacitāti un kvalitāti, piemēram, palielināt “aprūpe mājās” pakalpojuma pieejamību vai turpināt attīstīt pakalpojumus atbilstoši DI plāniem, kas pozitīvi ietekmētu šīs mērķa grupas pārstāvjus;
2. palielināt SBSP daudzveidību, kas specifiski ir veidoti mērķa grupas vajadzībām:
 - a. personām pirmspensijas un pensijas vecumā, kuras strādā – informatīvi pakalpojumi par mērķa grupas tiesībām un pieejamo atbalstu, aktīvu dzīves veidu veicināšanu un novecošanās procesu atpazīšanu/pārvaldīšanu, veselības veicināšanas pakalpojumi;
 - b. personām apakšgrupās “no 55 gadiem līdz pensijas vecumam un nestrādā” – informatīvi pakalpojumi par mērķa grupas tiesībām un pieejamo atbalstu, aktīva dzīvesveidu veicināšanu un novecošanās procesu atpazīšanu/pārvaldīšanu, veselības veicināšanas pakalpojumi;
 - c. personām “pensijas vecumā un nestrādā, bet grib strādāt” – nodrošināt NVA atbalstu/konsultācijas, apmācību/pārkvalifikācijas pasākumu pieejamību un dalību motivācijas programmās, kuru mērķis ir nodarbinātības veicināšana;
 - d. personām pensijas vecumā, kuras spēj sevi aprūpēt, bet nestrādā – informatīvi pakalpojumi par mērķa grupas tiesībām un pieejamo atbalstu, aktīva dzīvesveida veicināšanu un novecošanās procesu atpazīšanu/pārvaldīšanu, veselības veicināšanas pakalpojumi;
 - e. pensijas vecuma personām, kuras nespēj sevi aprūpēt – izveidot pakalpojumu grozu, kas iekļauj sociālus, veselības un rehabilitācijas pakalpojumus, uzlabo personas veselības/sociālo stāvokli vai palēnina tā pasliktināšanos un attālina institucionalizāciju; veicināt sadarbību starp veselības aprūpes un sociālās jomas speciālistiem (ģimenes ārstu, sociālo darbinieku), lai speciālisti spētu “proaktīvi” reaģēt uz izmaiņām personas veselības stāvoklī/sociālajā situācijā; uzlabot/veicināt “tehnoloģisko” SBSP pieejamību Latvijā – drošības poga, rūpju zvans, kustību sensori; izstrādāt veselības un sociālās jomas speciālistu sadarbības modeļus demences skartu personu aprūpei.

Atbalsta pasākumi neformālajiem aprūpētājiem (ģimenēm, radniekiem)

Izvērtējuma ietvaros veikto iesaistīto pušu pārstāvju interviju rezultāti liecina, ka neformālās aprūpes nozare Latvijā nav attīstīta. Politikas dokumentos nav vienotas izpratnes par neformālo aprūpētāju (ģimenes locekļu, radnieku) definīciju, pienākumiem vai nodrošināmo atbalstu, bet Latvijas likumdošanas ietvaros neformālajiem aprūpētājiem (ģimenēm, radniekiem) ir jāuzņemas atbildība par sava ģimenes locekļa/radinieka aprūpi. Sociālo pakalpojumu un palīdzības likuma 23. panta 1. punkts nosaka, ja personai nepieciešama aprūpe dzīvesvietā, pašvaldība vispirms izvērtē to, kādas iespējas nodrošināt nepieciešamo aprūpi ir ar šo personu kopā dzīvojošajiem ģimenes locekļiem vai personām, kurām ar aprūpējamo ir kopēji izdevumi par uzturu un kuras mitinās vienā mājoklī ar viņu. Savukārt,

23. panta 2. punkts norāda, ka ja personas aprūpi nodrošina ģimenes locekļi, pašvaldība šos ģimenes locekļus atbalsta psiholoģiski, viņus konsultējot un apmācot, un, ja nepieciešams, arī materiāli.⁴⁶ 23. panta 2. punktā minētie atbalsta mehānismi ir atkarīgi no pašvaldību izpratnes, labās gribas un finansiālajām iespējām. Pašlaik plaši pieejams atbalsta mehānisms ir īpašas kopšanas pabalsts⁴⁷ un asistenta pakalpojums (neformālie aprūpētāji (ģimenes, radnieki) var formāli nodrošināt asistenta pakalpojumus, kam sniedz finansiālu atbalstu). Šie atbalsta mehānismi tiek līdzfinansēti no valsts līdzekļiem, bet kopumā nav veikta izpēte par to ietekmi uz institucionalizācijas attālināšanu.

Eiropas Komisijas 2018. gada ziņojumā “Neformālā aprūpe Eiropā: formalizēšana, pieejamība, kvalitāte” ir norādīts, ka neformālā aprūpe ir Eiropas ilgtermiņa aprūpes sistēmu stūrakmens. Neformālā aprūpe tiek uzskatīta par rentablu veidu, kā novērst institucionalizāciju un sniegt iespēju personām turpināt dzīvi sabiedrībā.⁴⁸ Balstoties uz Eiropas Parlamenta dokumentā “Ziņojums par aprūpes pakalpojumiem Eiropas Savienībā dzimumu līdztiesības uzlabošanai (2018/2077(INI))” apkopoto informāciju, 80 % no aprūpes pakalpojumiem Eiropas Savienībā nodrošina neatalgoti neformālie aprūpētāji, no kuriem 75 % ir sievietes.⁴⁹ Tikai 27,4 % no šīm sievietēm strādā nepilna laika darbu, bet no vīriešiem, kuri ir uzņēmušies neformālā aprūpētāja lomu, nepilna laika darbu strādā tikai 4,6 %.⁵⁰ Eiropas Savienībā nav vienotas izpratnes par to, kas ir neformālie aprūpētāji vai ko ietver neformālo aprūpētāju pienākumi. Līdz ar to, neformālajiem aprūpētājiem pieejamais atbalsts no valsts un pašvaldības ir daudzveidīgs.⁵¹

Eiropas Parlamenta dokumentā “Ziņojums par aprūpes pakalpojumiem Eiropas Savienībā dzimumu līdztiesības uzlabošanai (2018/2077(INI))” ir formulēti vairāki secinājumi par jomām, kurām ir noteicoša nozīme neformālo aprūpētāju dzīves kvalitātē:

1. daudzveidīgu, kvalitatīvu, pieejamu valsts un privātās aprūpes pakalpojumi un atbalsta nodrošināšana mērķa grupas pārstāvjiem ir izšķirīgi svarīgs aspekts darba un privātās dzīves līdzsvara nodrošināšanai neformālajiem aprūpētājiem;

⁴⁶

Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/68488-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-likums> (skatīts 05.02.2021.)

⁴⁷ Pabalsts invalīdam, kuram nepieciešama kopšana. Pieejams: <https://www.vsa.gov.lv/pakalpojumi/personam-ar-ipasam-vajadzibam/pabalsts-invalidam-kuram-nepieciešama-kopsana/> (skatīts 05.02.2021.)

⁴⁸ European Commission (2018) Informal care in Europe: Exploring Formalisation, Availability and Quality.

⁴⁹ Eiropas parlamenta “Ziņojums par aprūpes pakalpojumiem Eiropas Savienībā dzimumu līdztiesības uzlabošanai (2018/2077(INI)). Pieejams: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2018-0352_LV.pdf (skatīts 05.02.2021.)

⁵⁰ Eiropas Komisija, 2018.gada ziņojums par sieviešu un vīriešu līdztiesību ES.

⁵¹ European Commission (2018) Informal care in Europe: Exploring Formalisation, Availability and Quality.

2. neformālajiem aprūpētājiem, kuri izvēlas sniegt neformālu aprūpi saviem radniekiem, būtu jāsaņem pienācīga kompensācija un piekļuve sociālajām tiesībām, kas būtu salīdzināma ar citiem aprūpes sniedzējiem.

Dokumentā tiek izteiktas rekomendācijas situācijas uzlabošanai šajās jomās:

1. neformālo aprūpētāju atzīšana par līdztiesīgiem dalībniekiem aprūpes pakalpojumu sniegšanā, un mūžizglītības programmu ietvaros izstrādāt apmācību neformālajiem aprūpētājiem un atzīt to iegūtās prasmes;
2. aprūpes kredītpunktu ieviešana, kas būtu paredzēti pensijas uzkrāšanai un būtu līdzvērtīgi darba periodiem, lai aizsargātu tos, kas pārtrauc strādāt nolūkā neformāli bez atlīdzības aprūpēt apgādājamu personu vai ģimenes locekli, lai atzītu labumu, ko šādi aprūpētāji turpina sniegt sabiedrībai;
3. veidot vienotu pieeju neformālo aprūpētāju problēmu risināšanai, t.sk. atbalstu pastāvīgu ienākumu nodrošināšanā, piekļuvei veselības aprūpei, ikgadējā atvaļinājuma iegūšanai un pensijas tiesību uzkrāšanai;
4. sniegt atbilstīgus atslogošanas pakalpojumus un konsultācijas, līdzbiedru konsultēšanu, psiholoģisko atbalstu, dienas aprūpes iestādes un atgūšanās aprūpes iestādes neformāliem aprūpētājiem, kas palielinātu viņu līdzdalību nodarbinātībā.

Izvērtējuma ietvaros intervēto iesaistīto pušu pārstāvju viedokļi ir līdzīgi. Vairāki iesaistīto pušu pārstāvji uzsvēra SBSP pieejamības nozīmi neformālo aprūpētāju iesaistei darba tirgū, izdegšanas riska mazināšanā un kopējās dzīves kvalitātes uzlabošanā. Divi iesaistīto pušu pārstāvji norāda, ka būtisks aspekts SBSP pieejamības nodrošināšanai ir neformālo aprūpētāju sadarbība ar sociālajiem darbiniekiem, jo neformālajiem aprūpētājiem var trūkt izpratnes par visu pieejamo SBSP nepieciešamību. Līdz ar to sociālajiem darbiniekiem vajadzētu vadīt gadījumu un piedāvāt vispiemērotākās atbalsta formas. Latvijas Samariešu apvienības direktors Andris Bērziņš intervijā norāda, ka iemesls, kāpēc sociālais dienests nav iecienīts atbalsta punkts mērķa grupu neformālajiem aprūpētājiem (ģimenēm, radniekiem), ir ar atbalsta saņemšanu saistītā birokrātija.

Kopumā var secināt ka jau šobrīd tiek piedāvāti mūsdienīgi un piemēroti SBSP un radikālu jaunu un inovatīvu pakalpojumu attīstīšanu un ieviešanu Latvijā ir grūti prognozēt. Lielāka uzmanība būtu jāpievērš esošo pakalpojumu pielāgošanai un optimizēšanai dažādu mērķa grupu vajadzībām.

Lai noskaidrotu neformālo aprūpētāju viedokli par viņiem nepieciešamo atbalstu, tikai īstenota formālo aprūpētāju/ģimenes locekļu aptauja. Aptaujā ģimenes locekļiem tika lūgts norādīt, kādi pakalpojumi būtu vajadzīgi, lai sniegtu ģimenes locekļiem nepieciešamo atbalstu un atvieglotu personas aprūpi. Uz šo jautājumu atbildēja 8 pilngadīgu personu ar smagiem un ļoti smagiem GRT (5 – multipliem

traucējumiem) ģimenes locekļi/aizbildņi. 7 ģimenes locekļi/aizbildņi aptaujā norādīja, ka viņiem aprūpē esošo personu aprūpi atvieglotu SBSP attīstība, bet 2 savās atbildēs minēja arī finansiālo atbalstu.

Intervēto ekspertu viedokļi par situāciju Latvijā norādīja uz aktualitātēm un priekšlikumiem, kas kopumā sakrīt ar augstāk minētajām Eiropas padomes pētījuma rekomendācijām. Biedrības Apeirons pārstāve Daina Podziņa intervijā norādīja, ka sistemātiski nepieciešams uzlabot kārtību, kādā pašvaldības noskaidro neformālo aprūpētāju iespējas un kompetenci aprūpes veikšanā. Tas nozīmē, ka būtu nepieciešams veikt detalizētāku izvērtējumu, kā Sociālo pakalpojumu un palīdzības likuma 23. panta prasības praksē tiek īstenotas un nepieciešamības gadījumā uzlabot procedūras ietvaru nacionālajā līmenī, jo patreiz tas ir lielā mērā atkarīgs no pašvaldību pašu redzējuma par veidu, kā prasības īstenot. Vērtējot alternatīvas neformālajai aprūpei viņa norādīja, ka kopumā problēmu raksturo tas, ka trūkst aprūpes mājās pakalpojumu sniedzēju, kas spētu aprūpi veikt kvalitatīvā un augsti kvalitatīvā līmenī. Lai risinātu ģimenes locekļu nodarbinātības un finansējuma problēmas tika ieteikts izvērtēt iespēju arī aprūpi mājās noregulēt līdzīgi, kā asistenta pakalpojumiem, kur ģimenes loceklis var kļūt par to arī formāli.

Apkopojot primārās un sekundārās izpētes rezultātus, secināms, ka atbalsta sniegšana neformālajiem aprūpētājiem, kas vērsts uz viņu labklājību, nodarbinātību un iespēju nodrošināšanu, ir ilgtermiņa aprūpes sistēmu ilgtspējas atslēga. Lai nodrošinātu šo atbalstu, pētnieki rekomendē:

1. likumdošanā iekļaut neformālā aprūpētāja definīciju, t.sk. viņa pienākumus, un viņiem nodrošināmo atbalstu pašvaldību un valsts līmenī, tādējādi atzīstot neformālos aprūpētājus par līdztiesīgiem dalībniekiem aprūpes pakalpojumu sniegšanā;
2. aprūpes kredītpunktu ieviešana, kas būtu paredzēta pensijas uzkrāšanai un būtu līdzvērtīga darba periodam;
3. ikgadējā atvaļinājuma piešķiršana formāli nenodarbinātiem ģimenes locekļiem un ikgadējā atvaļinājuma salāgošana ar atslogojošiem SBSP, piemēram, pakalpojumu “Atelpas brīdis”;
4. sniegt informatīvo un metodisku atbalstu par aprūpē esošās personas veselības stāvokli, vajadzībām un nepieciešamo atbalstu, piesaistot kompetentus speciālistus atbalsta materiālu izstrādē (piemēram, psihiatrijas ārstus un māsas atbalsta materiālu izstrādē neformālajiem aprūpētājiem, kuri aprūpē personas ar demenci);
5. sniegt psiholoģisku atbalstu – individuālas psihologa konsultācijas vai atbalsta grupu nodarbības, lai neformālais aprūpētājs varētu samierināties ar savā aprūpē esošās personas veselības stāvokli vai pārvaldīt savu emocionālo stāvokli, veicot aprūpes pienākumus.

2.DAĻA
MĒRĶA GRUPU VAJADZĪBU UN DZĪVES
KVALITĀTES MĒRĪŠANAS METODOĻĪJU
IZVĒRTĒJUMS

6. METODOLOĢIJA PERSONU AR GRT DZĪVES KVALITĀTES MĒRĪŠANAI

IZPĒTES JAUTĀJUMI

Kāda metodoloģija ir vispiemērotākā personu ar GRT, t.sk. personu ar multipliem traucējumiem, dzīves kvalitātes mērīšanai Latvijā un vai šī metodoloģija ir piemērota dzīves kvalitātes novērtēšanai arī personām virs 55 gadiem?

PIELIETOTĀ METODOLOĢIJA

Ar literatūras analīzi tika apzinātas 39 pasaulē lietotas metodoloģijas, metodes un rīki, kas paredzēti personām ar GRT vai izmantoti darbā ar tām. To vērtēšanai noteiktas Latvijas situācijai specifisko esošo un potenciālo lietotāju vajadzības un analizētas konceptuālās izvēles, tādējādi izveidojot metodoloģijas izvēles kritērijus. No tām izvēlētas 3 piemērotākās metodoloģijas, kuras testētas ar mērķa grupas pārstāvjiem un pēc tam veikta stipro un vājo pušu analīze. Piemērotākās metodoloģijas izvēlē ņemti vērā tādi aspekti kā dzīves kvalitātes izvērtēšanai nepieciešamo datu pieejamība un ieguves iespējas Latvijas apstākļos, datu ieguvei un dzīves kvalitātes izvērtēšanai nepieciešamie cilvēkresursi, specifiskas prasmes un laiktelpība. Latvijas situācijai piemērotākā metodoloģija adaptēta un tulkota, ņemot vērā specifiskās lietotāju vajadzības un mērķa grupas valodas uztveri. Izvēlēta metodoloģija (PVO rīku kopa) papildināta ar izmaiņu vērtēšanu laika dinamikā, mērķa grupai vaicājot par dzīves kvalitātes izmaiņām pēdējā gada laikā. Metodoloģija realizēta pilotprojektā, izvērtējot 65 personu ar GRT dzīves kvalitāti. Balstoties uz rezultātu atšķirībām, atkarībā no dzīves vietas (institūcijā vai pašvaldībā, saņemot SBSP) un izmaiņām pēdējā gada laikā, vērtēts, vai iespējams identificēt DI pasākuma ietekmi uz neatkarīgas dzīves iespējām, un sniegti praktiski izmantojami priekšlikumi sistemātiskas dzīves kvalitātes novērtēšanas ieviešanai Latvijā.

Dzīves kvalitātes definēšana

Dzīves kvalitātes jēdziena pielietojumam ir sena vēsture, taču mūsdienu lietojuma izpratnē liela nozīme ir pētījumiem, kas sākās 20. gadsimta 60. gados. Dažādās zinātnes jomās jēdziens lietots un interpretēts tik plaši, ka šodien definīciju un raksturojumu klāsts ir milzīgs, turklāt zinātnieku vidū joprojām nav vienotas izpratnes par to, kurai no jēdziena interpretācijām būtu dodama priekšroka un cik lielā mērā vispār dzīves kvalitātes koncepts ir efektīvi izmantojams sociālajās zinātnēs un sociālajā politikā. Viens no prominentākajiem tēmas speciālistiem Roberts Kamins (Robert Cummins), kura izstrādātā metodoloģija arī šajā izvērtējumā iekļauta starp perspektīvākajām Latvijas situācijai, norādījis, ka nav nekādu cerību iegūt visaptverošu pārskatu par šo tēmu, jo šobrīd literatūras klāsts ir pārāk liels, lai viens cilvēks spētu to

pilnībā apstrādāt.⁵² Moraga Farkuhara (*Morag Farquhar*) ir centusies klasificēt definīcijas, nodalot četrus definīciju tipus:

1. globālās definīcijas, kurās dzīves kvalitāte tiek raksturota kopumā, vispārīgi, izceļot apmierinātību ar dažādiem dzīves aspektiem. Tajās netiek izdalītas atsevišķas jēdziena sastāvdaļas;
2. kompleksās definīcijas, kurās tiek uzskaitītas dzīves kvalitāti raksturojošās komponentes, dimensijas jeb domēni, kā arī aprakstīta to savstarpējā mijiedarbība;
3. fokusētās definīcijas, kas ietver nelielu skaitu dzīves kvalitātes aspektu. Parasti šīs definīcijas saistītas ar veselību un spēju funkcionēt;
4. jaukta tipa definīcijas. Apvieno vairāku iepriekš minēto tipu īpašības.

Problemātiku lielā mērā nosaka jēdziena vēsturiskā pielietojuma attīstība. Jēdziens “dzīves kvalitāte” tika radīts kā alternatīva arvien lielākas šaubas izraisošajam “pārtikušas sabiedrības” jēdzienam un kļuva par jaunu, bet vienlaikus arī sarežģītāku un daudzdimensionālāku sociālās attīstības mērķi.⁵³ Plaši attīstījās kvantitatīvie pētījumi, ar kuru palīdzību tika vērtēta dzīves kvalitāte sabiedrībā kopumā. Pēc tam dzīves kvalitātes novērtēšanas metodoloģijas attīstījās individuālajā līmenī. Nereti ir sastopama kritika par nepietiekoši plašu vai pārāk seklu dzīves kvalitātes raksturošanu mērķa grupās, ja jēdziens “dzīves kvalitāte” tiek lietots plašākā nozīmē un netiek uzsvērtā konkrētajā situācijā pielietojamā interpretācija un raksturojuma sašaurināšana vai vienkāršošana.

Tādēļ šī novērtējuma ietvaros netika veikti centieni analizēt dzīves kvalitātes definīcijas un kādu no tām izvēlēties par starta pozīciju. Dzīves kvalitātes izpratne un jēdziena tvērumi tika vērtēti, analizējot labākās no izvēlētajām mērīšanas metodoloģijām cilvēkiem ar GRT un ņemot vērā specifiskās lietotāju vajadzības Latvijas situācijā.

Mērķauditoriju analīze dzīves kvalitātes mērīšanai

Sākotnējais izpētes uzstādījums paredz noskaidrot, kāda metodoloģija ir vispiemērotākā personu ar GRT, t.sk. personu ar multipliem traucējumiem, dzīves kvalitātes mērīšanai Latvijā. Papildus izvērtējams, vai šī metodoloģija ir piemērota dzīves kvalitātes novērtēšanai arī personām virs 55 gadiem. Līdz ar to primāri tiek meklēta metodoloģija, kas būtu piemērojama visām personām ar GRT, bet atsevišķi vērtēta tās piemērotība personām virs 55 gadiem.

⁵² Cummins, R.A. Assessing quality of life. In: Brown R.I. (ed.) *Quality of Life for People with Disabilities: Models, Research and Practice*. 2nd ed. Cheltenham: Stanley Thornes, 1997, p. 117

⁵³ Noll, H.-H. (2000). Social indicators and social reporting: the international experience, <http://www.ccsd.ca/noll1.html>

Lai izvērtētu metodoloģijas pielietojamības līmeni, izvēlēts noteikt mērķa grupas robežgadījumus, kuri visvairāk atšķiras no pamatkopas – tādus gadījumus, kur specifisko personas apstākļu kopums var būt tik unikāls, ka arī dzīves kvalitātes kritēriji ir jāpielāgo. Metodoloģijas piemērojamība robežgadījumos uzskatāma par vienu no izvēles kritērijiem. Robežgadījumu izpēte veikta divos posmos. Pirmajā posmā pētījumā iesaistīto ekspertu diskusijā⁵⁴ identificēti analizējamie robežgadījumi. Otrajā posmā robežgadījumu pārstāvjiem lūgts novērtēt analīzes gaitā identificētās 3 piemērotākās metodoloģiju alternatīvas. Novērtējuma metodoloģija un rezultāti aprakstīti nodaļas beigās pie 3 piemērotāko alternatīvu analīzes.

Pirmajā posmā identificēti seši principiāli robežgadījumi, kuros izvērtējams, vai izvēlēta dzīves kvalitātes metodoloģija ņems vērā personu specifiskos apstākļus:

- personas ar ļoti viegliem GRT,
- personas ar ļoti smagiem GRT,
- personas, kas dzīvo institūcijā,
- personas, kas dzīvo sabiedrībā, bet ar ļoti sliktu materiālo nodrošinājumu.
- pilnvērtīgi nodarbinātas personas vecumā virs 55 gadiem, kas dzīvo pastāvīgi,
- personas virs 55 gadiem bez iespējām dzīvot patstāvīgi un sevi aprūpēt, un ar sliktu materiālo nodrošinājumu.

Pēc dzīves kvalitātes metodoloģiju specifisko uzstādījumu izpētes un konsultācijām ar iesaistītajām pusēm, kā arī ņemot vērā personu ar GRT klasifikācijas un identifikācijas sistēmu, tika identificēts, ka izvēlēto dzīves kvalitātes metodoloģiju padziļinātā izpēte un testēšana mērķa grupās ir lietderīga divos robežgadījumos:

- cilvēki ar smagiem un ļoti smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem, t.sk. multipliem,
- cilvēki ar garīgām slimībām, bet ar augsti vai ļoti augsti attīstītu intelektu.

Šāda dalījuma iemesls ir dzīves kvalitātes novērtējumu jautājumu forma un saturs. Tā kā minētās mērķa apakšgrupas būtiski atšķiras gan ar uztveres veidu, gan ar dzīves kvalitāti raksturojošo specifisko jautājumu loku, tad vienas grupas jautājumi otram var būt kontekstuāli neatbilstoši vai pārāk sarežģīti/triviāli.

⁵⁴ Pētījuma ekspertu diskusija, pieaicinot speciālistus no biedrības “SUSTENTO”, 01.07.2020.

Metodoloģijas lietotāju vajadzības un loma politikas ietekmes vērtēšanā

Lai dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģijas izmantošana būtu maksimāli noderīga, būtiski ir precīzi apzināt primārās un sekundārās vajadzības dažādos politikas plānošanas un ieviešanas līmeņos.

Eiropas politikas konteksts

“Uz pierādījumiem balstīti secinājumi par nabadzību un sociālo atstumtību, ..., ierobežotu piekļuvi pamatpakalpojumiem un infrastruktūrai, un par neaizsargāto personu īpašajām vajadzībām” ir viens no kritērijiem 4. politikas mērķa “Sociālāka Eiropa, īstenojot Eiropas sociālo tiesību pīlāru” veicinošajiem nosacījumiem, lai veicinātu valsts stratēģiskā politikas satvara izveidi sociālās iekļaušanas un nabadzības mazināšanas jomā un veselības aizsardzības un ilgtermiņa aprūpes jomā Regulas priekšlikuma⁵⁵ ietvaros. Šis kritērijs interpretējams gan attiecībā uz mērķa grupu vajadzību apzināšanu, gan dzīves kvalitātes mērīšanu kā līdzekli mērķa grupas dzīves apstākļu uzlabojumu nepieciešamības vai politikas intervences ietekmes pierādīšanai. Regulas priekšlikums ietver arī šādus kritērijus:

- pasākumu īstenošana pārejai no institucionālās aprūpes uz sabiedrībām balstītiem pakalpojumiem;
- veselības aprūpes un ilgtermiņa aprūpes vajadzību apzināšanu.

Papildus tam ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām⁵⁶ nosaka, ka ikvienai personai ar invaliditāti ir vienlīdzīgas tiesības dzīvot sabiedrībā ar tādu pašu izvēles brīvību kā citiem cilvēkiem, bet valsts pienākums ir nodrošināt tādus pakalpojumus, kas atvieglotu šo tiesību izmantošanu un nodrošinātu personas pilnīgu iekļaušanos un līdzdalību sabiedrības dzīvē. Līdz ar to interpretējams, ka dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģijai (kā instrumentam pierādījumos balstītu secinājumu nodrošināšanai) ir potenciāls mērīt politikas intervences nepieciešamo un realizēto ietekmi sasaistē ar tādām intervences jomām kā DI, veselības aprūpe un ilgtermiņa aprūpe.

Latvijas politikas konteksts

Saskaņā ar pētījuma darba uzdevuma nostādnēm Latvijā nav vienotas metodoloģijas, kā novērtēt saņemtā sociālā pakalpojuma atbilstību personas vajadzībām vai ietekmi uz personas dzīves kvalitātes izmaiņām, līdz ar to ir apgrūtināta pierādījumos balstītu priekšlikumu izstrāde sociālo pakalpojumu pilnveidei. Darba uzdevumā definēts, ka izvēlēto metodoloģiju personu ar GRT dzīves kvalitātes novērtēšanai plānots turpināt izmantot sociālo pakalpojumu ietekmes uz personas dzīves kvalitāti

⁵⁵ Priekšlikums Eiropas Parlamenta un Padomes regulai, ar ko paredz kopīgus noteikumus par Eiropas Reģionālās attīstības fondu, Eiropas Sociālo fondu Plus, Kohēzijas fondu un Eiropas Jūrlietu un zivsaimniecības fondu un finanšu noteikumus attiecībā uz tiem un uz Patvēruma un migrācijas fondu, Iekšējās drošības fondu un Robežu pārvaldības un vīzu instrumentu (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM%3A2018%3A375%3AFIN>)

⁵⁶ ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām (Latvijā ratificēta 01.03.2010., spēkā no 31.03.2010.) 19. pants.

novērtēšanai, tādējādi nodrošinot savstarpēji salīdzināmus novērtējumus. Līdz ar to dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģija potenciāli lietojama gan konkrētu mērķa grupām sniegto sociālo pakalpojumu līmenī, gan politikas intervences līmenī kopumā. 2014.–2020. g. politikas plānošanas periodā tiek īstenoti trīs pasākumi, kas tiešā veidā ietver sociālo pakalpojumu uzlabošanu mērķa grupai – personām ar GRT:

- 9.1.4. specifiskā atbalsta mērķa “Palielināt diskriminācijas riskiem pakļauto iedzīvotāju integrāciju sabiedrībā un darba tirgū” 9.1.4.1. pasākums “Profesionālā rehabilitācija”,
- DI Pasākums (9.2.2.1. pasākums “Deinstitutionalizācija”),
- DI Infrastruktūras pasākums (9.3.1.1. pasākums “Pakalpojumu infrastruktūras attīstība deinstitutionalizācijas plānu īstenošanai”),
- 9.2.2.2. pasākums “Sociālo pakalpojumu atbalsta sistēmas pilnveide”.

Latvijā pastāv divi būtiski izaicinājumi, kas saistīti arī ar dzīves kvalitātes mērīšanu:

- uz GRT mērķa grupu attiecināmā administratīvā sistēma un esošie vērtēšanas rīki vēsturiski vairāk saistīti ar pakalpojumu sniegšanu institūcijā;
- pašreizējā Latvijas politika ir vērsta arī uz preventīviem pasākumiem, lai mērķa grupa nenonāktu uz pastāvīgu dzīvi institūcijā, kas nozīmē, ka potenciāli mērāmo mērķa grupas pārstāvju esošo apstākļu spektrs ir ļoti plašs – no cilvēka, kas pastāvīgi dzīvo institūcijā, līdz cilvēkam, kura ikdienas gaitas un apstākļi neatšķiras no vidusmēra Latvijas iedzīvotāja.

Teorētiskais konteksts

Dzīves kvalitāte ir daudzdimensionāls koncepts, kas ietver visus dzīves aspektus. Joprojām nav panākta vienošanās ne par koncepta dimensiju skaitu, ne arī par dažādību, tomēr var teikt, ka dzīves kvalitāte ietver fizisko labsajūtu, materiālo labklājību, starppersonu attiecības, personīgo attīstību, pašnoteikšanos, emocionālo labsajūtu, sociālo iekļaušanos un tiesības.⁵⁷ Daļa jomas zinātnieku ir vienprātis par to, ka dzīves kvalitātes rādītāji cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem būtībā ir tādi paši kā visiem pārējiem cilvēkiem, taču personām ar smagiem traucējumiem šie rādītāji ir unikāli.⁵⁸

Latvijā biedrība „Latvijas Kustība par neatkarīgu dzīvi” 2012. gadā veica apjomīgu pētījumu par dzīves kvalitātes mērīšanas metodēm, izvērtējot to piemērotību cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem.⁵⁹ Pētījums ietver izvērsumu par jēdziena definējumu, tajā analizēta arī virkne citu zinātnisko un praktisko

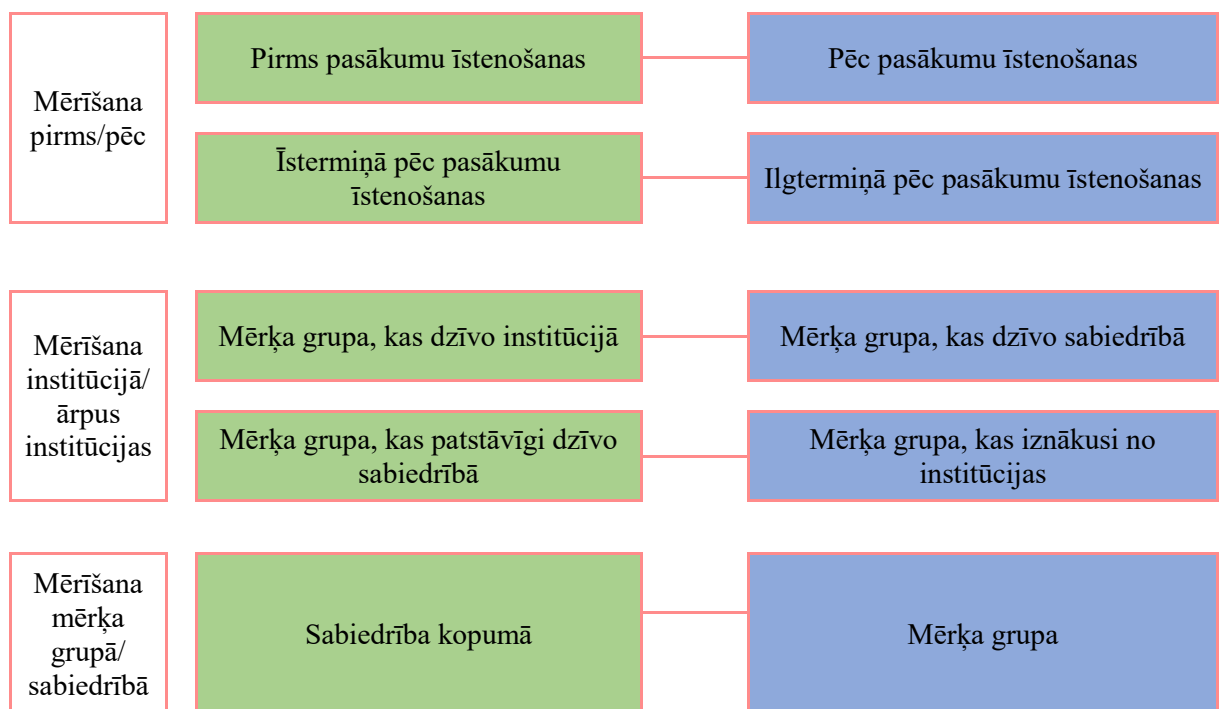
⁵⁷ <https://enciklopedija.lv/skirklis/61290-dz%C4%ABves-kvalit%C4%81te->

⁵⁸ Quality of Life Indicators for Individuals With Intellectual Disabilities: Extending Current Practice. Ivan Brown, Chris Hatton, and Eric Emerson. INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. DOI: 10.1352/1934-9556-51.5.316. 2013, Vol. 51, No. 5, p. 318.

⁵⁹ Pētījums par dzīves kvalitātes izvērtējuma metodēm un instrumentiem (1.daļa). Projekta „Biedrības „Latvijas Kustība par neatkarīgu dzīvi” kapacitātes stiprināšana līdzdalībai sociālo pakalpojumu cilvēkiem ar invaliditāti plānošanas un kvalitātes izvērtēšanas procesos” (Līguma identifikācijas nr. IDP/1.5.2.2.2./11/APIA/SIF/015/50) ietvaros, 2012

pētījumu. Iepriekšējā pētījuma analīze ņemta vērā arī šajā pētījumā, un par turpmākās izvērtēšanas strukturālo pamatu izvēlēts tematisko sastāvdaļu jeb domēnu salīdzinājums dažādās metodoloģijās un pieejās – tas izvērsti nākamajā sadaļā. Lai dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģiju izmantotu politikas intervences plānošanā vai sasniegto rezultātu mērīšanā, nepieciešams salīdzināt ar tādu atskaites punktu, kas kļūst par pamatu secinājumu izdarīšanai. Izvērtējuma gaitā identificētas vairākas iespējamās pieejas references līmeņa izvēlei: mērīšana pirms/pēc intervences, institūcijā/ ārpus institūcijas, mērķa grupā/ sabiedrībā kopumā.

60. attēls. Salīdzināšanas pieejas politikas intervences vērtēšanai ar dzīves kvalitātes mērīšanu



Avots: Autoru veidots

Attiecībā uz mērījumu saturu par būtisku izvēli uzskatāma līdzsvara veidošana starp subjektīvajiem un objektīvajiem dzīves kvalitātes rādītājiem. Turpmāk izvērtēta katra no minētajām konceptuālajām izvēlēm.

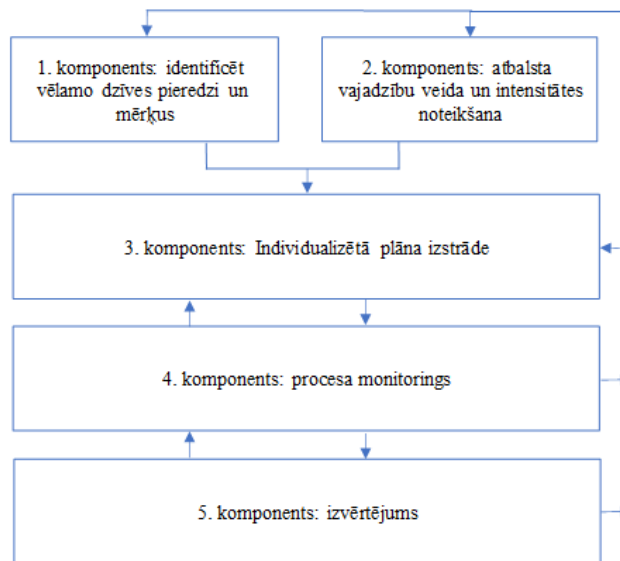
Mērīšana pirms/ pēc

Dzīves kvalitātes mērīšana pirms un pēc politikas pasākumu īstenošanas nodrošina vispārliciecināko pamatojumu, ja izdodas nošķirt pasākumu ietekmi no citas ietekmes. Taču šādi pieejai ir divi ierobežojumi:

- ja politikas pasākumi ir fokusēti uz specifisku problēmu risināšanu un skar tikai vienu no dzīves kvalitātes aspektiem, tad, veicot vispusīgu dzīves kvalitātes mērījumu, viena aspekta izmaiņu rezultātā kopvērtējums mainīsies minimāli. Savukārt, mērot tikai intervences skarto dzīves kvalitātes aspektu, ietekme tiks novērtēta precīzi, taču dzīves kvalitātes mērījums nebūs vispusīgs. Tas var radīt sarežģījumus ilgtermiņa dinamikas vērtēšanā, ja laika gaitā tiek mērīti dažādi aspekti;
- dzīves kvalitātes subjektīvais vērtējums īstermiņā (pēc politikas intervences) var neuzrādīt uzlabojumus, jo vairumā gadījumu, pārceļoties no institūcijas uz dzīvi sabiedrībā, rodas virkne jaunu problēmu un situāciju, kas mērķa grupas personai jāatrisina. Īstermiņā tas var atspoguļoties negatīvā pārmaiņu vērtējumā, un objektīvāku mērījumu iespējams veikt tikai pēc ilgāka laika.

Potenciāls minēto problēmaspektu risinājums varētu būt detalizētās izsekojamības principa piemērošana dzīves kvalitātes mērīšanas sistēmas izvēlē/izveidē. Tas nozīmētu, ka metodoloģija ir pietiekoši elastīga, lai atsevišķi varētu pētīt un vērtēt tos aspektus, kas tiešā veidā saistīti ar politikas intervenci, un mērīšanu varētu nodrošināt ilgtermiņā. Vērtējot dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģijas lomu pirms/pēc intervences kontekstā, būtiski ir ņemt vērā visus politikas intervences plānošanas un ieviešanas cikla posmus un tajos izmantotos instrumentus – sākot ar problēmu un vajadzību identificēšanu pirms pasākumu īstenošanas, no vienas puses, un politikas rezultātu ietekmes mērīšanu, no otras.

61. attēls. Individualizēta atbalsta novērtēšanas, plānošanas, uzraudzības un izvērtēšanas process



Avots: Conceptualizing Supports and the Support Needs of People With Intellectual Disability⁶⁰

61. attēls parāda atbalsta plānošanas procesu personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem. Saskaņā ar starptautisko ziņojumu par “Cilvēku ar intelektuālās attīstības traucējumiem atbalsta un atbalsta vajadzību konceptualizēšanu,”⁶¹ šis process sastāv no 5 secīgiem posmiem:

1. posmā tiek noteikts, ko cilvēks visvairāk vēlas un kas viņam ir jādara. Šajā posmā uzmanība tiek pievērsta personas sapņiem, personiskajām vēlmēm un interesēm. Svarīgi noskaidrot, kas personai ir svarīgs, diskutējot būtiski ir neaprobežoties ar pieejamajiem pakalpojumiem vai iespējamajiem šķēršļiem (piemēram, personas prasmju ierobežojumiem). Tiek ņemti vērā personas pašreizējās dzīves aspekti un pievienoti elementi, kuri nākotnē uzlabos personas dzīvi.
2. posmā tiek novērtētas personas atbalsta vajadzības – nepieciešamā atbalsta raksturs, lai persona spētu iesaistīties darbībā, kas saistītas ar jau identificētajām personas dzīves prioritātēm un vajadzībām. Šajā posmā iespējams izmantot AIS vai jebkuru citu vērtēšanas metodi. Tiek uzsvērts, ka atbalsta vajadzību novērtēšana nav saistīta ar personisko kompetenču novērtējumu.
3. posmā, balstoties uz divu pirmo posmu komponentiem, tiek izstrādāts individualizēts rīcības plāns atbalsta nodrošināšanai un sniegšanai. Šajā posmā diskusijas fokuss mainās no nākotnes uz pašreizējo

⁶⁰ James R. Thompson, Valerie J. Bradley, Wil H. E. Buntinx, Robert L. Schalock, Karrie A. Shogren, Martha E. Snell, and Michael L. Wehmeyer, with Sharon Borthwick-Duffy, David L. Coulter, Ellis (Pat) M. Craig, Sharon C. Gomez, Yves Lachapelle, Ruth A. Luckasson, Alya Reeve, Scott Spreat, Marc J. Tasse', Miguel A. Verdugo, and Mark H. Yeager

https://www.researchgate.net/publication/24279591_Conceptualizing_Supports_and_the_Support_Needs_of_People_With_Intellectual_Disability

⁶¹ Conceptualizing Supports and the Support Needs of People With Intellectual Disability. James R. Thompson, Valerie J. Bradley, Wil H. E. Buntinx, Robert L. Schalock, Karrie A. Shogren, Martha E. Snell, and Michael L. Wehmeyer, with Sharon Borthwick-Duffy, David L. Coulter, Ellis (Pat) M. Craig, Sharon C. Gomez, Yves Lachapelle, Ruth A. Luckasson, Alya Reeve, Scott Spreat, Marc J. Tasse', Miguel A. Verdugo, and Mark H. Yeager

https://www.researchgate.net/publication/24279591_Conceptualizing_Supports_and_the_Support_Needs_of_People_With_Intellectual_Disability

situāciju, tiek uzsvērts, ka ir svarīgi izstrādāt un īstenot optimistisku un reālistisku rīcības plānu. Individualizētajam plānam būtu jānosaka a) aktivitātes, kurās persona varētu iesaistīties ikdienā, un b) sniegtā atbalsta veidus un to intensitāti (un kurš to veiks).

4. posms ir progresa uzraudzība jeb monitorings, šajā posmā tiek pārbaudīti individuālo plānu rezultāti. Monitorings ir pastāvīgs un sistemātisks pasākums, kurā tiek uzraudzīta attiecība starp plānoto un faktisko.

Noslēdzošais posms ir izvērtējums, kas vērstas uz to, cik lielā mērā tiek īstenota vēlamā dzīves pieredze, personīgie mērķi un rezultāti. Personīgās izvēles un prioritātes laika gaitā var mainīties, un izvērtējums nodrošina, ka plāni tiks pārskatīti gadījumos, kad tie vairs neatbilst personas vajadzībām. Turklāt apkopotie dati par rezultātiem var sniegt informāciju par to, cik lielā mērā atbalsta sistēma atbilst personu vajadzībām.

Izvērtējot šo struktūru dzīves kvalitātes mērīšanai, galvenās priekšrocības saskatāmas divos posmos – pirmajā un piektajā. Sākumā, pirms vajadzību noteikšanas ar AIS vai citiem rīkiem, dzīves kvalitātes mērījumam ir svarīga loma gan references punkta noteikšanā, turpmākā progresa vērtēšanā, gan arī lai identificētu atbalstāmās jomas. 1. posmā vērtējamie personas sapņi, personiskās vēlmes un intereses var būt gan kā dzīves kvalitātes mērīšanā identificēto atbalstāmo jomu atvērts un padziļināts vērtējums, gan arī kā metodiska sastāvdaļa dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģijā. Respektīvi, dzīves kvalitātes mērīšana var būt kā sistemātiska daļa no 1. posma vai arī papildinošs instruments pilnvērtīgākam situācijas novērtējumam. Pēdējā (5.) posmā dzīves kvalitātes mērīšana var atklāt, cik lielā mērā identificētās un atrisinātās vajadzības tiešām bijušas nozīmīgas atbalstāmās personas dzīvē.

Savukārt, vērtējot intervences beigu posmu, būtu jāņem vērā īstenoto pasākumu rezultātu ietekme plašākā kontekstā, no individuālā līmeņa uzmanību pārceļot uz atbalsta sistēmu kopumā, kur dzīves kvalitātes izpētei var izvirzīt jautājumu: vai mērķa grupu dzīves kvalitāte politikas intervences rezultātā ir uzlabojusies? Attiecībā uz dzīves kvalitātes koncepta saturu “pirms/pēc” pasākumu mērīšanas pieejai ir svarīgi noteikt atbilstošu izvēli – vai mērīt plašāk visas būtiskās dzīves kvalitātes jomas, vai detalizētāk tikai tās, uz kurām pasākumiem ir bijusi vislielākā ietekme.

Mērīšana institūcijā/ ārpus institūcijas

Saistībā ar DI procesu dzīves kvalitātes mērīšanas teorētiskā loma vērtējama divās dimensijās:

- identificēt, cik lielā mērā atbalsta pasākumu rezultātā uzlabojusies mērķa grupu dzīves kvalitāte pēc pārejas uz dzīvi sabiedrībā, kā arī identificēt jomas un iespējamus cēloņus, ja tā nav noticis;
- sekot, lai mērķa grupā, kas potenciāli varētu nokļūt institūcijā, dzīves kvalitāte nepasliktinātos tik lielā mērā, ka tas tiešā vai netiešā veidā kļūtu par iemeslu personas ievietošanai uz dzīvi institūcijā.

Tādēļ iespējamas vairākas pieejas mērījumu references izvēlei:

- salīdzināt dzīves kvalitāti mērķa grupas pārstāvjiem, kuri dzīvo institūcijā, pirms un pēc iziešanas no tās;
- sekot, lai sabiedrībā dzīvojošas personas dzīves kvalitātes līmenis nepazeminās vairāk kā par noteiktu kritisko vērtību;
- salīdzināt dzīves kvalitāti mērķa grupai, kas dzīvo sabiedrībā, ar mērķa grupu, kas dzīvo institūcijā.

Pirmajā pieejā tiešā veidā iegūstami dati par dzīves kvalitātes izmaiņām pēc iziešanas no institūcijas. Taču te svarīgi ir nošķirt, cik lielā mērā dzīves kvalitāti uzlabo dzīve sabiedrībā pati par sevi, kāda ir jauno problēmu un izaicinājumu loma, kā pārmaiņas tiek uztvertas psiholoģiski un kāda ir īstenoto politikas atbalsta pasākumu loma.

Zinātniskie pētījumi pasaulē uzrāda neviennozīmīgu ainu. Piemēram, lai vērtētu DI atbalsta aktivitāšu ietekmi uz dzīves kvalitāti, pētījumā “Deinstitutionalizācijas ietekme uz dzīves kvalitāti pieaugušajiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem”⁶² analizēti 13 pētījumi, kuros tika mērīta dzīves kvalitāte pieaugušajiem ar dažādu līmeņu intelektuālās attīstības traucējumiem, kuri ir pārcēlušies uz dzīvi kopienā no dažāda veida institūcijām. Secināts, ka pēc pārcelšanās no iestādes uz dzīvi kopienā vispārējā dzīves kvalitāte cilvēkiem ar viegliem/vidēji smagiem intelektuāliem traucējumiem nav būtiski uzlabojusies. Vienā no analizētajiem pētījumiem tika sniegti dati par cilvēku grupu ar smagiem/dziļiem intelektuālās attīstības traucējumiem. Pētījuma rezultāti liecina par ievērojamu dzīves kvalitātes rādītāju pieaugumu (minētajai personu grupai) 24 mēnešu laikā pēc pārvākšanās no institūcijas uz dzīvi kopienā.⁶³ Personu apakšgrupai (ar izaicinošu uzvedību), kas pārcēlās no dzīves iestādēs uz dzīvi kopienu centros (katrā centrā bija no 20 līdz 25 iedzīvotājiem), dzīves kvalitātes rādītāji ievērojami paaugstinājās 12 un 24 mēnešu laikā pēc pārvākšanās.⁶⁴ Savukārt personām, kuras pārcēlās no iestādēm uz maziem grupu dzīvokļiem, dzīves kvalitātes rādītāji 12 un 24 mēnešu laikā pēc pārvākšanās bija ievērojami augstāki nekā tiem, kas pārcēlās no institūcijas uz kopienu centriem.⁶⁵ Pētījumā secināts, ka īpaša uzmanība jāpievērš iedzīvotājiem ar demenci, kuri, iespējams, saskaras ar papildu problēmām un kuriem optimālas dzīves kvalitātes nodrošināšanai var būt nepieciešams īpašs atbalsts.⁶⁶

Pārceļoties uz dzīvi sabiedrībā, dzīves kvalitātes izmaiņas atkarīgas no dažādiem apstākļiem, tāpēc vērtējumu precizitāti var uzlabot, ja izdodas:

⁶² Effect of deinstitutionalisation on quality of life for adults with intellectual disabilities: a systematic review. McCarron M, et al. *BMJ Open* 2019;9: e025735. doi:10.1136/bmjopen-2018-025735 p.1.

⁶³ Turpat, p. 5.

⁶⁴ Turpat, p. 9.

⁶⁵ Turpat, p. 9.

⁶⁶ Turpat, p. 17.

- iespēju robežās saistīt dzīves kvalitātes mērīšanu ar saņemtajiem atbalsta pasākumiem un nošķirt dzīves kvalitātes pasliktināšanās efektu, kas saistīts ar pārmaiņu uztveri. To tehniski var paveikt, dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģijas bāzes jautājumus papildinot ar precizējošiem jautājumiem atkarībā no īstenotās politikas intervences veidiem, kā arī veicot mērīšanu ilgākā laika periodā;
- savlaicīgi ielānnot mērķa grupu dzīves kvalitātes mērīšanu ilgtermiņā tajos aspektos, kas tiešā veidā saistīti ar politikas pasākumu rezultātiem.

Mērīšana mērķa grupā/ sabiedrībā

Līdzšinējie pētījumi uzsver, ka cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem dzīves kvalitātes rādītāji pastāvīgi ir zemāki nekā pārējiem iedzīvotājiem un ka intelektuālo traucējumu līmenis, vides faktori, saņemtā atbalsta līmenis un raksturs var ietekmēt cilvēku ar intelektuālās attīstības traucējumiem dzīves kvalitāti.⁶⁷

Tādēļ viens no politikas lietderības mērīšanas aspektiem var būt atšķirību mērīšana dažādos dzīves kvalitātes aspektos starp mērķa grupu un sabiedrību kopumā. Respektīvi, ja kādā aspektā mērķa grupas dzīves kvalitāte nav nomērīta kā augsta, bet arī sabiedrībā kopumā minētajā aspektā tā ir līdzīgā līmenī, tad lielāka lietderība mērķa grupas atbalstam var būt citos aspektos, kur atšķirības ir lielākas.

Latvijā datus par dzīves kvalitāti apkopo Eurostat un CSP. Dzīves kvalitāti dažādos tās griezumos iekļauj dažādu jomu pētījumos, piemēram, Pārskatā par tautas attīstību 2004/2005⁶⁸ iekļauts pētījums par dzīves kvalitāti un cilvēku rīcībspēju reģionos un Pārskatā par tautas attīstību 2015/2016⁶⁹ dzīves kvalitāte pētīta dzīves meistarības un informācijpratības kontekstā.

Latvijā līdz šim veikti vairāki pētījumi, kuros aplūkotas dažādas jau izstrādātas dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģijas un izstrādātas specifiski Latvijas situācijai atbilstošās. 2006. gadā izstrādāts Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitātes indekss, lai regulāri un objektīvi izvērtētu Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitāti.⁷⁰ Tomēr šis indekss un līdzīgi mērījumi, kas paredz mērīt visu Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitāti, parasti neizdala dažādas iedzīvotāju grupas, vismaz ne tādā līmenī, lai varētu vērtēt personas ar GRT.

⁶⁷ Turpat, p. 18

⁶⁸ Latvija. Pārskats par tautas attīstību 2004/2005: Rīcībspēja reģionos. Latvijas Universitāte. Sociālo un politisko pētījumu institūts. 2005. Pieejams: <https://dspace.lu.lv/dspace/handle/7/2760>

⁶⁹ Latvija. Pārskats par tautas attīstību, 2015/2016: Dzīves meistarība un informācijpratība. B. Holma. 2017.

⁷⁰ Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitātes indekss. Stratēģiskās analīzes komisijas darba grupas atskaite. Rīga, 2006. 3.lpp.

Subjektīvie un objektīvie rādītāji

Papildus iepriekš iztirzātajiem mērījumu references variantiem, kā būtiska konceptuālā izvēle vērtējama iespēja izmantot subjektīvos vai objektīvos rādītājus. Dzīves kvalitātes mērīšanai var izmantot gan subjektīvos, gan objektīvos rādītājus.

Subjektīvie rādītāji raksturo cilvēka apmierinātību ar savu dzīvi un dažādiem tās aspektiem. Savukārt objektīvie rādītāji raksturo cilvēka dzīves aspektu atbilstību vispārpieņemtajiem standartiem, t.i. sabiedrības uzskatiem par to, kas ir dzīves kvalitāte, piemēram, materiālajiem dzīves apstākļiem, veselības stāvokli, labklājību u.c. Katra rādītāju grupa apskata atšķirīgus dzīves kvalitātes griezumus, un tikai abu rādītāju kombinācija sniedz pilnīgāku priekšstatu par personas dzīves kvalitāti. Tieši tāpēc daudzi jomas speciālisti uzskata, ka dzīves kvalitātes mērīšanas metodēm jāietver atsevišķi izmērāmi subjektīvie un objektīvie rādītāji.⁷¹ Tomēr, kā atzīst tādi autori kā Šeloks (*Schalock*), Kaminss (*Cummins*) un citi dzīves kvalitātes pētnieki, subjektīvie un objektīvie rādītāji parasti nav savstarpēji ļoti saistīti.⁷²

Par subjektīvo un objektīvo rādītāju kombinācijas nozīmību liecina arī Eurostat⁷³ apkopotie dati. Papildus objektīvajiem rādītājiem 2013. gadā ES oficiālajā statistikā sāks apkopot visu ES dalībvalstu iedzīvotāju vērtējumu par subjektīvo labklājību. ES iedzīvotāji, kas ir 16 gadus veci un vecāki, vērtēja savu apmierinātību ar dzīvi kopumā un konkrētos savas dzīves aspektos (piemēram, darbs, darba laiks, finansiālais stāvoklis un mājoklis). Objektīvie rādītāji attiecas uz tām pašām jomām, kurās pētīti subjektīvie rādītāji, un tos izmanto, lai papildinātu un analizētu subjektīvo vērtējumu informāciju.

Pētījumā par dzīves kvalitāti Latvijā uzsvērts, ka valsts, privātais sektors, NVO un pārvaldes institūcijas var cilvēkam palīdzēt veidot labvēlīgus dzīves priekšnosacījumus, statistika var apgādāt ar vidējiem aritmētiskiem rādītājiem un starptautiskiem salīdzinājumiem, tomēr reālā dzīves kvalitāte būs atkarīga no indivīda paša.⁷⁴

Tomēr nākamajās sadaļās veiktā pasaulē aprobēto metodoloģiju un tajās iekļauto jautājumu izpēte liecina, ka praksē robeža starp objektīvajiem un subjektīvajiem rādītājiem ne vienmēr ir strikti novelkama un dažādi autori objektīvos rādītājus interpretē dažādi. Kaut gan pamatā objektīvie rādītāji raksturo dzīves apstākļus, bet subjektīvie – apmierinātību ar tiem, pastāv virkne jautājumu, kas saistīti ar abām dimensijām. Objektīvie rādītāji šo metodoloģiju izpratnē nenozīmē tikai statistiski objektīvu informāciju, bet arī subjekta objektīvo apstākļu novērtējumu, piemēram: “Vai jums ir iespēja darīt to, ko jūs patiesi vēlaties darīt?” vai

⁷¹ Journal of Intellectual Disability Research. A systematic review of quality-of-life measures. volume 56-part 3 March 2012. P.272.

⁷² Journal of Intellectual Disability Research. A systematic review of quality-of-life measures. volume 56-part 3 March 2012. P.272.

⁷³ Quality of life Facts and views. Eurostat. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015

⁷⁴ Dzīves kvalitāte Latvijā. Bela B., Tisenkopfs T., Latvijas Valsts prezidenta kanceleja, 2006, 14. lpp.

“Cik daudz personīgā īpašuma jums ir, salīdzinot ar citiem cilvēkiem?”. Rezumējot vērtēšanas iespējas objektīvajiem rādītājiem, secināms, ka galvenās izvēles ir divos aspektos:

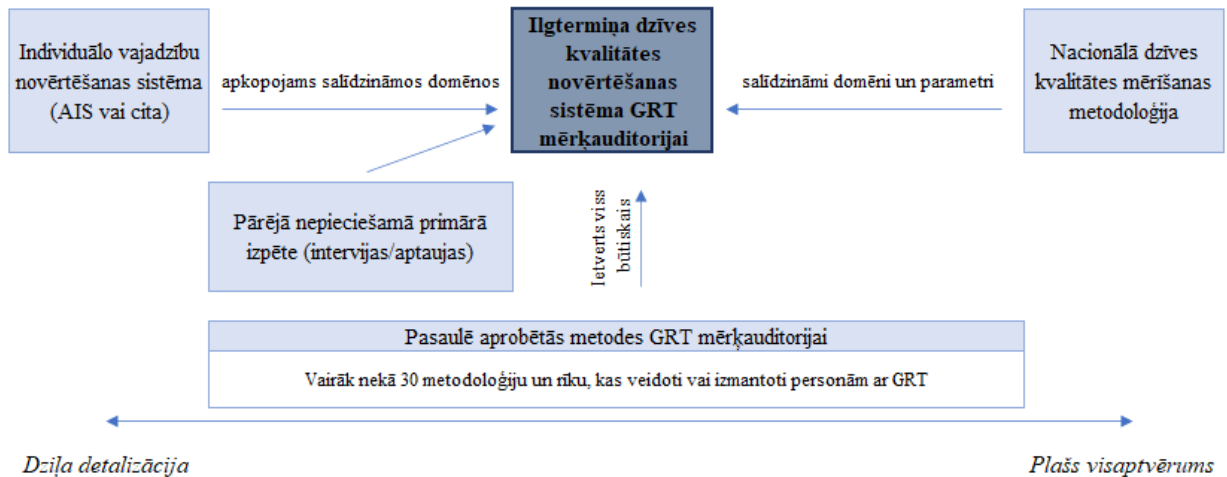
- vērtējamās personas pašas viedoklis par dzīves apstākļiem vai ārējs to vērtējums (statistika, iesaistīto pušu vērtējums);
- objektīvie rādītāji par tiem pašiem jautājumiem, par kuriem persona sniedz subjektīvo apmierinātības vērtējumu vai arī par atšķirīgiem jautājumiem.

Teorētisko apsvērumu kopsavilkums

Apkopojot iepriekšminētos apsvērumus, var rezumēt, ka dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģijas izvēlē personām ar GRT ir jāņem vērā vairāki aspekti.

1. *References punkta izvēle.* Lai tiešā veidā izdarītu secinājumus par politikas intervences ietekmi, mērķa auditorijas dzīves kvalitātes mērījumu var veikt pirms un pēc politikas pasākumu īstenošanas – īstermiņā un ilgtermiņā. Ņemot vērā, ka 2014.–2020. g. būtiska politikas intervences daļa personu ar GRT mērķa grupai orientēta uz DI un SBSP attīstību, un situācijas mērīšana “pirms intervences” daļai mērķa grupas vairs nav iespējama, sabiedrībā dzīvojošo mērķa grupas pārstāvju dzīves kvalitātes references līmenis var indikatīvi norādīt uz potenciālo ietekmi, ja to salīdzina ar institūcijā dzīvojošo personu dzīves kvalitāti. Lai novērtētu kopējo mērķa grupas stāvokli, par references līmeni var izmantot rezultātus no dzīves kvalitātes mērījuma sabiedrībā kopumā. Taču šādi mērījumi var būt pārāk neprecīzi, lai pamatoti vērtētu īstenoto pasākumu ietekmi. Tādēļ kā alternatīvu risinājumu var izmantot pašu vērtējamo personu viedokli par izmaiņām attiecībā pret references stāvokli pirms pakalpojumu saņemšanas.
2. *Sasaiste ar citiem politikas plānošanas un ieviešanas intervences loģikas posmiem un procesiem sabiedrībā kopumā.* Lai atbalstu mērķa grupai plānotu un īstenotu integrētā un sinerģiskā veidā, par vienu no priekšnosacījumiem var uzskatīt strukturālo saskanību, kas nozīmētu, ka dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģijas tematiskais strukturējums jeb domēni ir loģiski savietojami ar citiem instrumentiem, t.sk. Aprūpes līmeņa noteikšanas metodi, AIS, ja to lieto arī nākotnē, un nacionālo dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģiju. Tādēļ turpmākajā metodoloģijas izvēles procesā vērtētas dzīves kvalitātes mērīšanas saskaņotības iespējas gan ar individuālo vajadzību vērtēšanas rīka tematiskajām jomām, kas varētu vest uz padziļinātu detalizāciju, gan arī ar tematisko sadalījumu nacionālajā mērījumā, kas, savukārt, vedinātu uz plašāku tvērumu un agrīgēto statistisko datu izmantošanu. Pēc datu rakstura abas pieejas drīzāk uzskatāmas kā pretējas, tādēļ metodoloģijas izvēles jautājums vairāk ir par dominējošo pieeju.

62. attēls. Dzīves kvalitātes mērījuma metodes izvērtējuma struktūra plašākā situācijas kontekstā



Avots: Autoru veidots

3. *Elastīgums attiecībā uz dažādiem lietotājiem un uzlabojumiem/paplašināšanu nākotnē.* Vēlams, lai metodoloģija būtu pietiekoši elastīga, nodrošinot iespēju izsekot atsevišķu dzīves kvalitātes aspektu dinamikai, kas tieši sasaistāmi ar konkrētiem politikas pasākumiem, t.sk. ilgtermiņā. Rezultātiem ideālā gadījumā būtu jāļauj izdarīt secinājumus gan indivīda, gan politikas līmenī.

Lietotāju vajadzības

Diskusijā ar iesaistītajām pusēm apkopotas šādas specifiskās prasības, kas papildina un precizē iepriekš izvērtētos aspektus:

- metodoloģijai jābūt pietiekoši vienkāršai, lai to varētu īstenot ar sociālo darbinieku palīdzību bez ārpalpojuma izmantošanas;
- metodoloģijai jābūt pietiekoši precīzai, lai varētu sekot izmaiņām arī individuālā līmenī;
- metodoloģijai jāspēj palīdzēt izvērtēt īstenoto politikas pasākumu efektivitāti un lietderību.

Rezumējot visas vajadzības un izvēļu aspektus, kopējā pozīcija metodoloģijas izvēlē vai izstrādē raksturojama kā universāls instruments ilgtermiņa lietošanai stāvokļa un izmaiņu vērtēšanai attiecībā uz dzīves kvalitāti personām ar GRT gan individuālā, gan politikas līmenī.

Metodoloģijas izvēles kritēriji

Dzīves kvalitātes mērīšanas metodes izvēlei tika noteikta konkrētu vērtēšanas aspektu kopa, balstoties uz tehniskās specifikācijas prasībām, iepriekš iztīrītajiem aspektiem, iesaistīto pušu un ekspertu viedokļiem un literatūras analīzi. Ņemot vērā, ka daļa aspektu ir ar savstarpēji izslēdzošu vai mazinošu efektu, tie sadalīti trijās grupās – izslēgšanas aspekti, ja neatbilst kāds no tehniskajā specifikācijā

minētajiem aspektiem; primārie aspekti, kuri interpretēti kā saistoši metodes izvēlē, un sekundārie aspekti, kuri ir vēlamai, bet var tikt neņemti vērā, ja ir pretrunā ar primārajiem.

Vērtēšanas aspekti apkopoti no trijiem skatu punktiem – mērķa grupu, metodoloģijas satura un dzīves kvalitātes mērīšanas īstenotāju un rezultātu lietotāju perspektīvas. Kritēriji formulēti un apkopoti 63. attēlā, kopā veidojot 7 izslēgšanas kritērijus, 7 primāros vērtēšanas un 4 sekundāros vērtēšanas kritērijus.

63. attēls. Dzīves kvalitātes mērīšanas metodes izvēles kritēriji

	Mērķa grupa	Metode	Veicēji	Lietotāji
Izslēgšanas kritēriji <i>(netiek vērtēts tālāk, ja neizpildās kāds no šiem)</i>	I1. Piemērots personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT	I3. Ietverti subjektīvie un objektīvie rādītāji	I6. Vērtētāju maksas sertifikācija, kura derīga noteiktu laiku	I7. Rezultāti ir kvantificējami un salīdzināmi laika dinamikā
	I2. Piemērots personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem un personām ar psihisku saslimšanu	I4. Ietverti visi likumā minētie aspekti: fiziskā un garīgā veselība, brīvais laiks un tā izmantošana, darbs, izglītība, saikne ar sabiedrību, tiesības patstāvīgi pieņemt lēmumus un tos realizēt, materiālais nodrošinājums		
		I5. Paredzēts personām ar GRT, kuras dzīvo gan institūcijā, gan ārpus institūcijas		
Primārie vērtēšanas kritēriji <i>(ietver pamata vajadzības attiecībā uz metodoloģiju)</i>	P1. Jautājumi neizslēdz mērķa grupu būtiskās robežsituācijās, kas identificētas mērķa grupu profilēšanā	P4. Metode ietver nozīmības mērīšanu respondentam vērtējamam dzīves kvalitātes aspektiem	P5. Individuālo mērīšanu var īstenot sociālie darbinieki	P6. Īstenotās politikas ietekmes mērīšanas iespēja īsā un vidējā termiņā
	P2. Metode atbilstoša arī personām ar viegliem GRT			P7. Sniegto SBSP ietekmes vērtēšanas iespēja arī ja nav bāzes dati par stāvokli pirms SBSP īstenošanas
	P3. Metode atbilstoša arī personām ar multipliem traucējumiem			
Sekundārie vērtēšanas kritēriji	S1. Iespēja pielietot metodi mērķa grupai 55+	S2. Pilnvērtīgs un sabalansēts informācijas avotu kopums 4 blokos- objektīvie dati, respondenta, sociālā darbinieka un neformālā aprūpētāja vērtējumi	S3. Pamatvajadzību noteikšanas, individuālā atbalsta plāna un dzīves kvalitātes mērīšanas sasaiste vienotā politikas intervences loģiskajā ķēdē	S4. Salīdzināmība ar dzīves kvalitātes mērījumu nacionālā un ES līmenī - salīdzināmība ar Eurostat un CSP datiem.

Avots: Autoru veidots

Pašreizējā situācija dzīves kvalitātes mērīšanā personām ar GRT un pasaulē lietoto metodoloģiju apzināšana

Situācija Latvijā

Latvijā pašreiz nav vienotas metodoloģijas, kā novērtēt saņemtā sociālā pakalpojuma atbilstību personas ar GRT vajadzībām vai ietekmi uz personas dzīves kvalitātes izmaiņām. Tas apgrūtina pierādījumos balstītu priekšlikumu izstrādi sociālo pakalpojumu pilnveidei. Dzīves kvalitātes mērīšanai

nacionālajā līmenī veikti vairāki pētījumi. Būtiskākās līdzšinējās iestrādes dzīves kvalitātes novērtēšanā personām ar GRT ir šādas:

2012. gadā „Latvijas Kustība par neatkarīgu dzīvi” izstrādāja pētījumu par dzīves kvalitātes izvērtējuma metodēm un instrumentiem⁷⁵. Pētījumā apskatīti daudzi dzīves kvalitātes novērtēšanas instrumenti, kuri paredzēti cilvēku ar funkcionāliem traucējumiem dzīves kvalitātes izvērtēšanai. Vairāki no tiem paredzēti arī personām ar GRT, intelektuālās attīstības traucējumiem vai psihiskām saslimšanām. Balstoties uz R. Šeloka (*Schalock*) piedāvāto astoņu dzīves sfēru/ domēnu modeli, pētījuma rezultātā izstrādāts dzīves kvalitātes novērtēšanas modelis, kurš izmantojams gan pašvaldībā balstītu sociālo pakalpojumu, gan ilgstošas aprūpes pakalpojumu ietekmes uz dzīves kvalitāti izvērtēšanai.⁷⁶ Šis modelis izmantojams arī personu ar GRT un gados vecāku cilvēku dzīves kvalitātes mērīšanai.

2017. gadā atbalsta personas pakalpojuma izstrādes ietvaros biedrība “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ”ZELDA”” analizēja četrus personām ar GRT piemērotus dzīves kvalitātes novērtēšanas instrumentus.⁷⁷ Tika izveidota “Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem”. Tā rezultātā atbalsta pakalpojuma ietvaros dzīves kvalitāte personām ar GRT tika mērīta ar “Subjektīvo dzīves kvalitātes instrumentu”⁷⁸. Pielikumā Nr. 13. apkopotas “Pētījumā par dzīves kvalitātes izvērtējuma metodēm un instrumentiem” un “Rokasgrāmatā atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem” apskatītās dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģijas, kuras paredzētas personām ar GRT, intelektuālās attīstības traucējumiem vai psihiskām saslimšanām.

KPR DI projekta progresa ziņojumā⁷⁹ izklāsta rezultātus, kas iegūti projekta dalībnieku aptaujā par dzīves kvalitāti. Aptauja ietvēra 11 jautājumus par izmaiņām pēc pakalpojumu saņemšanas, piemēram: “Vai ir uzlabojušās attiecības ar ģimenes locekļiem?”. Aptaujai nav norādīta metodoloģiskā reference. Jautājumu forma pēc būtības vērtējama kā izmaiņu pašvērtējums objektīvos rādītājos par sociālajām attiecībām un iekšējiem stāvokļiem/sajūtām.

⁷⁵ Pētījums par dzīves kvalitātes izvērtējuma metodēm un instrumentiem un Metodoloģija dzīves kvalitātes nodrošināšanas cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem izvērtēšanai sociālos pakalpojumos. Projekta „Biedrības „Latvijas Kustība par neatkarīgu dzīvi” kapacitātes stiprināšana līdzdalībai sociālo pakalpojumu cilvēkiem ar invaliditāti plānošanas un kvalitātes izvērtēšanas procesos” (Līguma identif. nr. IDP/1.5.2.2.2./11/APIA/SIF/015/50) ietvaros, 2012

⁷⁶ Metodoloģija dzīves kvalitātes nodrošināšanas cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem izvērtēšanai sociālos pakalpojumos. Biedrība “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ”ZELDA””. Rīga, 2017, 4. lpp.

⁷⁷ Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem (neapbēvētā versija). Biedrība “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ”ZELDA””. Rīga, 2017.

⁷⁸ Gigantesco A, Giuliani M. Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Ann Ist Super Sanita.* 2011;47(4):363–372. Pieejams: <http://www.scielosp.org/pdf/aiss/v47n4/a07v47n4.pdf>

⁷⁹ KPR DI plāna 2017.- 2020. gadam ieviešanas progresa izvērtējums, 2020

Taču šo metožu izvērtējums liecina, ka tās neietver pilnvērtīgu dzīves kvalitātes vērtējumu visām personu ar GRT apakšgrupām vai sabalansētu objektīvo un subjektīvo aspektu kopu, kas būtu izmantojama ilgtermiņā gan individuālās dinamikas, gan politikas ietekmes mērīšanā.

Nacionālo mērījumu (kas mēra dzīves kvalitāti sabiedrībā kopumā) izvērtējums liecina, ka tie vairāk orientēti uz objektīvās informācijas apkopošanu un neietver specifiskos aspektus, kas ir būtiski personām ar GRT. Līdz ar to iztrūkst tādas dzīves kvalitātes vērtēšanas metodes, kas sabalansēti vērtētu dažādus objektīvos un subjektīvos aspektus, kā arī būtu piemērojama personām, kas dzīvo gan institūcijā, gan sabiedrībā.

Situācija pasaulē

Jēdziena “dzīves kvalitāte” izmantošana rezultātu mērīšanai saistāma ar vairākiem izaicinājumiem. Viens no tiem ir iespēja dzīves kvalitāti definēt neskaitāmos veidos, kas attiecīgi paver iespējas to arī mērīt neskaitāmos veidos. Rezultātā ir izstrādāts liels daudzums dažādu dzīves kvalitātes vērtēšanas modeļu, kuri savā starpā pārklājas, iekļaujot objektīvos un subjektīvos rādītājus, vajadzību apmierināšanu, psiholoģiskās un subjektīvās labsajūtas modeļus, veselību, funkcionēšanu un sociālos modeļus.⁸⁰

Pasaulē ir izstrādāti un tiek izmantoti vairāki desmiti metodoloģiju un metožu dzīves kvalitātes mērīšanai, kas lielākā vai mazākā mērā paredzētas tieši GRT auditorijai. Ir veikta virkne pētījumu ar mērķi noteikt, kura no metodēm uzskatāma par pamatotāko un labāko, taču viennozīmīgi secinājumi nav gūti, jo nav vienotas izpratnes par dzīves kvalitātes kā jēdziena saturu un tēmām jeb domēniem, kurus būtu jāietver dzīves kvalitātes mērīšanā tieši šai mērķa grupai. Pētījumi liecina, ka izstrādāto metožu atšķirības lielā mērā nosaka izstrādātāja darbības joma un primārais izmantošanas mērķis.⁸¹

Nākamajā sarakstā apkopotas zinātniskajā literatūrā analizētās dzīves kvalitātes metodoloģijas, metodes un rīki, kas lietoti cilvēku ar GRT auditorijā un pēc izvēlētajiem kritērijiem analizēti šajā novērtējumā.

1. *Dzīves kvalitātes instrumenti (“Quality of Life tools”, autors: Džims Konrojs (Amerikas Savienotās Valstis))*
2. *Kentas universitātes dzīves kvalitātes aptauja (“Adult Social Care Outcomes Toolkit – ASCOT”, autori: Netten A., Burge P., Malley J., Portoglou D., Towers A., Brazier J., Flynn T., Forder J., Wall B. (Lielbritānija))*
3. *R. Šeloka Personīgo ieguvumu skala (Personal Outcomes Scale)*

⁸⁰ Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. Connell et al. Health and Quality of Life Outcomes 2012, 10:138. Pieejams: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-10-138>

⁸¹ turpat

4. *Subjektīvais dzīves kvalitātes instruments ("Subjective quality of life instrument", autori: Antonella Gigantesco un Massimo Giuliani (Itālija))*
5. *Personīgās labklājības indekss pieaugušajiem (Personal Wellbeing Indenav – Adult, PWI-A)*
6. *Personīgās labklājības indekss cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem ("Personal Wellbeing Indenav –Intellectual Disability")*
7. *Dzīves kvalitātes anketa/intervija (Quality of Life Questionnaire/ Interview) (Bigelow)*
8. *Lankašīres dzīves kvalitātes profils (Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP))*
9. *Vispusīgā dzīves kvalitātes skala (The Comprehensive Quality of Life Scale)*
10. *Dzīves kvalitātes anketa (Quality of Life Questionnaire) (Schalock & Keith 1993)*
11. *"World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) (visi moduļi) (2004)*
12. *Mana dzīve: personīgo ieguvumu indekss (My Life: Personal Outcomes Indenav)*
13. *INICO-FEAPS scale*
14. *San Martin Scale (Verdugo et al., 2014)*
15. *Life Experiences Checklist Ager & Eglinton*
16. *Escala Pessoal de Resultados (Personīgo ieguvumu skalas portugāļu versija)*
17. *Choice Questionnaire Stancliffe & Parmenter*
18. *Evaluation of Quality of Life Instrument (EQLI)*
19. *Life Satisfaction Matrinav Lyons*
20. *Lifestyle Satisfaction Scale (LSS) Heal & Chadsey-Rusch*
21. *Multifaceted Life Satisfaction Scale (MLSS) Harner & Heal (1993)*
22. *Quality of Life Interview Schedule (QUOLIS) Ouellette-Kuntz*
23. *Guernsey Community Participation and Leisure Assessment (GCPLA)*
24. *Maryland Ask Me! Project Bonham et al. 2004)*
25. *Overt Behaviour Scale Kelly et al. (2006)*
26. *Quality of Life Indenav Campo et al. (1996)*
27. *Quality of Life Assessment Tool Johnson & Cocks (1989)*
28. *Consumer Satisfaction Survey Temple University*
29. *Mood Interest Pleasure Questionnaire Ross & Oliver (2003)*
30. *Dzīves kvalitātes novērtēšanas modelis (Biedrība „Latvijas Kustība par neatkarīgu dzīvi”)*
31. *"The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL) (O'Boyle et al., 1993)"*
32. *Control Autonomy Self-realization Pleasure (CASP-19) (Hyde et al, 2003)*
33. *The Kemp Quality of Life Scale (KQOL) (Kemp & Ettelson, 2001)*
34. *Quality of Life Scale (QOLS) (Burckhardt & Anderson, 2003)*
35. *INTEGRAL Quality of Life Scale (Verdugo et al., 2007)*
36. *NUEVA (Austria)*
37. *Quality of Life Questionnaire Brown & Bayer*

Saraksts izveidots, apkopojot dažādos literatūras avotos sniegto informāciju, un ietver tādas metodoloģijas, metodes un rīkus, kas paredzēti speciāli GRT mērķauditorijai vai tajā izmantoti. Šis saraksts

izmantots kā turpmākās analīzes starta punkts, izvērtējot atbilstību iepriekšējā sadaļā definētajiem kritērijiem.

Dzīves kvalitātes mērīšanas instrumentu atlase pēc izvēlētajiem kritērijiem

Dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģijas atlases pirmajam posmam vērtēšanai izvēlēts 39 metožu “garais saraksts”. Informācijas avoti ietvēra gan Latvijā iepriekš izstrādātos dokumentus “Pētījums par dzīves kvalitātes izvērtējuma metodēm un instrumentiem” un “Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem” (izvilkums no šiem avotiem ietverts Pielikumā Nr. 13.), gan starptautiskus salīdzinošos pētījumus – “Sistemātisks pārskats par dzīves kvalitātes pasākumiem cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem un izaicinošu uzvedību”⁸² u.c. pētījumus, kā arī pašu metodoloģiju aprakstus, ko snieguši to autori.

Metodoloģijas tika pakļautas 3 līmeņu atlases kritēriju vērtēšanai, kas izklāstīti iepriekšējā sadaļā. Ja tika identificēta neatbilstība kādam no izslēgšanas kritērijiem, vērtēšanu pārtrauca. Taču līdz tam brīdim identificētā atbilstība primārajiem un sekundārajiem kritērijiem tika fiksēta vienotajā vērtēšanas tabulā (skat. Pielikumu Nr. 14.). Tādēļ tabulā atainotais izslēgto metodoloģiju vērtējums neaptver visus primāros un sekundāros kritērijus pilnīgi visām vērtētajām metodoloģijām.

Ņemot vērā lielo metodoloģiju skaitu un ierobežotās iespējas padziļināti izpētīt katru atsevišķi, rezultāti tika izvērtēti, ņemot vērā pieejamo konteksta informāciju. Metodoloģijas, kurām bija virkne būtisku priekšrocību, tika vērtētas vēlreiz. Atsevišķi tika izvērtēta atlasīto metodoloģiju piemērotība dažādajām izmantošanas situācijām gan no mērķa grupu, gan īstenotāju perspektīvas.

Nākamajā sadaļā detalizētāk izvērsta informācija par domēnu analīzi, jo tā principiāli nosaka vairāku kritēriju piemērojamību:

I4. ietverti visi likumā minētie aspekti: fiziskā un garīgā veselība, brīvais laiks un tā izmantošana, darbs, izglītība, saikne ar sabiedrību, tiesības patstāvīgi pieņemt lēmumus un tos realizēt, materiālais nodrošinājums;

S3. pamatvajadzību noteikšanas, individuālā atbalsta plāna un dzīves kvalitātes mērīšanas sasaiste vienotā politikas intervences loģiskajā ķēdē;

S4. salīdzināmība ar dzīves kvalitātes mērījumu nacionālā un ES līmenī – salīdzināmība ar Eurostat un CSP datiem.

⁸² Journal of Intellectual Disability Research. A systematic review of quality of life measures. volume 56 part 3 March 2012. P.272.

Tas, cik stingri tiek vērtēta metodoloģijas atbilstība šiem kritērijiem (pirmais ir izslēgšanas, bet pēdējie – sekundārie kritēriji), lielā mērā nosaka metodoloģijas tvēruma plašumu un jau izstrādāto metodoloģiju izvēles loku.

Domēnu izvērtējums

Dzīves kvalitātes vērtēšanas tēmas jeb domēni atspoguļo dzīves kvalitātes multidimensionalitāti un to, cik lielā mērā metodoloģijas tvērums uzskatāms par pilnvērtīgu. Sākot metodoloģijas izvēli un pielāgošanu Latvijas situācijai, domēni vērtējami kā viens no centrālajiem izvēles (izslēgšanas) kritērijiem, jo raksturo gan saturu, kā tiek interpretēta dzīves kvalitāte kā koncepts, gan arī nosaka procesu – cik plaša būs vērtēšana un kāda būs tās loma pārējo politikas intervences vērtēšanas instrumentu vidū.

Domēnu izvēles kontekstā būtiski ir divi jautājumi:

- kā nodrošināt, lai izvēlētajā dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģijā nebūtu izlaists kāds būtisks mērāmais aspekts?
- vai ir iespējams nodrošināt tematisko saskanību ar mērķa grupu individuālo vajadzību novērtēšanas metodikām, no vienas puses, un nacionālo dzīves kvalitātes mērīšanu, no otras puses, lai varētu sekot un salīdzināt rezultātus plašākā atbalsta procesa un nacionālā līmeņa kontekstā?

Dzīves kvalitāti iespējams mērīt, izmantojot dažādu līmeņu vērtēšanas sistēmas, kuras iedalās individuālā (mikro), organizāciju (mezo) un sistēmu jeb sabiedrības (makro) līmenī. Šāds nodalījums nav uzskatāms par ļoti precīzu, un tiek lietots tikai tādā mērā, lai ērtāk salīdzinātu domēnu saskaņotību dažādos līmeņos. Individuālajā jeb mikrolīmenī domēni vērtēti esošajiem instrumentiem, kas Latvijā tiek lietoti personu ar GRT vajadzību noteikšanai. Makrolīmenī tie vērtēti nacionālās dzīves kvalitātes statistikas sistēmai. Dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģijas, kuras izmanto personu ar GRT vērtēšanai, vairāk attiecināmas uz mezolīmeni, it īpaši situācijās, kad vērtēšanas mērķis ir noteikt sniegto pakalpojumu ietekmi un lietderību. Taču šāda kategorizācija ir stipri nosacīta un izvēlēta ērtākam salīdzinājumam, jo praksē metodoloģijas ietver virkni individuālo aspektu un dažreiz – arī makrolīmeņa rādītājus.

29. tabulā mikrolīmenī apkopoti AIS un Novērtēšanas kartes fizisko un garīgo spēju izvērtēšanas un aprūpes līmeņa noteikšanai ietvertās tēmas jeb domēni. Makrolīmenī iekļautas ES Dzīves kvalitātes dimensijas, kuras mēra ar Eurostat dzīves kvalitātes indikatoriem, un CSP dzīves kvalitātes rādītāji.

29. tabula. Dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģiju tematisko domēnu salīdzinājums pa līmeņiem

Sociālo pakalpojumu un palīdzības likums	Mikrolīmenis		Mezolīmenis			Makrolīmenis	
	Vajadzību noteikšana		Dzīves kvalitātes mērīšana - GRT piemēri			Dzīves kvalitāte sabiedrībā	
	AIS	Aprūpes līmeņa noteikšanas (GRT)	R.Šeloka dzīves domēni	Council on Quality and Leadership	HSRI and NASDDDS	ES/Eurostat	CSP
			Veselība				
fiziskā veselība	veselība un drošība	Veselības uzturēšana	Emocionālā labsajūta.	Veselība un labsajūta		Veselība	Veselība
garīgā veselība	medicīniskā aprūpe		Fiziskā labsajūta.				
			Izglītība				
izglītība	mūžizglītība	Pamatizglītība	Personības attīstība.			Izglītība	Izglītība
			Attiecības, sociālā iekļaušanās				
saikne ar sabiedrību	sociālās aktivitātes	Saskarsme	Starppersonu attiecības.	Piederība	Attiecības	Atpūta un sociālā mijiedarbība	
	dzīve kopienā	Pāra un grupas attiecības	Sociālā iekļaušana.	Identitāte (personīgie mērķi, intīmās attiecības)	Iekļaušanās kopienā		
			Materiālā labklājība un darbs				
materiālais nodrošinājums	nodarbinātība	Darba prasmes un spējas	Materiālā labklājība.		Darbs	Materiālie dzīves apstākļi	Materiālie dzīves apstākļi
darbs						Produktīvas aktivitātes un darbs	Produktīvas aktivitātes un darbs
			Drošība				
		Drošība		Drošība		Ekonomiskā un personiskā drošība	Ekonomiskā un personiskā drošība
			Tiesības				
		Sevis apzināšanās (zina savas tiesības)	Tiesības.	Tiesības		Pārvaldība un pamattiesības	
			Lēmumi, izvēle, autonomija				
tiesības patstāvīgi pieņemt lēmumus un tos realizēt	interesu aizstāvība	Pašaprūpe	Pašnoteikšanās	Autonomija (izvēle, privātums, lēmumi)	Izvēles un lēmumi	Pārvaldība un pamattiesības	
	dzīve mājās			Identitāte	Pašnoteikšanās		

Avots: Autoru veidots

Lai izvērtētu principiālo saderību ar izvērtējumā analizētajām dzīves kvalitātes metodoloģijām personām ar GRT, mezolīmenī izvēlēti trīs plaši lietoti modeļi, kas reprezentē dažādas pieejas domēnu kopas izvēlē:

- viena no plašāk izmantotajām domēnu kombinācijām dažādās aprobētajās dzīves kvalitātes mērīšanas metodēs – Šeloka (*Schalock*) 8 dzīves domēnu modelis⁸³,
- personīgo ieguvumu mērīšanas metode⁸⁴ kā paraugs vienai no konkrētām metodēm un

⁸³ Effect of deinstitutionalisation on quality of life for adults with intellectual disabilities: a systematic review. McCarron M, et al. *BMJ Open* 2019;9:e025735. doi:10.1136/bmjopen-2018-025735

⁸⁴ https://www.researchgate.net/publication/321727785_The_Personal_Outcome_MeasuresR

- NASDDDS (*National Association of State Directors of Developmental Disabilities Services*) izstrādātā pamatindikatoru kopa⁸⁵.

Šo trīs dalījumu izvēle dod padziļinātu ieskatu dažādo metodoloģiju tematiskajā struktūrā un ļauj konceptuāli salīdzināt dažādos vērtēšanas līmeņus.

Visi līmeņi salīdzināti ar domēniem, kuri skaidroti Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma⁸⁶ terminā “dzīves kvalitāte”: personas, ģimenes, personu grupas, sabiedrības labklājības rādītājs, kas ietver fizisko un garīgo veselību, brīvo laiku un tā izmantošanu, darbu, izglītību, saikni ar sabiedrību, tiesības patstāvīgi pieņemt lēmumus un tos realizēt, kā arī materiālo nodrošinājumu. Vēsturiski “Likumā par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību” dzīves kvalitātes termins iekļāva sevī domēnu “pašnoteikšanās”, kas “Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā” tika aizvietots ar domēnu “tiesības patstāvīgi pieņemt lēmumus un tos realizēt”⁸⁷. Tikai 2017. gadā terminu papildināja ar domēnu “izglītība”.

Minētā likuma ietvaros šie domēni attiecināmi uz veciem cilvēkiem un personām ar funkcionāliem traucējumiem, paredzot, ka sociālās aprūpes pakalpojumu sniegšanas mērķis ir nodrošināt dzīves kvalitātes nepazemināšanos personai, kura vecuma vai funkcionālo traucējumu dēļ to nevar nodrošināt pati saviem spēkiem.⁸⁸ Saskaņā ar pētījuma tehnisko specifikāciju likumā noteiktā interpretācija izmantojama arī dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģijas izvēlē/izstrādē.

29. tabulā apkopotais domēnu salīdzinājums ļauj secināt, ka:

- nav iespējams precīzi strukturāli salīdzināt domēnu dalījumu, jo formulējumi, to saturs un interpretācijas ir saskaņīgi, bet ne identiski;
- kopumā novērojama tematiskā saskaņotība ar mikro un makrolīmeņa informāciju, kas tiešā vai netiešā veidā Latvijā tiek izmantota mērķa grupu raksturošanai;
- relatīvi lielāka tēmu satura homogenitāte vērojama veselības un izglītības jomās, kā arī materiālā nodrošinājuma un nodarbinātības jomās;
- drošība, tiesības un autonomija ir tēmas, kas dažādos līmeņos pārklājas mazāk tiešā veidā.

⁸⁵ <https://www.nasddds.org/projects/national-core-indicators/>

⁸⁶ Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. 31.10.2002. <https://likumi.lv/ta/id/68488-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-likums>

⁸⁷ https://www.saeima.lv/L_Saeima7/lasa-LP1275_2.htm

⁸⁸ Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. 31.10.2002. 18. pants. <https://likumi.lv/ta/id/68488-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-likums>

Papildus 29. tabulā norādītājiem pastāv arī virkne citu domēnu variāciju. Pētījumā “Personu ar GRT dzīves kvalitāte: kvalitatīvo pētījumu sintēze”⁸⁹ identificēti 6 dzīves kvalitātes domēni, kuri ir svarīgi personām ar GRT, un tie ir: labklājība un nelabklājība; kontrole, autonomija un izvēle; sevis uztvere; piederība; aktivitāte; cerība un bezcerība. Labu dzīves kvalitāti raksturo labklājība, kontrole un autonomija, pozitīva sevis uztvere, piederības sajūta, līdzdalība patīkamā un nozīmīgā darbībā un pozitīvs skatījums uz nākotni. Turpretī slikta dzīves kvalitāte ir saistīta ar satraukumu, kontroles trūkumu pār simptomiem un dzīvi kopumā, negatīvu sevis uztveri, stigmatizāciju un atgrūšanu, samazinātu aktivitāti un grūtībām ikdienas darbībās, kā arī negatīvu skatījumu. Vispārējiem dzīves kvalitātes mērījumiem var neizdoties izmērīt sarežģīto un plašo domēnu klāstu, kuri ir svarīgi cilvēkiem ar GRT.⁹⁰

Pārskatā par “dzīves kvalitātes mērīšanu klientiem ar smagiem GRT” apskatītas 11 dažādas metodes un secināts, ka visbiežāk novērtētie domēni ir: nodarbinātība vai darbs, veselība, brīvā laika pavadīšana, dzīves apstākļi un attiecības.⁹¹

Kopumā vērtējams, ka dzīves kvalitātes mērīšanas rezultātus lielākā vai mazākā mērā ir iespējams saskaņot loģiskā sasaistē gan ar individuālo vajadzību izvērtēšanas posmu, gan ar nacionālo mērījumu rezultātiem, gan kopīgo tendenci, gan atšķirību izvērtēšanai. Taču domēnu atbilstība mikro, mezo un makrolīmenī nav izceļama kā būtisks kritērijs dzīves kvalitātes metodoloģijas izvēlē, jo iespējas nodrošināt precīzu atbilstību ir minimālas un tādējādi tiktu izslēgta virkne metodoloģiju, kas varētu būt atbilstošākas kopumā.

Citi būtiskie izvēles kritēriju aspekti

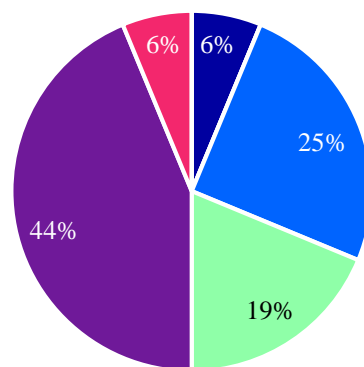
Vērtējot visu izslēgšanas kritēriju kopu, gandrīz puse no gadījumiem, kad identificēta neatbilstība izslēgšanas kritērijiem, attiecas uz mērķa grupas dzīves vietu: “I5. Paredzēts personām ar GRT, kuras dzīvo gan institūcijā, gan ārpus institūcijas”. No otras puses, lielāko daļu veido neatbilstība diviem kritērijiem: “I3. Ietverti subjektīvie un objektīvie rādītāji” un “I4. Ietverti visi domēni”.

⁸⁹ Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. Connell et al. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012, 10:138. Pieejams: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-10-138>

⁹⁰ Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. Connell et al. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012, 10:138. Pieejams: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-10-138>

⁹¹ Van Nieuwenhuizen C, Schene AH, Boevink WA, Wolf JRLM: Measuring the quality of life of clients with severe mental illness: a review of instruments. *Psychiatr Rehab J* 2011, 4:33–42.

64. attēls. Gadījumu skaits, kad identificēta dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģiju neatbilstība izslēgšanas kritērijiem, %

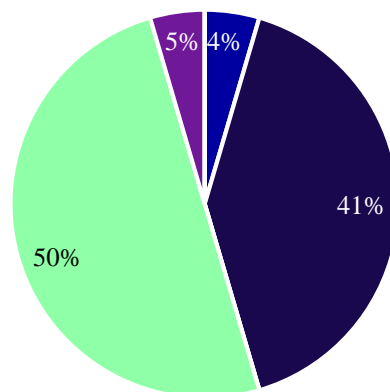


- I1. Piemērots personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT
- I3. Ietverti subjektīvie un objektīvie rādītāji
- I4. Ietverti visi domēni
- I5. Paredzēts personām ar GRT, kuras dzīvo gan institūcijā, gan ārpus institūcijas
- I6. Nav vērtētāju maksas sertifikācija, kura derīga noteiktu laiku

Avots: Autoru veidots

Balstoties uz pieejamo informāciju par vērtējamām metodoloģijām, virknē gadījumu tika identificēta daļēja atbilstība izslēgšanas kritērijiem. Vairumā gadījumu tie bija divi: “I4. Ietverti visi domēni” un “I2. Piemērots personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem un personām ar psihisku saslimšanu”.

65. attēls. Gadījumu skaits, kad identificēta dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģiju daļēja atbilstība izslēgšanas kritērijiem, %



- I1. Piemērots personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT
- I2. Piemērots personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem un personām ar psihisku saslimšanu
- I4. Ietverti visi domēni
- I5. Paredzēts personām ar GRT, kuras dzīvo gan institūcijā, gan ārpus institūcijas

Avots: Autoru veidots

Attiecībā uz mērķa grupas izvēles kritērijiem, vairums vērtēto metodoloģiju bija piemērojamas personām ar psihiskām saslimšanām. Attiecībā uz garīgās attīstības traucējumiem daļa metodoloģiju noteica ierobežojumus vai ietvēra papildrīkus, lai novērtētu, vai persona ir spējīga atbildēt uz jautājumiem,

vai arī paredzēja trešo pušu vērtējumus. Daļa metodoloģiju formulēja, ka tās nav paredzētas personām ar ļoti smagiem GRT. Netika identificēts, ka kāda nebūtu piemērojama personām ar GRT un multipliem traucējumiem. Personas virs 55 gadiem netika minētas kā atsevišķa potenciālā mērķa grupa, izņemot plašākas metodoloģijas, kur uz vienotas bāzes izstrādāti moduļi gan personām ar GRT, gan vecākiem cilvēkiem.

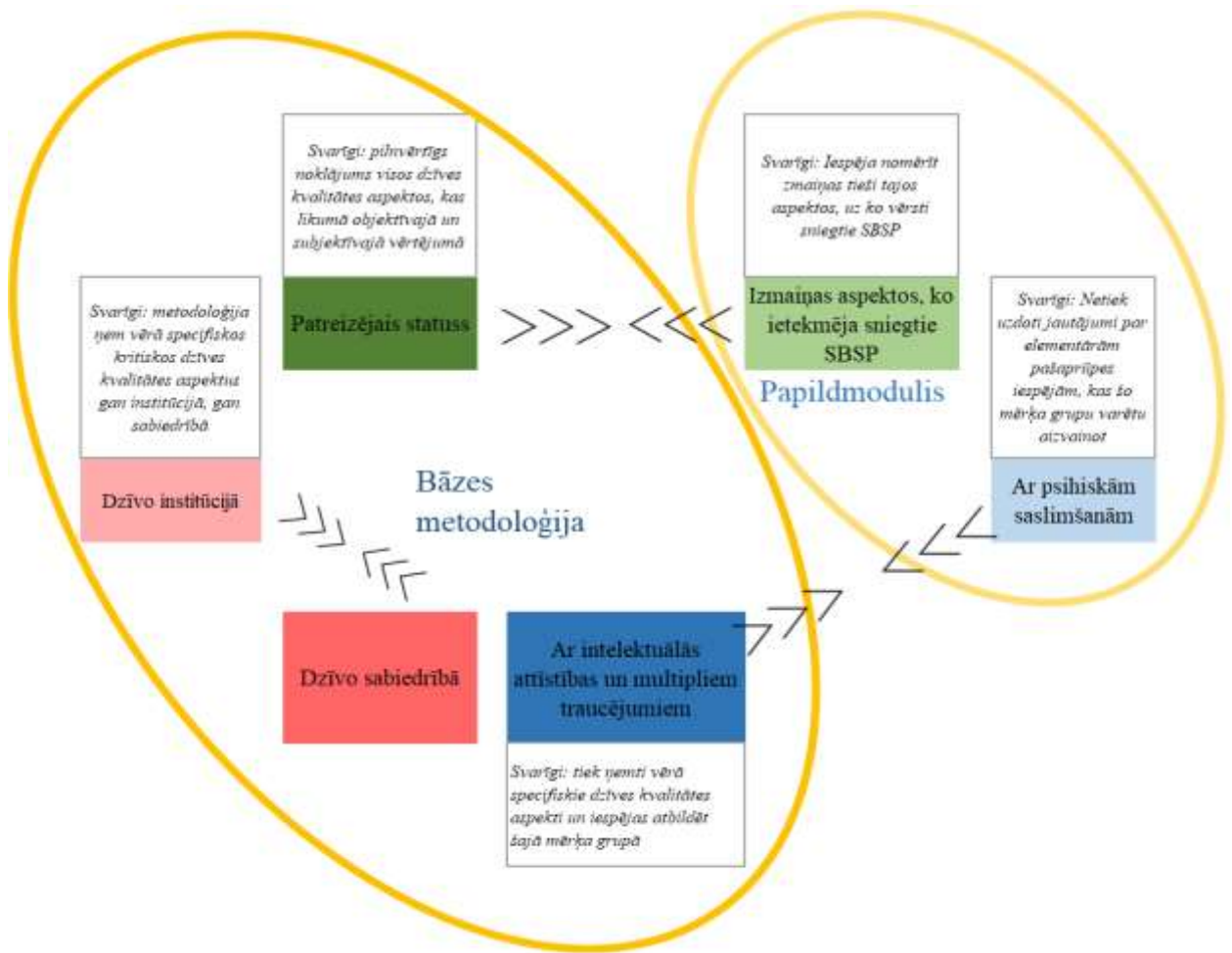
Izvēles dilemmu ietvars

Metodoloģiju analīze pēc izslēgšanas, primārajiem un sekundārajiem kritērijiem ļāva secināt, ka no izstrādātajām metodoloģijām neviena negūst būtisku pārsvaru pār citām un pilnā mērā neatbilst visiem kritērijiem. Līdz ar to prioritāšu noteikšanai izkristalizējās vairākas principiālas izvēles. Atbilstošākās no vērtētajām metodoloģijām tika pozicionētas un analizētas, ņemot vērā tos uzstādījumus, kas izvēlēti kā būtiski, bet ar savstarpēji pretrunīgu vai izslēdzošu efektu īstenošanas procesā. Tika vērtēta iespēja atbilstībai trīs uzstādījumu pāros:

- dzīvo institūcijā vai dzīvo sabiedrībā: atšķiras specifiskie apstākļi, kas būtiski ietekmē dzīves kvalitāti;
- ar intelektuālās attīstības un multipliem traucējumiem vai ar psihiskām slimībām: cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem nepieciešama speciāli pielāgota vienkāršota valoda un jautājumu saturs, kas var būt neatbilstošs cilvēkiem ar psihiskām slimībām, bet ar attīstītu intelektu;
- pašreizējais statuss vai izmaiņas aspektos, ko ietekmēja sniegtie SBSP: izmaiņas var noteikt, vai nu veicot mērīšanu pirms un pēc pakalpojumu saņemšanas, vai vaicājot par izmaiņām novērtējuma laikā.

Esošo metodoloģiju satura un struktūras analīze ļāva secināt: lai apmierinātu visas galvenās lietotāju vajadzības, Latvijas situācijā lietderīgi metodoloģiju sadalīt divās daļās, no kurām viena būtu bāzes metodoloģija, taču būtu izstrādāti arī saistīti papildmoduļi lietotāju būtisku sekundāro vajadzību apmierināšanai. Vērtēšanas gaitā tika meklēts optimālais risinājums visu uzstādījumu ietveršanai izvēlētajā metodoloģijā. Konceptuālā perspektīva ir personu ar GRT, bet bez intelektuāliem traucējumiem, vērtēšanu metodoloģijā ietvert kā saistītu, bet atsevišķu bāzes moduli, ja netiek atrasts cits risinājums, kurā vienkopus nodrošināta atbilstība visām prasībām.

66. attēls. Galveno izvēles uzstādījumu savstarpējā sasaiste



Avots: Autoru veidots

Galvenās vajadzības pēc papildmoduļiem ir divos aspektos – elastīga iespēja mērīt dzīves kvalitātes izmaiņas laikā, it īpaši vērtējot sniegto pakalpojumu ietekmi uz dzīves kvalitāti, kā arī atbilstoša mērīšanas sistēma personām ar GRT un bez intelektuāliem traucējumiem, kuriem bāzes metodoloģijas jautājumu formāts un izteiksmes forma var būt aizskaroši triviāls. Tāpat papildmoduļa formātā var nodrošināt vajadzību mērīt dzīves kvalitāti personām virs 55 gadiem.

Izvēlētās metodoloģijas padziļinātai izpētei

Pēc izslēgšanas kritēriju piemērošanas un konteksta izvērtējuma tika atlasītas 5 pasaulē labi aprobētas metodoloģijas un 2 Latvijā iepriekš izmantotas vai rekomendētas metodoloģijas, kas atbilst vai lielā mērā atbilst izslēgšanas kritērijiem:

- Vispusīgā dzīves kvalitātes skala (*The Comprehensive Quality of Life Scale*),
- Personīgo ieguvumu skala (*Personal Outcomes Scale*),

- Dzīves kvalitātes anketa (*Quality of Life Questionnaire*),
- Dzīves kvalitātes intervijas saraksts (*Quality of Life Interview Schedule (QUOLIS)*),
- Pasaules veselības organizācijas dzīves kvalitātes izvērtēšanas instruments (*World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*).

Personīgo ieguvumu skala un Dzīves kvalitātes anketa formāli neatbilda izslēgšanas kritērijam “I6. Vērtētāju maksas sertifikācija, kura derīga noteiktu laiku”, jo ir jāveic maksājumi un jāpiedalās apmācībās pie metodes izplatītāja. Taču šo metožu veidošanā piedalījies Roberts Šeloks, kas akadēmiskajā un praktiskajā vidē tiek uzskatīts par galveno vai vismaz vienu no galvenajiem speciālistiem, kas mēra dzīves kvalitāti cilvēkiem ar GRT (līdzīgi kā Vispusīgās dzīves kvalitātes skolas autors Roberts Kammins no Dīkinas universitātes). Tādēļ šīs divas metodes tika vērtētas padziļināti, lai novērtētu, vai tām ir būtiskas priekšrocības, kas ilgtermiņā atsvērtu palielinātās izmaksas.

30. tabulā attēlota domēnu jeb tēmu atbilstība likumā noteiktajai interpretācijai iepriekšminētajām metodoloģijām. Kaut atbilstība identificēta visām likumā noteiktajām tēmām, daļā gadījumu tā ir tieša, bet daļā – netieša un sasaistē ar citām tēmām. Papildus 30. tabulā norādītajam Vispusīgā dzīves kvalitātes skala atsevišķi izceļ arī drošības domēnu. WHOQOL un Quality of Life Interview Schedule (QUOLIS) atsevišķi izdala arī garīgumu/ reliģiju / personīgos ticējumus/ kultūru.

Lai pārbaudītu, vai nav iespējams modificēt jau veiktās iestrādes Latvijā izstrādātajos un pielietotajos instrumentos saistībā ar GRT mērķa grupu, padziļinātai vērtēšanai pakļauti arī:

- Latvijā izstrādātais “Dzīves kvalitātes novērtēšanas modelis” cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem,
- Subjektīvais dzīves kvalitātes instruments – Itālijā izstrādāts vienkāršots instruments, kas ir lietots GRT auditorijā Latvijā.

Subjektīvais dzīves kvalitātes instruments tika virzīts padziļinātai vērtēšanai, jo daļēji jau izmantots mērķa grupā Latvijā. Ja tam būtu būtiskas priekšrocības datu ieguvē un rezultātu salīdzināšanā ar jau gūtajiem datiem, tad papildus būtu iespējams meklēt risinājumus, lai subjektīvos vērtējumus papildināt ar objektīvo rādītāju kopu, jo saskaņā ar darba uzdevumu iecerētajai metodoloģijai jāietver gan subjektīvie, gan objektīvie rādītāji.

30. tabula. Atlases kārtā izvēlēto metodoloģiju domēnu jeb tēmu atbilstība likumā⁹² noteiktajai interpretācijai

Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma "dzīves kvalitāte" definīcija	Dzīves kvalitātes novērtēšanas modelis un Personīgo ieguvumu skala (Šeloka domēni)	Dzīves kvalitātes anketa (Quality of Life Questionnaire) (Schallock & Keith)	Vispusīgā dzīves kvalitātes skala (The Comprehensive Quality of Life Scale)	WHOQOL (visi rīki)	Quality of Life Interview Schedule (QUOLIS) Ouellette-Kuntz
Fiziskā un garīgā veselība	1. Emocionālā labsajūta. 3. Fiziskā labsajūta. (ietver veselību un veselības aprūpi)	apmierinātība (ietver dažādu emociju un sajūtu novērtējumu)	Veselība, emocionālā labsajūta	1. Fiziskā veselība 2. Psiholoģiskais stāvoklis	Veselības pakalpojumi
Brīvais laiks un tā izmantošana	3. Fiziskā labsajūta. (ietver brīvo laiku)	sociālā piederība un sabiedrības integrācija (iekļauj jautājumus par daļību dažādās interešu grupās, organizācijās)	Iekļauj jautājumus par brīvo laiku	5. Vide (ietver brīvo laiku)	Sociālā un rekreācijas joma
Darbs	4. Materiālā labklājība. (ietver nodarbinātību)	kompetence un produktivitāte (iekļauj jautājumus par darbu)	Produktivitāte	3. Neatkarības līmenis (ietver darba spējas)	Darbs un izglītība
Izglītība	5. Personības attīstība. (ietver izglītību)	kompetence un produktivitāte (iekļauj jautājumus par izglītību)	Iekļauj jautājumu par mācībām	5. Vide (ietver iespējas iegūt jaunu informāciju un apgūt)	Darbs un izglītība
Saikne ar sabiedrību	2. Starppersonu attiecības.	sociālā piederība un sabiedrības integrācija	Kopiena	4. Sociālās attiecības	Sociālā un rekreācijas joma
Tiesības patstāvīgi pieņemt lēmumus un tos realizēt	8. Tiesības, 6. Pašnoteikšanās	iespējas un neatkarība (jautājumi par patstāvību un lēmumu pieņemšanu)	Privātums	3. Neatkarības līmenis (ietver darba spējas)	Tiesiskā aizsardzība
Materiālais nodrošinājums	4. Materiālā labklājība	kompetence un produktivitāte (iekļauj jautājumu par ienākumiem - vai pietiek)	Materiālā labklājība	5. Vide (ietver finanšu līdzekļus)	Ienākumi

Avots: Autoru veidots

Piemērojot primāros un sekundāros atlases kritērijus, izvēle tika sašaurināta līdz 3 alternatīvām:

- Vispusīgā dzīves kvalitātes skala (The Comprehensive Quality of Life Scale),
- Pasaules veselības organizācijas dzīves kvalitātes izvērtēšanas metodoloģija (World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)),
- Subjektīvais dzīves kvalitātes instruments.

Pasaules veselības organizācijas dzīves kvalitātes izvērtēšanas metodoloģija sastāv no vairāku instrumentu kopas dažādām mērķa grupām un dažādiem izpētes dziļuma līmeņiem:

⁹² Ar dzīves kvalitāti Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums saprot personas, ģimenes vai personu grupas labklājības rādītāju, kas ietver fizisko un garīgo veselību, brīvo laiku un tā izmantošanu, darbu, izglītību, saikni ar sabiedrību, tiesības patstāvīgi pieņemt lēmumus un tos realizēt, kā arī materiālo nodrošinājumu

- WHOQOL-100 – instruments dažādām mērķa grupām ar 100 jautājumiem;
- WHOQOL-SRPB – paplašināta WHOQOL-100 versija, kas papildināta ar 32 jautājumiem par garīgumu, reliģiozitāti un personīgajām pārlicībām;
- WHOQOL-BREF – saīsinātā WHOQOL 100 versija, kas paredzēta dažādām mērķa grupām;
- WHOQOL-DIS – modificēta WHOQOL-BREF versija, lai precīzāk raksturotu cilvēku ar funkcionāliem traucējumiem dzīves kvalitāti;
- WHOQOL-DIS-ID – modificēta WHOQOL-DIS versija, kas pielāgota personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem;
- WHOQOL-AGE un WHOQOL-OLD – modificēta WHOQOL BREF versija, lai precīzāk raksturotu gados vecāku cilvēku dzīves kvalitāti. Metodoloģija ietver pielāgotas versijas arī citām specifiskām mērķa grupām, taču šajā pētījumā tās netiek vērtētas.

Personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem pielietošanai Latvijā tika izvērtēta WHOQOL-DIS-ID versija. Savukārt personām ar psihiskām saslimšanām pastāv vairākas alternatīvas. Ja GRT ir smagi un ļoti smagi, iespējams pielietot WHOQOL-DIS-ID versiju. Ja GRT personām ar psihiskām saslimšanām ir vidēji smagi vai viegli, precīzākus rezultātus var dot WHOQOL-DIS versija, kurā atbilžu izvēles nav vienkāršotas. Šai mērķa grupai detalizētākai izvērtēšanai var lietot arī WHOQOL-100 vai WHOQOL-SRPB versiju. Taču to apgrūtina liels jautājumu skaits – 100 vai 132 jautājumi. Tādēļ šie paplašinātie rīki turpmākajā analīzē tika vērtēti kā papildu alternatīva situācijām, kad nepieciešams vai iespējams padziļinātāks individuālās dzīves kvalitātes vērtējums. Detalizēts izklāsts par izvēlētajām alternatīvajām metodoloģijām izvērsti nākamajās sadaļās.

Dzīves kvalitātes mērīšanas instrumentu testēšana

Izvēlēto trīs metodoloģiju vērtēšanas rīku jautājumi tika testēti sākumposmā identificētajos mērķa grupas robežsituāciju gadījumos:

- cilvēki ar smagiem un ļoti smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem, t.sk. multipliem,
- cilvēki ar garīgām saslimšanām, bet ar augsti vai ļoti augsti attīstītu intelektu.

Testēšanas mērķis bija noteikt, vai ir kādas specifiskas jautājumu vai slēgto atbilžu daļas, kas būtu grūti uztveramas vai traucējošas Latvijas situācijas kontekstā, kā arī to, vai ir kādi specifiskie dzīves kvalitātes aspekti, kas ir būtiski Latvijas situācijā, bet jautājumos nav iekļauti.

Vērtēšanai testā tika doti šādi dokumenti:

- Vispusīgā dzīves kvalitātes skalas versija ComQol-I5 – iepriekšējā pētījumā veiktais tulkojums latviešu valodā un oriģinālā versija angļu valodā;

- Pasaules veselības organizācijas rīks cilvēkiem ar GRT WHOQOL-DIS angļu valodā (tika dots personām ar psihiskām saslimšanām) un WHOQOL-DIS-ID angļu valodā (personām/viņu pārstāvjiem ar garīgās attīstības traucējumiem);
- Pasaules veselības organizācijas rīks visiem cilvēkiem, garā versija WHOQOL_SRPB (ar 100 jautājumiem, kas papildināti ar 32 jautājumiem par garīgumu, reliģiozitāti un pārliecību) angļu valodā – tika dots tikai personām ar psihiskām saslimšanām;
- Subjektīvais dzīves kvalitātes instruments – iepriekšējā pētījumā veiktais tulkojums latviešu valodā.

Testēšanā mērķa grupas pārstāvjiem vai atbalsta personai smagu intelektuālās attīstības traucējumu gadījumā par katru no rīkiem – jautājumu komplektiem – tika uzdoti šādi jautājumi:

- *Vai ir jautājumi, kuri var radīt pārpratumus un kuriem nepieciešami papildu skaidrojumi?*
- *Vai ir atbilžu varianti, kuri var radīt pārpratumus, vai arī nav Jums vajadzīgā atbilžu varianta?*
- *Vai anketā ir jautājumi, kas īsti nav attiecināmi uz Jums?*
 - *Vai tie traucē aizpildīt anketu (kaitina, liekas pazemojoši)?*
 - *Vai tie saistīti ar veselības stāvokļa specifiku, individuālajām un kultūriezīmēm, vai citiem iemesliem?*
- *Vai ir kādi būtiski jautājumi un tēmas, kas anketā nav iekļautas, bet, Jūsaprāt, ir nozīmīgi pilnvērtīgam dzīves kvalitātes novērtējumam cilvēkiem ar psihiska rakstura saslimšanām?*
- *Kāda veida cilvēkiem, kuriem ir psihiska rakstura saslimšanas, anketa, Jūsaprāt, nebūtu piemērota?*
- *Vai kopumā anketa ir atbilstoša dzīves kvalitātes novērtēšanai, lai izvērtētu sabiedrībā balstītu sociālo pakalpojumu lietderību – vai pakalpojuma saņēmēju dzīves kvalitāte ir uzlabojusies?*

Testēšanas rezultātā lietderīgi tālākai izmantošanai bija divi vērtējumi sadaļā “cilvēki ar garīgām saslimšanām, bet ar augsti vai ļoti augsti attīstītu intelektu” un viens formālā un neformālā aprūpētāja vērtējums sadaļā “cilvēki ar smagiem un ļoti smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem, t.sk. multipliem”. Neskatoties uz mazo vērtējumu skaitu, vērtējumi bija padziļināti, izsvērti un detalizēti, ļaujot labi identificēt potenciālās problēmas katras metodoloģijas turpmākajā lietošanā. Testēšanas rezultāti ietverti turpmākajās sadaļās, kur katra metodoloģija analizēta atsevišķi.

Pasaules veselības organizācijas dzīves kvalitātes izvērtēšanas instruments

Pasaules veselības organizācija (*World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*) dzīves kvalitāti definē kā indivīda personīgās dzīves stāvokļa uztveri kontekstā ar kultūras un vērtību sistēmu, kurā indivīds dzīvo, un sasaistē ar indivīda mērķiem, vēlmēm, standartiem un bažām.

Metodoloģiju veido vairāki rīki. Centrālais Pasaules veselības organizācijas dzīves kvalitātes izvērtēšanas instruments ir WHOQOL-100. Tā izstrādē vairāku gadu garumā tika iesaistīti 15 valstu sadarbības centri, tas ir testēts 37 reģionālajos centros un tieši salīdzināmā veidā pastāv 29 valodās (tostarp – bulgāru, horvātu, čehu, dāņu, igauņu, franču, vācu, ungāru, itāļu, lietuviešu, norvēģu, poļu, slovāku, spāņu, zviedru, holandiešu un britu angļu u.c. valodās⁹³).

WHOQOL-100 ir 100 jautājumu vērtējums, kas aptver sešus domēnus: fiziskā veselība, psiholoģiskais stāvoklis, neatkarības līmenis, sociālās attiecības, vide, garīgums, reliģija un personīgie ticējumi, kā arī 24 apakštēmas. Tas ļauj detalizēti novērtēt katru atsevišķo dzīves kvalitātes domēnu, tomēr, kā atzīst pati Pasaules veselības organizācija, dažos gadījumos WHOQOL-100 var būt pārāk ilgs praktiskai izmantošanai (aizpildīšana var ilgt no 40 līdz 90 minūtēm), tāpēc tika izstrādāta tā saīsinātā versija WHOQOL-BREF. WHOQOL-100 izveidota arī paplašinātā versija – “garīgums, reliģiozitāte un pārliecība”, WHOQOL-SRPB.

WHOQOL-BREF ietver 26 jautājumus, iekļauj 4 dzīves kvalitātes domēnus: fiziskā un psiholoģiskā veselība, sociālās attiecības un vide. Taču, izvērtējot visus konkrētos jautājumus, secināms, ka tie nokļāj visus Sociālās palīdzības likumā minētos dzīves kvalitātes aspektus, bet ir ietverti kādā no postulētajiem domēniem. Lai iegūtu plašu un visaptverošu vērtējumu, tas aptver 24 jautājumus par katru no WHOQOL-100 apakštēmām un 2 jautājumus par vispārējo dzīves kvalitāti un vispārējo veselības stāvokli; aizpildīšana var ilgt 10–15 minūtes. WHOQOL-BREF tulkots 19 dažādās valodās.

Šiem instrumentiem ir plaša pielietojamība, tos izmanto, piemēram, medicīnā – nosakot jomas, kurās personai varētu būt nepieciešams lielākais atbalsts, medicīnisko un sociālo pakalpojumu izvērtēšanai un uzlabošanai, kā arī pētniecībā un politikas plānošanā.⁹⁴ To var izmantot arī, lai novērtētu dzīves kvalitātes atšķirības dažādās kultūrās, salīdzinātu vienas kultūras apakšgrupas un mērītu laika gaitā notiekošās izmaiņas dzīves apstākļos. Abi instrumenti lielākoties aptver subjektīvos rādītājus.

Instrumenti ir izstrādāti, pamatojoties uz pacientu viedokli par savu dzīves kvalitāti un pacientu viedokli par svarīgākajiem dzīves aspektiem. Jautājumi atsevišķi neietver individuālo nozīmības vērtēšanu, taču tā tiek veikta testa grupās metodoloģijas izstrādes laikā un ir ietverta rezultātu apkopošanas metodikā. Izstrādes laikā tika ietverts arī medicīnas profesionāļu viedoklis par šiem jautājumiem. Tas ir atstājis pietiekami lielu medicīniskā skatījuma ietekmi, tāpēc, izmantojot šo metodoloģiju vai kādas tā instrumentu

⁹³ <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index8.html>

⁹⁴ Pētījums par dzīves kvalitātes izvērtējuma metodēm un instrumentiem (2. daļa). Biedrība “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ”ZELDA””. Rīga, 2017, 28.lpp.

daļas cilvēku ar invaliditāti dzīves kvalitātes metodikas izstrādei, lai nodrošinātu atbilstošus sociālos pakalpojumus, ir jāuzmanās, lai instrumentā neprevalētu medicīniskais invaliditātes modelis.⁹⁵

Anketu parasti aizpilda pats respondents, izņemot gadījumus, ja cilvēks nespēj lasīt vai izprast tekstu.

Veicot WHOQOL-BREF pašnovērtējumu, tika atzīts, ka WHOQOL-BREF psihometriskās īpašības vērtējamas ar labu/ izcilu ticamību un vērtēšana uzrādīja labus rezultātus sākotnējās derīguma pārbaudēs.⁹⁶

Papildus izstrādāts WHOQOL-DIS⁹⁷ modulis, kurš sastāv no 2 atsevišķām anketām: viena no tām paredzēta personām ar fizisku invaliditāti (WHOQOL-DIS PD), bet otra – personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem (WHOQOL-DIS-ID).

WHOQOL-DIS projekta izstrāde uzsākta 2005. gadā un testēta 15 dažādos WHOQOL centros (tostarp Edinburgā, Barselonā, Parīzē, Prāgā, Viļņā, Sicīlijā, Hamburgā, Trumsē (Norvēģija), Tilburgā (Nīderlande) u.c.).⁹⁸

WHOQOL-DIS-ID ir veidots uz WHOQOL-BREF moduļa pamata un iekļauj 5 domēnus (4 BREF modulī iekļautos domēnus un 1 papildus domēnu): fiziskā veselība, psiholoģiskais stāvoklis, sociālās attiecības, vide un invaliditātes domēns, kas aptver 39 rādītājus (tostarp arī jautājumus par vispārējo dzīves kvalitāti un vispārējo veselības stāvokli). Atšķirībā no citiem moduļiem, kuros tiek izmantotas 5 punktu Likerta skalas, WHOQOL-DIS-ID atbildēm izmanto 3 punktu Likerta skalu.

WHOQOL-DIS moduļi ļauj novērtēt pakalpojumu sniegšanas, kā arī dažādu veselības un sociālās aprūpes struktūru ietekmi uz dzīves kvalitāti, jo īpaši nosakot politikas iespējamo ietekmi uz dzīves kvalitāti pieaugušajiem ar invaliditāti un skaidrāku izpratni par ieguldījumu jomām, lai sasniegtu optimālus dzīves kvalitātes uzlabojumus.⁹⁹

Papildus minētajiem instrumentiem ir izstrādāts atsevišķs modulis WHOQOL-OLD, kurš paredzēts vecāka gada gājuma personām. Izstrādājot šo moduli, Pasaules veselības organizācija nonāca pie

⁹⁵ Pētījums par dzīves kvalitātes izvērtējuma metodēm un instrumentiem (2. daļa). Biedrība "Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem "ZELDA"". Rīga, 2017, 28.lpp.

⁹⁶ Measuring the Quality of Life of People with Disabilities and Their Families Scoping Study Final Report. September 2017. Gavin Davidson, Rebecca Irvine, Mike Corman, Frank Kee, Berni Kelly, Gerry Leavey & Cate McNamee. P.41.

⁹⁷ https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL_DIS_Manual.pdf?ua=1

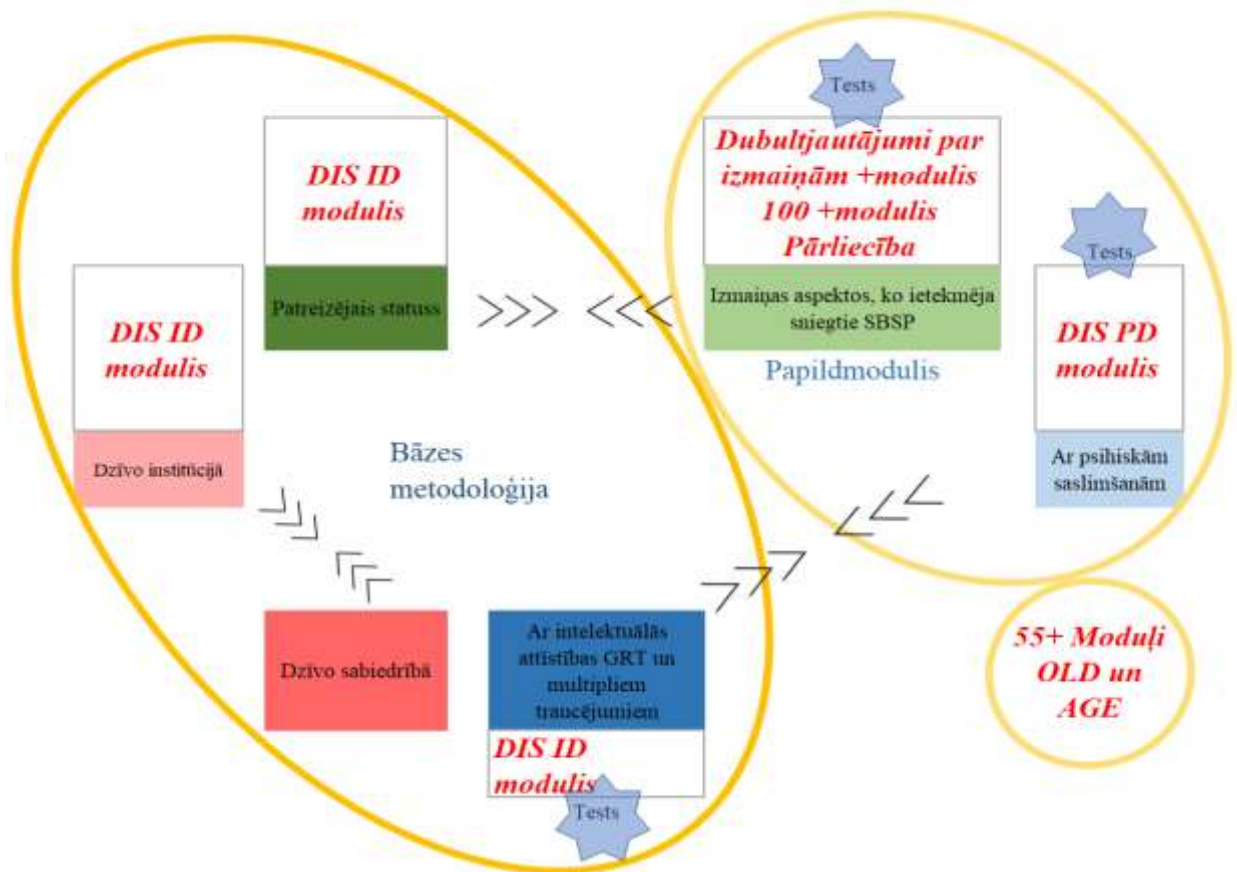
⁹⁸ WHOQOL-Disabilities Module. Manual. World Health Organization. 2011.

⁹⁹ WHOQOL-Disabilities Module. Manual. World Health Organization. 2011.

secinājuma, ka, ņemot vērā WHOQOL labās psihometriskās īpašības, instruments ir ideāli piemērojams arī vecāka gadagājuma personām.

Nākamajā attēlā atainots, kādā veidā ar metodoloģijas atsevišķajiem moduļiem iespējams nodrošināt atbilstību izmantošanai Latvijas situācijā, kā arī moduļi, kas tika virzīti testēšanai mērķa grupas pārstāvju vidū. Optimālais metodoloģijas lietojums būtu par bāzi izmantot WHOQOL-DIS-ID moduli. Personām ar viegliem GRT un personām ar psihiskām saslimšanām lietderīgāk lietot analogisko WHOQOL-DIS moduli, jo izvērstāka vērtējuma skala (5, nevis 3 punkti) dod niansētākus vērtējumus. Padziļinātam vērtējumam vajadzības gadījumā šajā mērķa grupas daļā var lietot arī WHOQOL-100 un paplašināto versiju – “garīgums, reliģiozitāte un pārliecība”, WHOQOL-SRPB.

67. attēls. Pasaules veselības organizācijas dzīves kvalitātes izvērtēšanas instrumenta (WHOQOL) atbilstība uzstādījumiem



Avots: Autoru veidots

WHOQOL-DIS un WHOQOL-DIS-ID, kā arī pilnais modulis ar 100 jautājumiem un paplašinājumu par garīgumu un reliģiozitāti tika nodoti trīs neatkarīgiem anketas testētājiem – mērķa grupas pārstāvjiem un aprūpētājam (skat. Pielikumu Nr. 15.). Testētāji puda šādus viedokļus par anketu kopumā un anketas jautājumiem:

- viens testētājs izteica viedokli, ka šī anketa nav piemērota personām ar ļoti smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem;
- kritiku izpelnījās anketas medicīniskais raksturs, kurš viena testētāja skatījumā varētu nebūt tieši saistīts ar dzīves kvalitāti;
- viens no testētājiem uzsver, ka ir svarīgi, kā anketā iekļautie jēdzieni tiks atveidoti latviešu valodā un vai tiem būs pievienoti sīkāki skaidrojumi;
- rekomendēts anketu aprobēt un pielāgot vairākām vecuma grupu kategorijām. Pamatojums – nepieciešamība katrai vecuma grupai uzdot tos jautājumus, kuri būtu aktuāli tieši viņiem, lai varētu noskaidrot cilvēka dzīves kvalitāti, kā arī piemeklēt atbilstošos pakalpojumus;
- divi no trim testētājiem norādīja uz neizpratni par anketā apskatāmo laika posmu – pēdējām divām nedēļām. Testētāja skatījumā cilvēkam ar GRT pašsajūta var mainīties, līdz ar to var mainīties arī atbilžu varianti atšķirībā no cilvēka posma viņa dzīvē. Tika rekomendēts analizēt cilvēka dzīves kvalitāti ilgākā laika posmā. Divu nedēļu laika ierobežojums rada situāciju, kad jautājums pēc būtības kļūst neaktuāls, jo aktualitāti rada tikai konkrētā dzīves situācija. Līdz ar to daļa jautājumos ietvertu aspektu konkrētajā laika posmā netika apzināti un izmantoti. Piemēram, ja divu nedēļu ilgā periodā cilvēkam nav bijusi vajadzīga veselības aprūpes dienestu palīdzība, tad 24. jautājums nav aktuāls;
- nepieciešami papildu jautājumi, kuri lūdz cilvēkam salīdzināt tagadējo stāvokli ar stāvokli iepriekš. Tas ļaus noteikt, kurā no dzīves posmiem (kritums vai kāpums) cilvēks atrodas anketēšanas brīdī;
- nepieciešami papildu jautājumi, kuri tiešāk attiektos uz diskriminācijas un stigmatizācijas pieredzi – gan publiskajā sfērā, gan privātajās attiecībās. Noteikti vērts pamatīgāk pievērsties tam, kā psihisko problēmu medikalizācija, invaliditātes statusa noteikšana un pieredze ar atbilstošajām institūcijām ietekmējusi cilvēku paštēlu, socializācijas, nodarbinātības un citas dzīves iespējas;
- kā būtisks trūkums norādīts tēmas, kuras skar ģimenes stāvokli, trūkums. Nav jautājumu par bērnu esamību vai neesamību, trūkst papildu jautājumu par attiecību stāvokli – pagātni/tagadni. Kopumā uzmanība vairāk un niansētāk būtu pievēršama attiecībām ar citiem – ne tikai privātajām attiecībām (to daudzveidībā!), bet arī plašākai koeksistencei ikdienas dzīves pasaulē, neatstājot bez uzmanības arī pašus vispārīgākos identitātes un piederības aspektus;
- būtu vajadzīgs jautājums “Vai jūties nesaprasts?”. Testētāja skatījumā tas ir būtisks jautājums, kas atspoguļotu cilvēka izjūtas;
- virknē jautājumu testētāji izjuta vajadzību pēc terminu skaidrojumiem. Piemēram, ko nozīmē – pieņemt savu ķermeni, u.c.;
- dažus jautājumus bija ieteikts papildināt un/vai pārformulēt. Piemēram, 3. jautājumu, kurā parādās vārds “sāpes”. Testētāja skatījumā sāpes ne vienmēr rada diskomfortu cilvēka spējām kaut ko darīt. Cilvēkiem ar GRT ne vienmēr ir fiziskas sāpes ikdienā, un tās ne vienmēr ir galvenais faktors, kas

- ierobežo spējas un funkcionalitāti. Vai, piemēram, kā vislabākajā veidā salīdzināt savu finansiālo situāciju ar citu valsts iedzīvotāju situācijām. Vai precizēt terminu *dzīves kvalitāte* – tas var likties pārāk abstrakts un izplūdis, jo vērtējums var būt tikai relatīvs – “laba” vai “slikta”, salīdzinot ar ko? Ja ar “vidējo iedzīvotāju”, tad – valsts, pilsētas vai ciema kaimiņu? Ja ar mani pašu, tad – pirms slimības/traumas/atspējojības, pirms divām nedēļām, ar vai bez medikamentiem, utt.?
- rekomendācija dažiem jautājumiem pievienot papildu atbilžu variantus. Piemēram, 15. jautājumam būtu vajadzīgi papildu atbilžu varianti, kuri uzvedinātu uz jautājuma atbildēm. Vai, piemēram, 23. jautājums – jautājums un atbilžu varianti neļauj sīkāk diferencēt dažādus dzīves apstākļu aspektus (kuriem bieži ir izšķiroša nozīme garīgo traucējumu konstitūšanā);
 - viens no testētājiem uzskata, ka jautājumi anketas sākuma sadaļā ir uzbrūkoši. Sadaļā “Par sevi” tiek jautāts, vai cilvēks tic savam invaliditātes statusam. Testētāja skatījumā šāda veida jautājumi ir iekļaujami anketas vidus vai beigu sadaļās. Rekomendēts sadaļā “Par sevi” iekļaut jautājumus, kuri vairāk sniedz informāciju par cilvēku, nevis par invaliditāti;
 - viens no testētājiem uzskata, ka jautājums par dzīves jēgpilnību Latvijas respondentam nebūs ierasta lieta, jo pārsvarā par dzīves jēgpilnību reflektēt pieņemts tikai īpašos, konfesionālu noskaņojumu veicinošos apstākļos (baznīcās, psihoterapeitu kabinetos, intensīvas sociālās tuvināšanās pasākumos u.tml.), ne sabiedriskās aptaujās. Ieteikts jautājumu pārfrāzēt un konkretizēt, pievērsties atsevišķiem dzīves aspektiem: kā šobrīd (pēdējo divu nedēļu periodā) jūtaties, cik lielā mērā jums (šajā dzīves posmā/pusgadā/gadā utt.) izdodas piepildīt/īstenot/sasniegt savas (izglītības, karjeras, privātās dzīves utt.) vajadzības/vēlmes/mērķus?

Kopumā testētāju viedoklis par anketu dalījās. Pirmais testētājs atzina, ka anketa detalizēti ļauj novērtēt personas ar GRT dzīves kvalitāti no dažādiem aspektiem. Otrs testētājs atzina, ka tā der ātram novērtējumam – tā ir lakoniska un neaptver vairākas būtiskas jomas, tā neder kā pamata dokuments, kas varētu novērtēt cilvēka ar GRT dzīves kvalitāti. Tā der kā papildmateriāls kādai citai anketai. Savukārt trešais testētājs atzina, ka anketa var sniegt vispārēju un arī ļoti vispārīgu ieskatu respondenta pārliecībā un noskaņojumā. Ja precizētu atsevišķu jautājumu formulējumus, konkretizētu abstraktākos jēdzienus un papildinātu ar īsiem skaidrojumiem, ar šīs anketas palīdzību varētu iegūt visnotaļ noderīgu sākotnējo priekšstatu par to, kādas ir izplatītākās problēmas un ievainojamības respondentu dzīvēs, ko vajadzētu pētīt detalizētāk. Lai vērtētu konkrētu sociālo pakalpojumu lietderību, tā būtu jāpadziļina, izvērstot atsevišķus jautājumus un sekcijas.

31. tabula. WHOQOL priekšrocības un trūkumi

Priekšrocības	Trūkumi
Metodoloģijas priekšrocības un trūkumi	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Izstrādāti moduļi, kas atbilst visām mērķa apakšgrupām/robežgadījumiem. ○ Vairāki līmeņi – var sākt vienkāršoti (moduļi DIS/BREF) un turpināt padziļināti (modulis 100 un SRPB – garīgums, reliģiozitāte un pārliecība). ○ Papildmoduļi mērķauditorijai virs 55 gadiem. ○ Starptautiski aprobēta (t.sk. virknē ES valstu) un plaši pielietota. ○ Augsta rezultātu ticamība – psihometriskās īpašības vērtējamas kā labas līdz izcilas ticamības. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Veselības/medicīniskās perspektīvas dominance. ○ Netiek individuāli vērtēta aspektu nozīmība respondentam. ○ Nav atsevišķi paredzēta atbalsta personāla viedokļu ietveršana. ○ Pasaules veselības organizācija neturpina uzlabot metodi. ○ Vairākus anketas jautājumus un atbilžu variantus būtu nepieciešams precizēt, skaidrot un papildināt.
Īstenošanas priekšrocības un trūkumi	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Pēc vienkāršākā moduļa pielietošanas var papildināt ar citiem detalizētākas analīzes iegūšanai. ○ Precīzas instrukcijas datu apstrādei un interpretācijai. ○ Skaidri juridiskie noteikumi lietošanai. ○ Bez papildu izmaksām. ○ Īso moduļu (BREF, DIS) aizpildīšana neprasa daudz laika – 10 līdz 15 minūtes. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nepieciešama PVO atļauja metodes lietošanai. ○ Jātulko anketa un instrukcijas. ○ Ja veido nacionālo WHOQOL centru, ir stingras prasības tulkošanai un testēšanai. ○ Vairākus anketas jautājumus un atbilžu variantus nepieciešams precizēt, skaidrot un papildināt.
Rezultātu lietošanas priekšrocības un trūkumi	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reprezentatīvs avots – Pasaules veselības organizācija. ○ Moduļu rezultāti visām apakšgrupām/ robežgadījumiem ir savstarpēji salīdzināmi un papildināmi. ○ WHOQOL-DIS moduļi ļauj novērtēt pakalpojumu sniegšanas, kā arī dažādu veselības un sociālās aprūpes struktūru ietekmi uz dzīves kvalitāti, jo īpaši nosakot politikas iespējamo ietekmi uz dzīves kvalitāti pieaugušajiem ar invaliditāti un skaidrāku izpratni par ieguldījumu jomām, lai sasniegtu labākos dzīves kvalitātes uzlabojumus. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anketā apskatāmais laika posms – pēdējās 2 nedēļas – var pilnvērtīgi neatspoguļot personas vispārējo dzīves kvalitāti. ○ Bāzes metodoloģijā var būt nepietiekoša detalizācijas pakāpe dažādu sociālo un attiecību aspektu novērtēšanai.
Iespējas	Draudi
<ul style="list-style-type: none"> ○ Iespēja salīdzināt rezultātus ar citās valstīs iegūtajiem. ○ Metodoloģijai var būt priekšrocības, vērtējot integrētās aprūpes kā politikas attīstības virziena efektivitāti. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nav vienotas interneta vietnes, kur būtu apkopoti citās valstīs veiktie vērtējumi, tādēļ citu valstu rezultātu iegūšana references vajadzībām var būt darbietilpīga. ○ Metodoloģiju var kritizēt par izcelsmi – saistība ar medicīnas jomu, kas palielina medicīniskā skatījuma proporciju vērtējamo aspektu lokā.

Avots: Autoru sagatavots

Kopumā metodoloģija vērtējama kā labi pamatota un aprobēta, pasaulē atzīta un plaši izmantota dažādās valstīs, t.sk. Eiropā un Baltijā. Dažādie izstrādātie metodoloģijas moduļi ļauj to izmantot atšķirīgām GRT mērķa grupām, kā arī dažādos līmeņos – vienkāršākā vai padziļinātākā. Metodoloģiskie materiāli ir precīzi un detalizēti. Metodoloģijas lietošanai nav licenču maksas, taču jāsaņem atļauja metodes izmantošanai. Plašākai lietošanai nacionālā līmenī tiek veidoti nacionālie metodoloģijas centri, kuriem izvirzītas striktas prasības attiecībā uz tulkojumu, lokālās testēšanas un aprobācijas procedūrām.

Neskatoties uz plašo metodoloģijas jautājumu pārklājumu, testa laikā kritiski tika novērtēta virkne metodoloģijas jautājumu. Starptautiskā literatūrā metodoloģija tiek kritizēta par to, ka, salīdzinot ar vairumu citu metodoloģiju, relatīvi lielāks ir veselības tematikas segums.

Interpretējot par testu pausto kritiku, jāņem vērā vairāki aspekti. Pirmkārt, kritisks vērtējums bija testētāju pamatuzdevums,. Testa rezultāti ataino arī kopējo situāciju dzīves kvalitātes mērīšanā pasaulē – neskatoties uz lielo metožu skaitu personām ar GRT, joprojām neviena no tām nav pārliecinoši identificēta kā pārāka, jo visas ir iespējams kritizēt gan konceptuālā līmenī, gan satura un tehniskā izpildījuma ziņā. Viens no šādas situācijas galvenajiem iemesliem ir meklējams paša “dzīves kvalitātes” koncepta problemātikā, kur joprojām zinātniskajā vidē nav vienprātības ne satura, ne nepieciešamā raksturojuma dziļuma sakarā.

Starptautiskā kritika par medicīnisko aspektu proporciju ir diskutabls jautājums. No vienas puses, konkrēto anketas jautājumu izvērtējums nerada priekšstatu, ka sociālie jautājumi nebūtu nosegti vai būtu nosegti nepietiekoši. No otras puses, ņemot vērā, ka šī novērtējuma ietvaros par primāro mērķa grupu noteiktas personas ar smagiem un ļoti smagiem GRT, padziļināts medicīnisko aspektu izvērtējums var būt drīzāk pamatots viņu dzīves kvalitātes sabalansētam izvērtējumam. Līdz ar to WHOQOL instrumentu komplekts vērtējams kā atbilstošs un perspektīvs pielietošanai Latvijas situācijā.

Vispusīgā dzīves kvalitātes skala

Vispusīgās dzīves kvalitātes skalai (*The Comprehensive Quality of Life Scale*) ir izstrādātas vairākas paralēlas formas, kas ļauj instrumentu izmantot dažādām sabiedrības apakšgrupām. Viens no skalas veidiem ir ComQol – I: šī skalas forma izmantojama cilvēkiem, kuriem ir intelektuālās attīstības vai kognitīvie traucējumi.

Skala aptver objektīvos un subjektīvos rādītājus un 7 domēnus: materiālā labklājība, veselība, produktivitāte, privātums, drošība, kopiena un emocionālā labsajūta, katrs domēns aptver 3 rādītājus.¹⁰⁰ Objektīvie rādītāji vērtē kulturāli nozīmīgus objektīvās labklājības rādītājus. Subjektīvajiem rādītājiem tiek vērtēts gan to svarīgums, gan personas apmierinātība ar tiem.

Izvērtējumam nav laika ierobežojumu, tomēr vidējais izvērtēšanas ilgums parasti ir aptuveni 45 minūtes.¹⁰¹ Izvērtējums sastāv no 2 daļām – objektīvo mērījumu skalas un subjektīvajiem mērījumiem. Subjektīvos mērījumus veic, pamatojoties uz personas ar GRT viedokli. Pirms mērījumu uzsākšanas veic

¹⁰⁰ Quality of Life Indicators for Individuals With Intellectual Disabilities: Extending Current Practice. Ivan Brown, Chris Hatton, and Eric Emerson. INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. DOI: 10.1352/1934-9556-51.5.316. 2013, Vol. 51, No. 5, 318.

¹⁰¹ COMPREHENSIVE QUALITY OF LIFE SCALE - INTELLECTUAL/COGNITIVE DISABILITY FIFTH EDITION (ComQol-I5). Robert A. Cummins, School of Psychology Deakin University. 1997. P.11.

sākuma testēšanu, lai pārbaudītu, vai persona spēj atbildēt uz jautājumiem. Objektīvo rādītāju mērījumos pieļaujama citu personu iesaiste.

Autori secina, ka trešo personu atbildes jāvērtē piesardzīgi, jo – pat, ja persona apgalvo, ka ļoti labi pazīst izvērtējamo personu, tā vienalga nespēj precīzi novērtēt otras personas subjektīvo stāvokli ComQol – I noteiktajā līmenī. Ir izstrādāta atsevišķa skala trešajām personām (aprūpētājiem, draugiem, ģimenes locekļiem u.tml.), lai pētītu, cik lielā mērā trešās personas un izvērtējamās personas dati ir saskaņoti, vai gadījumos, kad izvērtējamā persona nespēj pabeigt sākuma testēšanu, un tiek uzskatīts, ka trešā persona var sniegt pamatotu vērtējumu.¹⁰²

Būtiska skalas priekšrocība ir jautājumu individuālās nozīmības ņemšana vērā – subjektīvajā daļā katram jautājumam tiek lūgts novērtēt arī konkrētā aspekta nozīmību cilvēka dzīvē. Tas ļauj vismaz daļēji izvairīties no problēmas, kas raksturīga vairumam metožu, – visu cilvēku mērīšanas pēc vienas skalas, nepietiekoši ņemot vērā unikālos apstākļus un cilvēka iekšējo pasaules uztveri.

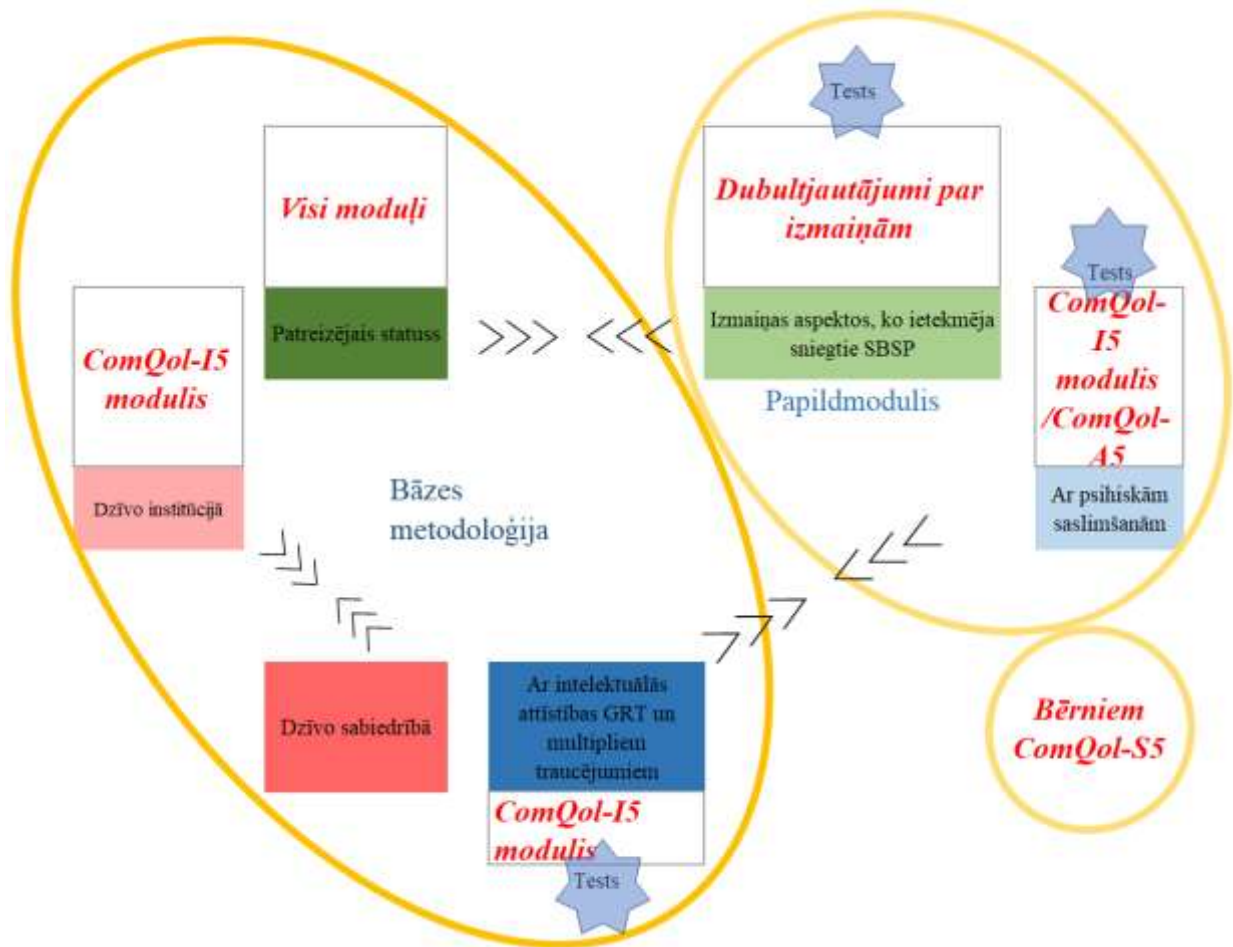
Vispusīgās dzīves kvalitātes skalas izstrāde sākās 1991. gadā, un tā ir uzlabota 5 reizes, pēdējo reizi – 1997. gadā.¹⁰³ Tā ir viena no visvairāk psihometriski validētajām dzīves kvalitātes mērīšanas metodēm.¹⁰⁴ Kaut gan metode izstrādāta Austrālijā, to uzskata par pietiekoši universālu un multikulturālu, tādēļ kopumā tā vērtējama kā piemērota lietošanai arī Latvijā. Paredzētais datu ieguves veids ir intervijas, ko ar sagatavošanās pasākumiem var veikt arī sociālā darba speciālisti.

¹⁰² COMPREHENSIVE QUALITY OF LIFE SCALE - INTELLECTUAL/COGNITIVE DISABILITY FIFTH EDITION (ComQol-I5). Robert A. Cummins, School of Psychology Deakin University. 1997. P.31.

¹⁰³ The Comprehensive Quality of Life Scale — Intellectual Disability: An instrument under development. https://www.researchgate.net/publication/232046442_The_Comprehensive_Quality_of_Life_Scale_-_Intellectual_Disability_An_instrument_under_development

¹⁰⁴ Staff: staff and Staff: client Reliability of the Schalock & Keith (1993) Quality of Life Questionnaire. M Rapley, J Ridgway, S Beyer. Journal of Intellectual Disability Research. volume 42 part 1 October 1997. p.38.

68. attēls. Vispusīgās dzīves kvalitātes novērtēšanas skalas atbilstība uzstādījumiem



Avots: Autoru veidots

68. attēlā atainots, kādā veidā ar metodoloģijas atsevišķajiem moduļiem iespējams nodrošināt atbilstību uzstādījumiem izmantošanai Latvijas situācijā, kā arī moduļi, kas tika virzīti testēšanai mērķa grupas pārstāvjiem. ComQol – I tika nodota trīs neatkarīgiem anketas testētājiem – mērķa grupas pārstāvjiem un aprūpētājam (skat. Pielikumu Nr. 15.). To viedoklis par anketu kopumā un anketas jautājumiem:

- o respondentu profilējošie jautājumi jāpapildina un jāpielāgo Latvijas situācijai, piemēram, jautājums par ikgadējiem ienākumiem nav Latvijai raksturīgs, jo pie mums par ienākumiem ir pieņemts runāt mēneša griezumā. Viens no testētājiem norādīja, ka cilvēka oficiālie ienākumi neatspoguļo cilvēka materiālo stāvokli, jo tie var būt nepietiekami izdevumiem. Anketā trūkst iespējas precizēt ienākumu struktūru. Jautājumā par dzīvesvietu pietrūkst atbilžu varianti, piemēram, „Dzīvoju pie kāda”, „Dzīvo pie vecākiem/draugiem/radiem”, „Dzīvesvieta bez īres maksas”, respektīvi, nav ne īpašumā, ne paša īrēta;

- divos anketas jautājumos tiek jautāts par TV, bet testētāja skatījumā nepieciešams anketas jautājumus pielāgot mūsdienās aktuālām lietām – telefoni, internets, sociālie tīkli: cik bieži tos lieto un kādiem mērķiem – izklaidei, informācijas iegūšanai, darbam;
- vairāki jautājumi jāpārformulē, jāpapildina ar terminu skaidrojumiem un/vai atbilžu variantiem, kā arī jāpapildina un jāpārformulē atbilžu varianti. Papildu skaidrojumi ir īpaši nepieciešami anketas subjektīvajā daļā. Piemēram, jāskaidro, ko šajā anketā nozīmē *laime, svarīgums, darīt kaut ko īpašu* utt. Cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem ir grūtības salīdzināt, tāpēc tiek ieteikts neizmantot formulējumu “salīdzinot ar citiem”;
- kritiku izpelnās vairāki jautājumi, kuru formulējumi nevedina uz pozitīvu savas dzīves skatījumu. Piemēram, jautājums par vēlmi visu dienu palikt gultā;
- tiek norādīts, ka persona ar intelektuālās attīstības traucējumiem nespēj atbildēt uz jautājumu par to, kādus medikamentus tā lieto;
- tiek rekomendēts nelietot jautājumus, kuros jānorāda biežums, piemēram, jautājumā par brīvā laika aktivitātēm, jo personai ar intelektuālās attīstības traucējumiem sagādā grūtības atcerēties un saskaitīt šīs aktivitātes;
- vienam no testētājiem anketas subjektīvās daļas vienveidīgie jautājumi izraisīja aizkaitinājumu; Rekomendēts pārdomāt jautājumu uzbūvi, lai tā neizraisītu negatīvas emocijas;
- rekomendēts anketu tematiski papildināt ar jautājumiem par savu transportu un attiecību statusu;
- arī attiecībā uz šo anketu viens no testētājiem pauda viedokli, ka tā varētu nebūt piemērota personām ar ļoti smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem;
- rekomendēts atbilžu variantus vizualizēt, piemēram, izmantojot sejas simbolus, jo tie palīdz personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem labāk izprast savas sajūtas un emocijas.

32. tabula. Vispusīgās dzīves kvalitātes novērtēšanas skalas metodoloģijas priekšrocības un trūkumi

Priekšrocības	Trūkumi
<ul style="list-style-type: none"> ○ Ietver objektīvos un subjektīvos dzīves kvalitātes aspektus, skaidri tos nodala. ○ Subjektīvajā daļā katram jautājumam par apmierinātību tiek vaicāta arī šī jautājuma nozīmība. ○ Starptautiski aprobēta un plaši izmantota. ○ Aptver visus Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma "dzīves kvalitāte" definīcijas domēnus. ○ Daudzdimensionāla metodoloģija (ietver lielāko daļu parasti lietoto dzīves kvalitātes jomu). ○ Augsta rezultātu ticamība – labas psihometriskās īpašības. ○ Ļauj pilnvarotajām personām atbildēt respondentu vietā, ja tie nespēj atbildēt paši . 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nav atsevišķi paredzēta atbalsta personāla viedokļu ietveršana. ○ Vairākus anketas jautājumus un atbilžu variantus nepieciešams precizēt, skaidrot un papildināt. ○ Subjektīvajā anketas daļā jautājumu formulējumi testā novērtēti kā vienveidīgi. ○ Vairāki anketā ietvertie jautājumi var būt par sarežģītu atsevišķām personu ar GRT apakšgrupām. ○ Anketā vairāki jautājumi balstās uz noteiktu laika posmu – pēdējiem 3 mēnešiem, kas var pilnvērtīgi neatspoguļot personas vispārējo dzīves kvalitāti.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Nav identificēta institūcija, kura par maksu realizētu metodoloģijas lietošanas tiesības un īstenotāju apmācības. ○ Publiski pieejams detalizēts metodoloģiskais apraksts rezultātu apkopošanai un statistiskajai analīzei. 	
Iespējas	Draudi
<ul style="list-style-type: none"> ○ Papildmoduļi 11-18 g. veciem bērniem, kas var noderēt, vērtējot otru DI pasākuma aktivitāšu bloku. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nav informācijas, ka metodoloģija joprojām tiktu aktualizēta un uzlabota.

Avots: Autoru sagatavots

Kopumā metodoloģija vērtējama kā labi pamatota un aprobēta, pasaulē atzīta. Ietver skaidri strukturētas subjektīvo un objektīvo jautājumu daļas ar nozīmības vērtēšanu subjektīvajiem jautājumiem. Taču vienīgais atbalsts metodoloģijas izmantošanai ir publiski pieejama detalizēta rokasgrāmata. Testa laikā kritiski tika novērtēta virkne metodoloģisku jautājumu.

Subjektīvais dzīves kvalitātes instruments

Darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.2.SAM 9.2.2.2. Pasākuma projektā “Sociālo pakalpojumu atbalsta sistēmas pilnveide” tika izmantots Subjektīvais dzīves kvalitātes instruments, lai novērtētu īstenotos pasākumus. Izvērtējot vairākas dzīves kvalitātes mērīšanas metodes, instrumenta autori Antonella Gigantesco un Massimo Giuliani secināja: lai regulāri novērtētu garīgo veselību, instrumentam jābūt īsam un viegli lietojamam. Viņu skatījumā vienkāršākā metode ir Beikera un Intagliatas (*Baker and Intagliata*) “Apmierinātības ar dzīvi domēnu skala”, uz kā pamata autori attīstīja Subjektīvo dzīves kvalitātes instrumentu.¹⁰⁵

Subjektīvo dzīves kvalitātes instrumentu veido 10 pašvērtējuma jautājumi, kuri ir formulēti sarunvalodā, skaidrā un plašā izkārtojumā. Atbildēm izmanto 10 punktu Likerta skalu (no 1 līdz 10), un skalas ir papildinātas ar “sejas” simbolu, kas padara aptauju respondentam vieglāk uztveramu.¹⁰⁶

Instrumentu var izmantot gan cilvēki ar intelektuālas attīstības traucējumiem, gan cilvēki ar psihiskām saslimšanām. Aptauja ir viegli adaptējama, un to var izmantot, arī aptaujājot atbalstāmās

¹⁰⁵ Gigantesco A, Giuliani M. Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Ann Ist Super Sanita.* 2011;47(4):371. Pieejams: <http://www.scielosp.org/pdf/aiss/v47n4/a07v47n4.pdf>

¹⁰⁶ Gigantesco A, Giuliani M. Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Ann Ist Super Sanita.* 2011;47(4):371. Pieejams: <http://www.scielosp.org/pdf/aiss/v47n4/a07v47n4.pdf>

personas dabiskā atbalsta sniedzējus. Aptauja ietver visus galvenos domēnus, kas parasti tiek iekļauti šādos instrumentos, tās aizpildīšana neprasa daudz laika vai īpašu apmācību.¹⁰⁷

Izvirzīto izslēgšanas kritēriju dēļ šī metode sākotnēji tika izslēgta no turpmākās vērtēšanas, jo ietver tikai subjektīvos rādītājus (*šajā pētījumā izvirzītais mērķis ir izvēlēties metodi, kura iekļauj gan subjektīvos, gan objektīvos rādītājus*). Tomēr, kā minēts iepriekš, biedrība “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ”ZELDA”” projektā “Sociālo pakalpojumu atbalsta sistēmas pilnveide” dzīves kvalitāti personām ar GRT mērija ar “Subjektīvo dzīves kvalitātes instrumentu”¹⁰⁸. Ņemot vērā, ka šis instruments tika pielāgots Latvijas kontekstam un testēts (analīzē iekļautas 289 anketas¹⁰⁹), tika pieņemts lēmums apskatīt to detalizētāk, nepieciešamības gadījumā papildinot ar jautājumiem, kuri aptvertu objektīvos rādītājus.

Testējot instrumentu, biedrības “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ”ZELDA”” speciālisti guva vairākus secinājumus:

- instrumenta lietošanas mērķis ir izmērīt subjektīvo dzīves kvalitāti pakalpojumu saņemšanas procesā. Līdz ar to šis instruments tiešā veidā nemēra atbalsta personas pakalpojuma kvalitāti, tomēr atbalsta personas pakalpojumu var uzskatīt par vienu no faktoriem, kas ietekmējis subjektīvās dzīves kvalitātes izmaiņas;
- iegūtie dati ir svarīga informācija, lai novērtētu izmēģinājuma projekta ietekmi uz atbalstāmo personu dzīvi kopumā, taču, lai vērtētu pakalpojuma kvalitāti, šī instrumenta izmantošanu būtu ieteicams kombinēt ar citiem instrumentiem, piemēram, pakalpojuma saņēmēju aptauju par apmierinātību ar pakalpojumu kvalitāti vai citiem specifiskākiem instrumentiem.¹¹⁰
- Izvērtējuma ietvaros Subjektīvais dzīves kvalitātes instruments tika nodots trīs neatkarīgiem anketas testētājiem – mērķa grupas pārstāvjiem un aprūpētājam. To viedokļi par anketu kopumā un anketas jautājumiem ir šādi:
 - viens testētājs izteica viedokli, ka šī anketa nav piemērota personām ar ļoti smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem;
 - vairāki jautājumi jāpārformulē, jāpapildina ar terminu skaidrojumiem un/vai atbilžu variantiem, kā arī jāpapildina un jāpārformulē atbilžu varianti. Piemēram, 7. jautājumā nav īsti saprotams vārda “nopietnas problēmas” definējums, līdz ar to nepieciešami papildu

¹⁰⁷ Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem (neaprobētā versija). Biedrība “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ”ZELDA””. Rīga, 2017. 100.lpp.

¹⁰⁸ Gigantesco A, Giuliani M. Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Ann Ist Super Sanita*. 2011;47(4):363–372. Pieejams: <http://www.scielosp.org/pdf/aiss/v47n4/a07v47n4.pdf>

¹⁰⁹ “Izmēģinājuma projekta kvalitatīvo un kvantitatīvo rezultātīvo rādītāju apkopojums un izvērtējums”. Biedrība “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ”ZELDA””. 2020. 160.lpp.

¹¹⁰ “Izmēģinājuma projekta kvalitatīvo un kvantitatīvo rezultātīvo rādītāju apkopojums un izvērtējums”. Biedrība “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ”ZELDA””. 2020. 160.lpp.

skaidrojumi šim jautājumam. Savukārt 10. jautājumā pietrūkst papildu atbilžu variantu, piemēram, atbilde “cits ienākuma veids”;

- anketas 2. nodaļa ir balstīta uz ļoti īsu laika posmu cilvēka dzīvē – tas rada grūtības atbildēt uz jautājumiem;
- rekomendēts anketu papildināt ar jautājumiem par to, vai respondentam ir bērni un kādas ir attiecības ar viņiem. Testētājs norāda, ka tā ir būtiska dzīves sastāvdaļa cilvēkiem konkrētā vecuma posmā. Attiecības ar bērniem var uzlabot cilvēka psiholoģisko, emocionālo, fizisko stāvokli, vai arī to pasliktināt – finanšu, raīžu, nošķirtības u.c. iemeslu dēļ;
- vienu no testētājiem mulsināja anketas apjoms: viņa skatījumā anketa ir pārāk īsa, lai gūtu pilnu priekšstatu par cilvēka dzīves kvalitāti. Tika arī norādīts, ka šāda veida anketa kopumā nebūtu piemērota nerunīgiem, noslēgtiem cilvēkiem ar GRT. Ir vairāki jautājumi, kuros ir komentāru un “cits” sadaļa, kura netiks aizpildīta, ja cilvēks nav runīgs. Cits testētājs, savukārt, norādīja, ka anketa tikai daļēji ļauj izvērtēt personas dzīves kvalitāti, jo nav aplūkoti visi dzīves aspekti, piemēram, pašnoteikšanās.

33. tabula. Subjektīvā dzīves kvalitātes instrumenta metodoloģijas, īstenošanas un rezultātu lietošanas priekšrocības un trūkumi

Priekšrocības	Trūkumi
<ul style="list-style-type: none"> ○ Novērtēts kā labākais no īsākajiem un vienkāršākajiem rīkiem. ○ Aprobēts līdzīgā situācijā – 9.2.2.2. Pasākuma projektā “Sociālo pakalpojumu atbalsta sistēmas pilnveide”. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Neietver objektīvos jautājumus. ○ Nav izvērtēti dažādi aspekti. ○ Nav specifisku moduļu mērķa apakšgrupām. ○ Nav nozīmības vērtējuma. ○ Vairākus anketas jautājumus un atbilžu variantus nepieciešams precizēt, skaidrot un papildināt. ○ Anketas 2. nodaļā apskatāmais laika posms – pēdējās 7 dienas – var pilnvērtīgi neatspoguļot personas vispārējo dzīves kvalitāti.
Iespējas	Draudi
<ul style="list-style-type: none"> ○ Var papildināt ar nepieciešamajiem jautājumiem. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Jāizstrādā un jāaprobē pārāk daudz nepieciešamo papildinājumu.

Avots: Autoru sagatavots

Kopumā rezultāti norāda uz to, ka Subjektīvajam dzīves kvalitātes instrumentam nav būtisku priekšrocību, lai to izmantotu par mērījumu bāzi Latvijas situācijā un papildinātu ar objektīvajiem jautājumiem. Turpmāk sniegts pārskats par pārējām metodoloģijām, kas tika izvēlētas padziļinātai vērtēšanai pēc izslēgšanas, primāro un sekundāro kritēriju izvērtēšanas.

Personīgo ieguvumu skala

Personal Outcomes Scale balstās uz Roberta Šeloka (*Schalock*) 8 dzīves domēniem un aptver gan objektīvos, gan subjektīvos rādītājus. Tā vairāk ir vērsta uz cilvēka labsajūtas izvērtēšanu un mazāk – uz dzīves standartu vērtēšanu. Skala paredzēta, lai novērtētu, pirmkārt, personas ar intelektuālās attīstības traucējumiem un, otrkārt, iegūtu pilnvaroto pārstāvju (speciālistu vai ģimenes locekļu) vērtējumus.¹¹¹

Katru domēnu vērtē divos veidos: pamatojoties uz pašas personas pausto informāciju (t.i. subjektīvi) un pamatojoties uz personas pieredzes un apstākļu tiešo novērošanu (t.i. objektīvi).¹¹² Personas, kuras prot lasīt un spēj saprast jautājumus, pašas aizpilda anketu. Gadījumos, kad izvērtējamajai personai nepieciešama palīdzība un jautājumi ir jāizlasa priekšā un jāpaskaidro, vērtēšanu veic, pamatojoties uz sarunu ar izvērtējamo personu. Ja persona nevar atbildēt, aptauju aizpilda uzticamības persona.

Pastāv arī metodes variācijas, piemēram, spāņu versijā personīgo ieguvumu skalā ietverti 3 informācijas avoti: 1) pašvērtējums, kurā izvērtējamā persona atbild patstāvīgi; 2) profesionāļu vērtējums ietver izvērtējamās personas pieredzes un apstākļu izvērtējumu no tiešā aprūpes personāla skatu punkta; 3) ģimenes vērtējums, kurā rādītājus vērtē ģimenes locekļi.¹¹³

Šo skalu var izmantot tikai apmācīti darbinieki, kuriem ir liela pieredze darbā ar personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem¹¹⁴; sertifikāts ir derīgs divus gadus, turklāt pašas skalas izmantošana ir par maksu.

Metodes izstrādē un testēšanā piedalījušies eksperti no Beļģijas un Nīderlandes.

Neskatoties uz priekšrocībām, ko sniedz vairāku iesaistīto pušu viedokļu apkopošana, tādējādi nodrošinot objektīvāku novērtējumu, regulārās metodoloģijas izmantošanas izmaksas ilgtermiņā var būt nesamērīgi augstas, ja lieto modeli, kurā vērtēšanu veic sociālo dienestu darbinieki.

Dzīves kvalitātes anketa

Quality of Life Questionnaire metodoloģiju kopā ar K. Keitu 1993. gadā izstrādājis R. Šaloks – viens no jomas līderiem, kas izveidojis arī iepriekš analizēto metodoloģiju. Dzīves kvalitātes anketa mēra

¹¹¹ Psychometric properties of the Spanish version of the Personal Outcomes Scale. Maria Carbó-Carretéa, Joan Guàrdia-Olmosb, Climent Ginéa. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (2015) 15, 237.

¹¹² Personal Outcomes Scale. Administration And Standardization Manual. Jos van Loon, Geert van Hove, Robert Schalock, Claudia Claes. 2009. P.12. <https://hcpbs.org/wp-content/uploads/2018/10/vanloonposmanual.pdf>

¹¹³ Psychometric properties of the Spanish version of the Personal Outcomes Scale. Maria Carbó-Carretéa, Joan Guàrdia-Olmosb, Climent Ginéa. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (2015) 15, 238.

¹¹⁴ PERSONAL OUTCOMES SCALE ADMINISTRATION AND STANDARDIZATION MANUAL. Jos van Loon, Geert van Hove, Robert Schalock, Claudia Claes. 2009. P.15. <https://hcpbs.org/wp-content/uploads/2018/10/vanloonposmanual.pdf>

dzīves kvalitāti četros domēnos: apmierinātība, kompetence un produktivitāte, iespējas un neatkarība, sociālā piederība un sabiedrības integrācija. Katrs domēns aptver 10 rādītājus.¹¹⁵

Anketa izstrādāta, lai novērtētu dzīves kvalitāti cilvēkiem ar dažādas smaguma pakāpes GRT (viegliem traucējumiem, kur personas IQ ir 50–70; mēreniem traucējumiem, kur personas IQ ir 35–55; smagiem traucējumiem, kur personas IQ ir 20–40 un dziļiem traucējumiem, kur personas IQ ir 20–25).¹¹⁶ Sākotnēji anketa tika izstrādāta lietošanai pieaugušajiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem, tomēr to veiksmīgi izmanto arī citām pieaugušo grupām ar un bez intelektuālās attīstības traucējumiem, tādējādi ļaujot salīdzināt dzīves kvalitātes rādītājus dažādās grupās.¹¹⁷ Tā ir viena no visvairāk psihometriski validētajām dzīves kvalitātes mērīšanas metodēm.¹¹⁸ Anketa tika pārbaudīta un atzīta par atbilstošu arī personām ar fizisku invaliditāti.¹¹⁹

To var aizpildīt gan pati izvērtējamā persona, gan pilnvarotais pārstāvis (aprūpētājs, ģimenes loceklis, draugs u.c.). Aptuvenais aizpildīšanas laiks ir 20–30 minūtes. Intervēt var apmācīts speciālists (psihologi, speciālisti invaliditātes jomā, sociālā darba speciālisti, personas lietu vadītāji un speciālie pedagogi ar vismaz 1 gada pieredzi). Rokasgrāmata un anketa pieejamas par samaksu.¹²⁰

Dzīves kvalitātes anketa tulkota vairākās valodās. Pastāv anketas saīsinātā versija, kurā katrs domēns aptver 5 rādītājus.¹²¹

Neskatoties uz priekšrocībām, ko sniedz plaša starptautiskā aprobācija, regulārās metodoloģijas izmantošanas izmaksas ilgtermiņā var būt nesamērīgi augstas, ja lieto modeli, kurā vērtēšanu veic sociālo dienestu darbinieki.

¹¹⁵ Quality of Life Indicators for Individuals With Intellectual Disabilities: Extending Current Practice. Ivan Brown, Chris Hatton, and Eric Emerson. INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. DOI: 10.1352/1934-9556-51.5.316. 2013, Vol. 51, No. 5, 317.

¹¹⁶ A systematic review of quality of life measures for people with intellectual disabilities and challenging behaviours. C. Townsend-White, I. A. N.T. Pham1 & M.V. Vassos. Journal of Intellectual Disability Research. volume 56 part 3 pp 270–284 march 2012. p.278.

¹¹⁷ [https://books.google.pt/books?id=GoT7CwAAQBAJ&pg=PT269&lpg=PT269&dq=Quality+of+Life+Interview+Schedule+\(QUOLIS\)+Ouellette-Kuntz&source=bl&ots=vX07Cj9oz7&sig=ACfU3U1e2j6F23jKV942WTM5x-LavHkVow&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwjg-KI5LXqAhVvC2MBHZ6KDBsQ6AEwBHoECAoQAQ#v=onepage&q=Quality%20of%20Life%20Interview%20Schedule%20\(QUOLIS\)%20Ouellette-Kuntz&f=false](https://books.google.pt/books?id=GoT7CwAAQBAJ&pg=PT269&lpg=PT269&dq=Quality+of+Life+Interview+Schedule+(QUOLIS)+Ouellette-Kuntz&source=bl&ots=vX07Cj9oz7&sig=ACfU3U1e2j6F23jKV942WTM5x-LavHkVow&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwjg-KI5LXqAhVvC2MBHZ6KDBsQ6AEwBHoECAoQAQ#v=onepage&q=Quality%20of%20Life%20Interview%20Schedule%20(QUOLIS)%20Ouellette-Kuntz&f=false)

¹¹⁸ Staff:staff and Staff: client Reliability of the Schallock & Keith (1993) Quality of Life Questionnaire. M Rapley, J Ridgway, S Beyer. Journal of Intellectual Disability Research. volume 42-part 1 October 1997. p.38.

¹¹⁹ Measuring the Quality of Life of People with Disabilities and Their Families Scoping Study Final Report. September 2017. Gavin Davidson, Rebecca Irvine, Mike Corman, Frank Kee, Berni Kelly, Gerry Leavey & Cate McNamee. P.41.

¹²⁰ A systematic review of quality-of-life measures for people with intellectual disabilities and challenging behaviours. C. Townsend-White, I. A. N.T. Pham1 & M.V. Vassos. Journal of Intellectual Disability Research. volume 56 part 3 pp 270–284 march 2012. p.278.

¹²¹ Measuring the Quality of Life of People with Disabilities and Their Families Scoping Study Final Report. September 2017. Gavin Davidson, Rebecca Irvine, Mike Corman, Frank Kee, Berni Kelly, Gerry Leavey & Cate McNamee. P.41.

Dzīves kvalitātes intervijas saraksts

Quality of Life Interview Schedule (QUOLIS) metodoloģiju 1990. gadā Kanādā izveidoja Helēna Oulete Kunca. Ar šīs metodes palīdzību var izmērīt pakāpi, kādā persona izbauda savas dzīves svarīgās iespējas, ņemot vērā izvēlēto līdzdalības līmeni un apmierinātības līmeni.¹²² Metodes pamatā ir uzskats, ka invaliditāte ir saistīta ar vajadzību pēc atbalsta vai palīdzības, un šis uzskats atspoguļojas dzīves kvalitātes vērtējumā.¹²³

Metode primāri izstrādāta personām ar smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem un personām bez verbālās saziņas prasmēm.¹²⁴ Tomēr tā ir izmantojama, lai novērtētu dzīves kvalitāti arī personām ar dažādas smaguma pakāpes GRT (viegliem traucējumiem, kur personas IQ ir 50–70; mēreniem traucējumiem, kur personas IQ ir 35–55; smagiem traucējumiem, kur personas IQ ir 20–40 un dziļiem traucējumiem, kur personas IQ ir 20–25), kā arī multipliem traucējumiem.¹²⁵ Paredzēts, ka uz intervijas jautājumiem atbild pati izvērtējamā persona. Personām, kuras pašas nespēj rakstiski vai mutiski atbildēt uz intervijas jautājumiem, mērījumos izmanto trešo personu atbildes.

Metode ietver 12 domēnus: veselības pakalpojumi, ģimenes aizbildnība, ienākumi, izglītība, nodarbinātība, māsasaimniecība un drošība, transports, sociālā un rekreācijas joma, reliģija, kultūra, situāciju pārvaldība, tiesiskā aizsardzība, padomu pieejamība un estētika, kuri aptver 43 rādītājus. Tiek aptverti gan subjektīvie, gan objektīvie rādītāji. Papildus 172 mērījumiem (43 rādītāji x 4 kritēriji) izvērtējuma vajadzībām nepieciešams ievākt informāciju par demogrāfisko situāciju, komunikācijas formām un līmeņiem, invaliditātes veidiem un smaguma pakāpēm, personas raksturojumu (t.sk. hobijiem), par pašreizējiem dzīves notikumiem. Visu minēto informāciju iegūst atvērto un slēgto jautājumu veidā.^[126]

Intervijas ilgums ir aptuveni 2 stundas, un interviju var veikt tikai apmācīta persona (apmācības ilgst 2 dienas).¹²⁶ Ar autoru atļauju šo metodi var izmantot bez maksas.

¹²² Assessing Adults with Intellectual Disabilities: A Service Provider's Guide. P.126.

<https://books.google.lv/books?id=6zaGzd26Js4C&pg=PA126&lpg=PA126&dq=quality+of+life+interview+schedule+Ouellette-Kuntz++questionnaire&source=bl&ots=LgJVEEk8Hn&sig=ACfU3U19vIMW8l-uzPGXEVYU6jipwribPA&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEWjKoNPErsLqAhXRyKYKHeIcBYoQ6AEwBXoECAUQAQ#v=onepage&q&f=false>

¹²³ Understanding and addressing underrepresentation in a postal survey of social care users. Nick Smith and Juliette Malley. University of Kent. The London School of Economics and Political Science. University of Oxford. P.45.

¹²⁴ Assessing Adults with Intellectual Disabilities: A Service Provider's Guide. P.126.

<https://books.google.lv/books?id=6zaGzd26Js4C&pg=PA126&lpg=PA126&dq=quality+of+life+interview+schedule+Ouellette-Kuntz++questionnaire&source=bl&ots=LgJVEEk8Hn&sig=ACfU3U19vIMW8l-uzPGXEVYU6jipwribPA&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEWjKoNPErsLqAhXRyKYKHeIcBYoQ6AEwBXoECAUQAQ#v=onepage&q&f=false>

¹²⁵ A systematic review of quality of life measures for people with intellectual disabilities and challenging behaviours. C. Townsend-White, I. A. N.T. Pham & M.V. Vassos. Journal of Intellectual Disability Research. volume 56 part 3 pp 270–284 March 2012. p.278.

¹²⁶ The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice edited by Alan Carr, Christine Linehan, Gary O'Reilly. [https://books.google.pt/books?id=GoT7CwAAQBAJ&pg=PT269&lpg=PT269&dq=Quality+of+Life+Interview+Schedule+\(QUOLIS\)+Ouellette-Kuntz&source=bl&ots=vX07Cj9oz7&sig=ACfU3U1e2j6F23jKV942WTM5x-LavHkVow&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEWjkg-](https://books.google.pt/books?id=GoT7CwAAQBAJ&pg=PT269&lpg=PT269&dq=Quality+of+Life+Interview+Schedule+(QUOLIS)+Ouellette-Kuntz&source=bl&ots=vX07Cj9oz7&sig=ACfU3U1e2j6F23jKV942WTM5x-LavHkVow&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEWjkg-)

Ņemot vērā, ka metode izstrādāta Kanādā un zinātniskajās vai komerciālajās vietnēs nav atrodama informācija par plašāku šīs metodes izmantošanu kopš tās izstrādes deviņdesmitajos gados, metodes virzīšana ilgtermiņa lietošanai Latvijā vērtējama kā riskanta.

Latvijā izstrādātais dzīves kvalitātes novērtēšanas modelis

Latvijā izstrādātais “Dzīves kvalitātes novērtēšanas modelis”¹²⁷ primāri paredzēts cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem un ir veidots, lai vērtētu dzīves kvalitāti dažādās sociālo pakalpojumu institūcijās. Dzīves kvalitātes novērtēšanas modelis balstās uz Šeloka 8 dzīves domēniem, savukārt rādītāji izvēlēti, ņemot vērā Latvijas situāciju.

Modelis ietver gan subjektīvo, gan objektīvo rādītāju novērtējumu, uzsverot, ka abu rādītāju kombinācija ļauj novērst iespējamās nesakritības un pretrunas starp personas subjektīvo vērtējumu un objektīvo apstākļu izvērtējumu. Metode paredz subjektīvos un objektīvos rādītājus nodalīt divās atsevišķās anketās. Papildus tam izstrādāti atsevišķi testi, ar kuru palīdzību izvērtē personu ar GRT spēju atbildēt uz novērtējuma jautājumiem. No pieejamās informācijas secināms, ka dzīves kvalitātes novērtēšanas modelis piemērots personām ar dažāda smaguma pakāpju traucējumiem – gan viegliem, gan vidēji smagiem –, un vismaz daļēji to var izmantot arī personām ar smagiem traucējumiem.

Subjektīvo novērtējuma daļu aizpilda pati persona ar traucējumiem. Ja cilvēks pats nespēj atzīmēt atbilstošās atbildes, bet spēj atbildēt uz subjektīviem jautājumiem, aizpildīšanā palīdz uzticamības persona. Tomēr, ja cilvēks pats nespēj atzīmēt atbilstošās atbildes un nav nevienas uzticamības personas, subjektīvos novērtējumus neaizpilda. Modeļa autori ir izstrādājuši virkni kritēriju, kuriem jāatbilst personas ar GRT uzticamības personai, lai tā varētu iesaistīties novērtēšanā.

Dzīves kvalitātes novērtējuma objektīvo daļu aizpilda apmācīts dzīves kvalitātes novērtētājs, pamatojoties uz dažādi iegūtu informāciju: veicot novērojumus pakalpojumu sniegšanas vietā, intervējot pašu personu, intervējot personālu, intervējot ģimenes locekļus vai citus piesaistītos cilvēkus, analizējot dokumentus. Modeļa autori ir izstrādājuši virkni kritēriju, kuriem jāatbilst dzīves kvalitātes novērtējuma veicējam, kā arī uzsver pozitīvas un atvērtas komunikācijas nozīmību objektīvā izvērtējuma procesā. Ņemot vērā to, ka objektīvā daļa ir saistīta ar izvērtējuma veicēja atrašanos pakalpojumu sniegšanas vietās, tiek

[KI5LXqAhVvC2MBHZ6KDBbsQ6AEwBHoECAoQAQ#v=onepage&q=Quality%20of%20Life%20Interview%20Schedule%20\(QUOLIS\)%20Ouellette-Kuntz&f=false](https://www.oxfordresearch.com/ki5lxqahvvc2mbhz6kdbbsq6aewbhoecaaoqaq#v=onepage&q=Quality%20of%20Life%20Interview%20Schedule%20(QUOLIS)%20Ouellette-Kuntz&f=false)

¹²⁷ Metodoloģija dzīves kvalitātes nodrošināšanas cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem izvērtēšanai sociālos pakalpojumos. Biedrība „Latvijas Kustība par neatkarīgu dzīvi.” 2012.

uzsvērta skaidrojošā darba nozīmība, lai pakalpojuma sniegšanas personāls justos droši. Papildus tam uzsvērta arī skaidrojošā darba nozīmība komunikācijā ar pakalpojuma saņēmēju.

Kā atzīst modeļa autori, izstrādātais modelis ir uzskatāms par darba variantu, un pēc tā izstrādes tiks veikti uzlabojumi. Tomēr no publiski pieejamās informācijas nevar secināt, vai minētais modelis tiek izmantots dzīves kvalitātes mērīšanai un vai tas tika uzlabots.

Izvērtējot metodoloģijas ietvaros izstrādāto jautājumu klāstu, var secināt, ka anketas struktūra un saturs orientēts uz mērķa grupas daļu, kas dzīvo vai lielu daļu laika pavada institūcijā. Ievērojama proporcija jautājumu vērtējami kā neatbilstoši dzīves kvalitātes raksturojumam cilvēkiem, kas dzīvo sabiedrībā. Tādēļ novērtēts, ka metodoloģija nav atbilstoša tiem uzstādījumiem, kas izvirzīti šī pētījuma ietvaros.

Kopsavilkums par metodoloģiju dzīves kvalitātes mērīšanai izvēli

Izvērtējot 39 dažādas metodes un sistēmas, kas pasaulē tiek lietotas cilvēku ar GRT dzīves kvalitātes mērīšanai, secināms, ka:

- nav vienas konkrētas metodes vai metodoloģijas, kas zinātniskajā literatūrā un prakses aprakstos būtu izcelta kā labākā;
- gandrīz neviena metode pilnībā neatbilst visiem izvirzītajiem kritērijiem;
- metodes pamatā ir fokusētas uz specifiskām personu ar GRT apakšgrupām, nevis uz personām ar GRT plašākajā tās skaidrojumā;
- būtiskas ir šādas principiālās problēmas:
 - vajadzības pēc visaptveroša dzīves kvalitātes individuālā novērtējuma, politikas intervences izvērtēšanas un vienkāršības metodes īstenošanā ir ar savstarpēji izslēdzošu efektu;
 - neskatoties uz zinātnieku atzinumiem, ka cilvēkiem ar GRT dzīves kvalitātes domēnu loks ir tāds pats kā pārējiem, vēlamais jautājumu saturs un formāts var būtiski atšķirties cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem un cilvēkiem ar attīstītu intelektu, bet psihiskām saslimšanām;
 - nav izstrādāts universāls risinājums, kas, no vienas puses, ļautu iegūt starp cilvēkiem objektīvi salīdzināmus rezultātus, kas ļautu vērtēt politikas ietekmi, un, no otras puses, būtu pietiekoši elastīgs, lai padziļināti un pilnvērtīgi ņemtu vērā cilvēka specifiskos psihosociālos un fiziskos apstākļus.

Pielietojot 7 izslēgšanas kritērijus, 7 primāros un 4 sekundāros vērtēšanas kritērijus, tika izvēlētas šādas pasaulē aprobētas metodoloģijas, kā arī Latvijā izstrādātā metodoloģija:

- Vispusīgā dzīves kvalitātes skala (*The Comprehensive Quality of Life Scale*),

- Personīgo ieguvumu skala (*Personal Outcomes Scale*),
- Dzīves kvalitātes anketa (*Quality of Life Questionnaire*),
- Dzīves kvalitātes intervijas saraksts (*Quality of Life Interview Schedule (QUOLIS)*),
- Pasauls veselības organizācijas Dzīves kvalitātes izvērtēšanas instruments (*World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*),
- Latvijā izstrādātais “Dzīves kvalitātes novērtēšanas modelis”.

Personīgo ieguvumu skala un Dzīves kvalitātes anketa formāli neatbilda izslēgšanas kritērijam “16. Vērtētāju maksas sertifikācija, kura derīga noteiktu laiku”. Taču šo metožu veidošanā piedalījies Roberts Šeloks, kas akadēmiskajā un praktiskajā vidē tiek uzskatīts par galveno vai vismaz vienu no galvenajiem speciālistiem, kas nodarbojas ar dzīves kvalitātes cilvēkiem ar GRT mērīšanu. Tādēļ šīs divas metodes tika vērtētas padziļināti, lai novērtētu, vai tām nav būtisku priekšrocību, kas ilgtermiņā atsvērtu palielinātās izmaksas. Taču tādas priekšrocības netika identificētas.

Izvēlētajām metodoloģijām papildus tika izvērtēts jautājumu saturs un forma, kā arī praktiskie lietošanas aspekti Latvijā. Daļa no tālākas izpētes tika izslēgtas tādēļ, ka jautājumu masīvs bija pārāk orientēts uz atsevišķu mērķa grupas daļu vai arī tika atklāti praktiskās pielietojšanas šķēršļi, kas var izpausties tuvākā vai tālākā nākotnē – nepietiekoša pavadošās informācijas bāze praktiskai lietošanai ārpus zinātniskā lietotāju loka vai arī pārāk lielas izmaksas, ja metodi regulāri lieto sociālajos dienestos.

Padziļinātai izvērtēšanai un testēšanai mērķa grupā tika pakļautas trīs metodoloģijas:

- Vispusīgā dzīves kvalitātes skala (*The Comprehensive Quality of Life Scale*),
- Pasauls veselības organizācijas dzīves kvalitātes izvērtēšanas instruments (*World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*),
- Subjektīvais dzīves kvalitātes instruments.

Latvijā tematiski saistītā projektā 9.2.2.2. Pasākuma ietvaros 289 respondentiem LM jau izmantoja metodi “Subjektīvais dzīves kvalitātes instruments”. Kaut gan šī metode formāli neatbilst uzdevumā noteiktajiem kritērijiem par subjektīvo un objektīvo kritēriju ietveršanu, veiksmīgai aprobēšanai Latvijas situācijā un jau esošai references datu kopai varētu būt būtiskas priekšrocības, ja tā tiktu papildināta ar objektīvajiem rādītājiem no citām metodoloģijām. Tādēļ šī metode tika ietverta kā trešā, kas dota mērķa grupas pārstāvjiem kritiskai izvērtēšanai. Taču subjektīvo jautājumu kopas novērtējums neuzrādīja būtiskas priekšrocības salīdzinājumā ar pārējām metodēm. Arī jau izvērtēto personu dati netika novērtēti kā atbilstoši vai lietderīgi turpmāko mērījumu referencēm.

Testējot trīs izvēlētas metodoloģijas ar mērķa grupas izvēlēto robežgadījumu pārstāvju (vai to neformālā aprūpētāja) palīdzību, tika iegūta virkne kritisku komentāru un ideju uzlabojumiem, no kuriem

lielākā daļa vērtējami kā reprezentatīvi lielai mērķa grupas daļai. Visiem anketu testētājiem par visām anketām bija kritiskas piezīmes un ieteikumi. Galvenās atziņas no mērķa grupu pārstāvju vērtējumiem ir šādas:

Pasaules veselības organizācijas DIS/DIS-ID modulis personām ar funkcionāliem traucējumiem/intelektuālās attīstības traucējumiem kopumā novērtēts kā atbilstošs vispārīgam sākotnējam dzīves kvalitātes novērtējumam. Cilvēkiem ar psihiskām saslimšanām, bet bez intelektuālās attīstības traucējumiem modulis vērtējams kā nepietiekošs padziļinātam vērtējumam, uz kura bāzes plānot un vērtēt individuālo attīstību;

Pasaules veselības organizācijas WHOQOL 100 modulis, no kura izriet DIS/DIS-ID saīsinātā versija, padziļināti vērtē dažādus aspektus, taču apjoma un struktūras dēļ ir grūts un nogurdinošs aizpildītājam. Grūtības rada arī mērķa grupai raksturīgās pašsajūtas un veselības stāvokļa svārstības, kas var novest pie pilnīgi pretējām atbildēm – par kuru no stāvokļiem atbildēt? Modulis piemērots cilvēku ar psihiskām saslimšanām padziļinātai vērtēšanai, bet nav speciāli pielāgots cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem;

Vispusīgā dzīves kvalitātes novērtēšanas metode veidota stingrā struktūrā, nodalot objektīvos kritērijus no subjektīvajiem, un vērtējuma jautājumu blokam identisks jautājumu bloks ir par konkrēto aspektu nozīmīgumu cilvēka dzīvē. Citi šādu struktūru uzskata par priekšrocību, kas ļauj labāk orientēties, bet citiem tās monotonitāte liekas kaitinoša un traucējoša. Taču kopumā metode nav novērtēta kā pietiekoši vispusīga un dziļa, lai pietiekami objektīvi vērtētu dzīves kvalitāti individuālā līmenī. Grūtības rada iekšējā stāvokļa svārstīgums – kā atbildēt, ja dzīves pašvērtējums ir izteikti nehomogēns, jeb no pozīcijām: ar slimības lēkmi un bez tās. Anketa arī nav izmantojama cilvēkiem ar ļoti smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem.

Subjektīvā dzīves kvalitātes aptaujas anketa kopumā novērtēta kā pārāk virspusīga un tāda, kas neietver vairākus būtiskus dzīves domēnus un aspektus.

Latvijā piemērojamā metodoloģija dzīves kvalitātes mērīšanai personām ar GRT

Metodoloģijas izvēle

Gan teorētiskā, gan iesaistīto pušu vajadzību analīze, gan testēšanas rezultāti norāda, ka nav lietderīgi tiešā un nemodificētā veidā pārņemt kādu no 39 izvērtētajām dzīves kvalitātes mērīšanas metodēm, kas veidotas vai izmantotas personām ar GRT, jo katrā metodē identificēti kādi būtiski trūkstošie aspekti.

Kaut gan izvēlētas no labākajām metodoloģijām paredz striktu izstrādātās metodoloģijas ievērošanu, to metodoloģiskie apraksti tomēr pieļauj iespēju, ka specifisko nacionālo apstākļu ietveršanai var būt vajadzīgi papildinājumi, lai pielāgotu datu apkopošanu un interpretāciju.

Kā vispārējais princips Latvijas situācijā ieteicams pārtulkot un lietot starptautiski aprobētu metodoloģiju, vajadzības gadījumā to elastīgi paplašinot vai padziļinot ar citiem jautājumiem. Tas ļautu izmantot aprobēto metodoloģiju oriģinālajā dizainā un interpretācijā, vienlaikus iegūstot nepieciešamo papildinformāciju pilnvērtīgākam dzīves kvalitātes novērtējumam atkarībā no mērķa apakšgrupas, pielietošanas konteksta, īstenotāja un citiem aspektiem.

Otrs princips: ņemot vērā kopējo situāciju atbalsta jomā personām ar GRT, kur aktuālo vajadzību apjoms un cilvēku skaits, kam tas ir aktuāli īstermiņā, pārsniedz politikas instrumentu kapacitāti visiem nodrošināt atbilstošus pakalpojumus dzīvei sabiedrībā, lietderīgi būtu vērtēšanu balstīt principā, ka primāri atbalstāmas ir tās dzīves kvalitātes jomas, kur vērtējums ir viszemākais, bet sekundāri – tās, kas sasniedz vidējo (apmierinātības) līmeni. Tas nozīmē, ka vērtēšanu lietderīgi diferencēt gan satura, gan procesa ziņā, fokusējoties uz problemātiskākajām jomām. Galvenās priekšrocības ir plaša starptautiskā aprobācija, labi



Apkopojot metodoloģiju izvērtējumu no visiem aspektiem, priekšroka tiek dota **Pasaules veselības organizācijas rīku kopai WHOQOL** kopumam.

izstrādāta instruktaža metodes pielietošanai un elastība, ko nodrošina vairāki metodoloģijas rīki jeb moduļi, kas sniedz labāku atbilstību Latvijas situācijā izvirzītajam pielietojuma vajadzību

Taču analīze liecina, ka dzīves kvalitātes jēdziena lietošana, mērīšana salīdzināmās vienībās pati par sevi, kā arī šīs konkrētās metodoloģijas lietošana gan individuālā līmenī, gan politikas līmenī, nav uzskatāma par universālu un pašpietiekamu bāzi lēmumu pieņemšanai. Vienmēr pastāv risks neiekļaut vērtējumā kādus unikālus individuālus aspektus, kas var radīt asimetrisku vērtējumu par cilvēku patieso stāvokli, ko cenšas ietvert dzīves kvalitātes jēdzienā, kā arī par reālo politikas intervences instrumentu ietekmi. Tādēļ metodoloģijas izmantošanā strikti ieteicams iespēju robežās ievērot piesardzības principu rezultātu interpretācijā pasākumu ietekmes vērtēšanā un individualizācijas principu atsevišķu cilvēku progresu vērtēšanā, būtisku lomu piešķirot individuālo vērtējumu nestandartizētajai sadaļai.

Latvijā piemērojamās metodoloģijas satura dizains

Bāzes rīku dzīves kvalitātes mērīšanai personām ar GRT ieteicams balstīt uz PVO WHOQOL-DIS/DIS-ID moduļa jautājumiem (skat. Pielikumu Nr. 16.), kas ir pietiekoši universāli visām GRT mērķa grupām un sniedz vērtējumu par visām būtiskajām dzīves kvalitātes jomām. Šī novērtējuma izstrādes gaitā

biedrība “Vieglās valodas aģentūra” to ir iztulkojusi vieglajā latviešu valodā, pielāgojot Latvijas kontekstam un mērķa grupas uztveres īpatnībām. Rīks ir papildināts ar jautājumiem par dzīves kvalitātes izmaiņām pēdējā gada laikā, kas uzdodami, ja nepieciešami dati par stāvokļa dinamiku, bet atkārtoti mērījumi netiek veikti.

Lai vērtētu dzīves kvalitāti un tās progresu individuālajā līmenī (nevis tikai mērķa grupai kopumā), ieteicams īstenot otrā līmeņa padziļinātu un detalizētu vērtēšanu. Tā veicama tiem jautājumiem, kur saņemti viszemākie vērtējumi. Pirmais solis ir jautājums par to, cik nozīmīgs cilvēkam ir minētais dzīves kvalitātes aspekts? Otrais solis ir atvērtais jautājums, kāpēc cilvēks ir devis tieši tādu vērtējumu? Respondentiem ar garīgiem traucējumiem un bez intelektuālās attīstības traucējumiem papildus var uzdot jautājumam atbilstošus detalizētos jautājumus no WHOQOL 100 vai WHOQOL SRPB (garīgums, reliģiozitāte un pārliecība) jautājumu saraksta, ja atvērtajā atbildē tie jau nav skarti. Taču, balstoties uz testēšanas rezultātiem, autoru ieskatā lietderīgāk ir padziļināto vērtējumu balstīt uz individuālajiem apstākļiem pielāgotiem atvērtiem jautājumiem. Ja tiek nolemts izmantot arī minētās garās jautājumu anketas, tad tās nepieciešams iztulkot latviešu valodā.

Lai dzīves kvalitātes mērīšanai izmantotu WHOQOL metodoloģiju, nepieciešama PVO atļauja. P WHOQOL rokasgrāmatā norādīts, ka anketu un rokasgrāmatas tulkošanai nepieciešams saņemt atļauju no šādas PVO struktūrvienības: “Programme on Mental Health, World Health Organisation, CH-1211, Geneva 27, Switzerland”¹²⁸ Rokasgrāmatā minēts, ka pastāv arī iespēja izveidot nacionālo metodoloģijas centru metodes adaptācijai vietējā kultūrā un tulkošanai. Procedūras šādas iespējas izmantošanai ir izklāstītas minētajā rokasgrāmatā.

Metodoloģijas īstenošanas dizains

Metodoloģija lietojama gan interviju, gan anketēšanas formātā. Pēc pilotprojekta rezultātiem tiks noteikts, vai pastāv specifiski ierobežojumi/priekšrocības un atšķirības vērtējumos. Lietojot interviju metodi, otrā līmeņa padziļinātie jautājumi uzdodami uzreiz, sarunas gaitā. Anketēšanas gadījumā respondentam pēc tam tiek lūgts aizpildīt otru anketu, kurā ietverti tikai viņam atbilstošie padziļinātie jautājumi.

Bāzes variantā paredzēts, ka metodoloģiju regulāri īsteno sociālā darba speciālisti, kuri vislabāk pazīst klientu un var palīdzēt objektīvi novērtēt klienta situāciju. Pēc pilotprojekta rezultātiem tiek noteikts lietotājiem atbilstošākais apmācību līmenis. Individuālā novērtējuma veicēja kompetencē ir arī izvērtēt, vai vērtējumu nepieciešams īstermiņā atkārtot, lai novērstu veselības stāvokļa svārstību radīto atbilžu

¹²⁸ Programme on mental health : WHOQOL user manual, 2012 revision, 49.lpp, pieejams: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>

asimetriju. Lai samazinātu vērtējuma neprecizitātes, ko var izsaukt mērķa grupas slimības lēkmju svārstības vai citi iekšēji vai ārēji faktori, iespējami vairāki risinājumi:

1. atkārtot vērtēšanu ar nelielu intervālu – no 1 līdz 3 mēnešu diapazonā;
2. lietot R. Šeloka Personīgo ieguvumu skalas (*Personal Outcomes Scale*) spāņu versijas priekšrocības, informāciju konsekventi iegūstot no 3 informācijas avotiem: 1) pašvērtējums, kurā izvērtējamā persona atbild patstāvīgi; 2) profesionāļu vērtējums – ietver izvērtējamās personas pieredzes un apstākļu izvērtējumu no tiešā aprūpes personāla skatu punkta; 3) ģimenes vērtējums, kurā rādītājus vērtē ģimenes locekļi. Visos trijos izmanto tos pašus jautājumus. Nelielu atšķirību gadījumā (slēgtajā atbildē nobīde par vienu pozīciju) veido vidējos aritmētisko vērtējumu, savukārt lielāku atšķirību gadījumā ar atvērtajiem jautājumiem noskaidro šādu atšķirību pamatojumu un izvēlas vērtējumu ar pamatotāko no skaidrojumiem.

Metodoloģijas rezultātu lietošana

Rezultātus primāri paredzēts lietot divos līmeņos – individuālā respondenta dzīves kvalitātes izmaiņu monitorings un atbalsta instrumentu vai atbalsta politikas kopuma efektivitātes vērtēšana. Individuālā līmenī primāra ir dinamika tieši problemātiskākajos jautājumos, kur būtiska loma ir atvērtajiem jautājumiem. Savukārt atbalsta instrumentu un politikas vērtēšanā būtiska ir iespēja dinamikā objektīvi salīdzināt slēgto jautājumu kvantitatīvos rezultātus. Savukārt tajos aspektos, kas uzrāda zemu rezultātu būtiskam respondentu lokam, ir iespēja padziļināti vērtēt kvalitatīvo informāciju – raksturīgās tendences un iespējamās sistēmiskās problēmas vai situācijas uzlabojumus.

Alternatīvie scenāriji

Ja pilotprojekta rezultāti neuzrādīs pietiekošu atbilstību vajadzībām individuālajā līmenī un politikas pasākumu mērīšanas līmenī, tad izvērtējama iespēja katram no šiem procesiem lietot neatkarīgu metodoloģiju saskaņā ar uzstādījumiem, kas tiks iegūti pilotprojekta rezultātu analīzes gaitā. Rezultātā individuālo plānu un progresa mērīšanas vajadzībām var izmantot kādu citu metodoloģiju ar daudz atvērtāka rakstura jautājumiem. Šāda veida informācija būtu grūti apkopojama pasākumu un politikas vērtēšanai. Tādēļ tajā līmenī dzīves kvalitātes vērtējums dizainējams atsevišķi, pieskaņojot jautājumus atbalsta pasākumu raksturam un mērķa detalizētajam uzstādījumam.

Dzīves kvalitātes mērīšanas pilotprojekts

Izslases kopa

Saskaņā ar tehnisko specifikāciju dzīves kvalitāte mērāma divām savstarpēji salīdzināmām personu ar GRT grupām, no kurām viena ir personas ar GRT, kuras saņem pakalpojumu institūcijā, bet otra –

personas ar GRT, kuras dzīvo pašvaldībā un saņem DI Pasākuma finansētus SBSP. Izpildītāja ieskatā būtiski ir modificēt iedalījumu un noteikt trīs pamata grupas – personas ilgstošas sociālās aprūpes institūcijā, no institūcijas izgājušās un tās, kuras nav saņēmušas ilgstošas sociālās aprūpes institūcijas pakalpojumus. Saskaņā ar sākotnējo izlases kopas noteikšanas pieeju, izvēlētas metodes datu reprezentativitātes līmenis tiek izvēlēts, ņemot vērā vairākus būtiskus aspektus. Palielinot detalizāciju un konkrētā respondenta vērtējuma precizitāti, samazinās iespējas nodrošināt statistisko reprezentativitāti ar lielāku respondentu skaitu:

- ja metode vairāk balstīta detalizētā subjektīvā vērtējumā, tad izlases kopu izvēlas mazāku, ja uz vispārīgāku objektīvo parametru vērtējumu – tad lielāku;
- jo lielāka detalizācijas pakāpe un dalījums daudzos apakšpunktos katra dzīves kvalitātes domēna ietvaros, jo izlases kopa būs mazāka;
- ja metodoloģija konsekventi ietvers vairāku pušu vērtējumu (t.sk. sociālais darbinieks, neformālais aprūpētājs), tad izlases kopa būs mazāka.

Izvēlētajā dzīves kvalitātes metodoloģiskajā risinājumā paredzēta salīdzinoši detalizēta vērtēšana divās pakāpēs ar lielu respondenta subjektīvo vērtējumu īpatsvaru gan par subjektīvajiem, gan objektīvajiem aspektiem. Tāpat arī tiek testēts, vai vairāku pušu iesaistīšana sniegs būtiski labākus rezultātus. Tādējādi izvēlētais reprezentativitātes modelis ir samazināta statistiskā reprezentativitāte, bet palielināta būtisko aspektu detalizācija. 34. tabulā apkopots iespējama izlases apjoms dažādu mērķa grupu kontekstā.

34. tabula. Mērķa apakšgrupu izlases kopas pie dažādiem ticamības intervāliem ar statistisko varbūtību 95 %, cilvēku skaits

Grupa	Ģenerālkopas lielums/ ticamības intervāls	5%	10%	15%	20%
No VSAC DI Pasākuma laikā izgājušo personu skaits, kas saņem SBSP	25 ¹²⁹	24	20	16	13
DI Pasākumā nodrošinātie sabiedrībā balstītie sociālie pakalpojumi līdz 30.09.2020.	580 ¹³⁰	216	81	39	23
Personas ar GRT (ar 1., 2., 3. grupas invaliditāti)	24175 ¹³¹	377	96	43	24

¹²⁹ DI progress. LM dati.

¹³⁰ DI progressa dati <https://www.lm.gov.lv/lv/aktualitates-5>

¹³¹ Sociālās politikas rādītāji, <http://www.lm.gov.lv/lv/publikacijas-petijumi-un-statistika/statistika>

Grupa	Ģenerālkopas lielums/ ticamības intervāls	5%	10%	15%	20%
Personas ar smagiem GRT (ar 1., 2. grupas invaliditāti)	22466 ¹³²	377	96	43	24
t.sk. 1. grupa	4495 ¹³³	354	94	42	24
Personas ar GRT institūcijās	3484 ¹³⁴	367	95	42	24

Avots: Autoru aprēķināts, izmantojot *Creative Research Systems* izlases kopas noteikšanas rīku¹³⁵

Izvēlētā izlases kopa ir raksturojama šādi:

- kopumā dzīves kvalitātes mērīšanas pilotprojektā ietverti 50 cilvēki;
- 25 pārstāv tos, kas dzīvo institūcijā, 25 – tos, kas dzīvo pašvaldībā un saņem DI pasākuma pakalpojumus;
- vismaz 5 no tiem ir pārcēlušies no dzīves institūcijā uz dzīvi sabiedrībā (ja tiks identificēts, ka kopš iznākšanas no institūcijas ir pagājis pārāk mazs laiks, lai iegūtu reprezentatīvus datus par dzīves kvalitātes izmaiņām, vai vērtējumu pārāk ietekmējusi pašreizējā COVID-19 situācija un vērtējums uzskatāms par asimetrisku, tad rezultāti tiks atbilstoši interpretēti vai arī netiks ietverti analīzē, kas raksturo īstenoto DI pasākumu ietekmi);
- kopējās statistiskās ticamības intervāls ir 15 % robežās ar varbūtību 95 %;
- katrai apakškopai – institūcijā un ārpus tās dzīvojošajiem – statistiskās ticamības intervāls ir 20 % robežās ar varbūtību 95 %;
- daļai respondentu tiks testēta tāda pieeja, ar kuru tiek pilnvērtīgi iegūts ne tikai respondenta, bet arī sociālā darbinieka/neformālā aprūpētāja vērtējums. Tas uzlabos iepriekš norādītos statistiskās ticamības rādītājus.

Pilotprojekta rezultāti

Dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģiju izmantoja, lai novērtētu situāciju 28 personām ar GRT, kas dzīvo institūcijās, un 37 personām, kas dzīvo pašvaldībā un saņem SBSP. Visiem respondentiem bija

¹³² turpat

¹³³ turpat

¹³⁴ LM statistika, Personu skaits VSAC, uz 01.01.2020

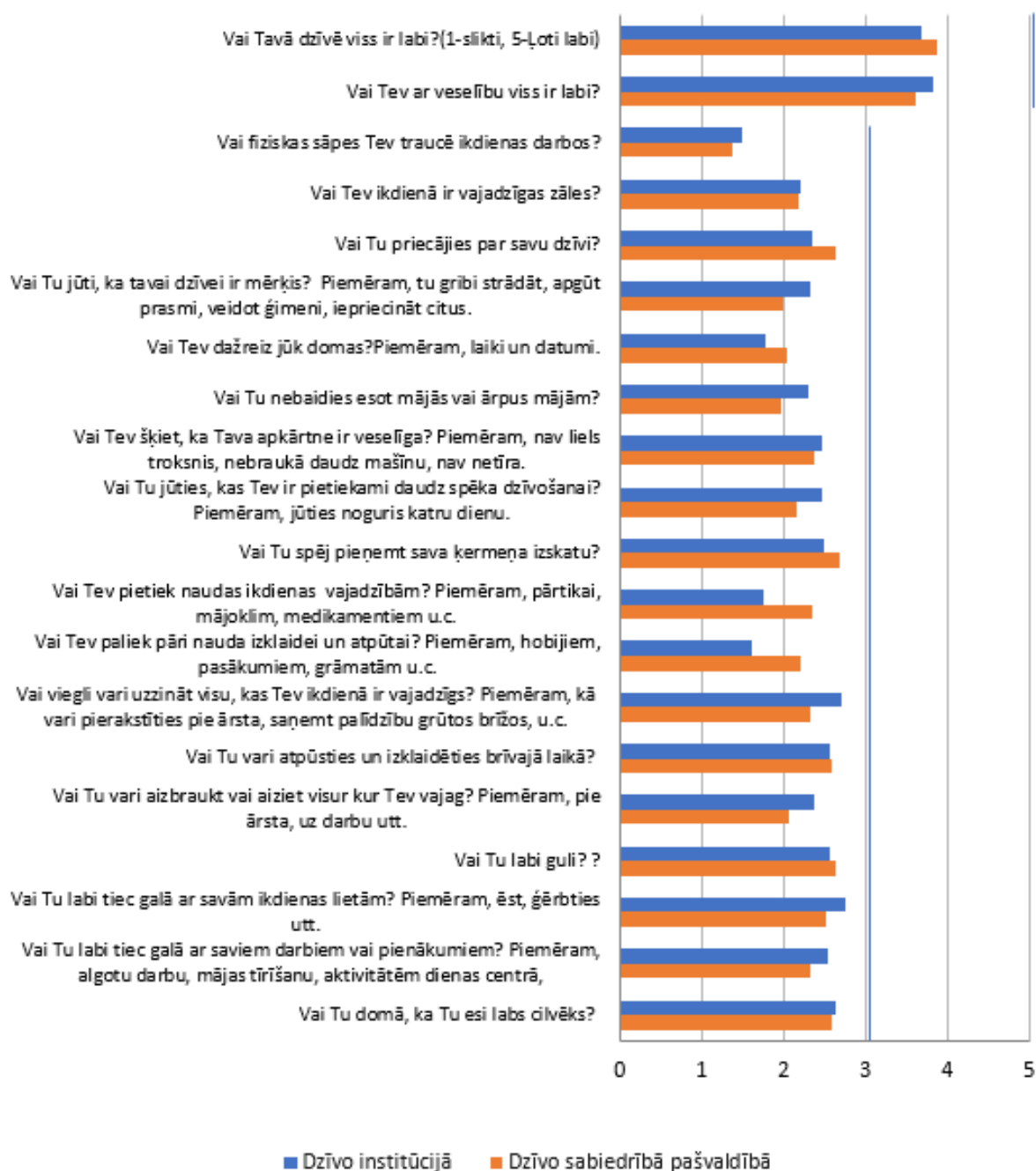
¹³⁵ <https://www.surveysystem.com/sscalc.htm>

vienāds jautājumu klāsts – tulkotā un adaptētā jautājumu anketa no PVO izstrādātā WHOQOL DIS moduļa. Pilotprojekta rezultāti vispirms tika analizēti divās salīdzinājumu kategorijās: atšķirības starp institūcijā dzīvojošajiem un sabiedrībā dzīvojošajiem respondentiem un faktiskās situācijas vērtējums gada griezumā. Tika analizēti vidējie vērtējumi katram dzīves kvalitātes aspekta jautājumam. Rezultāti atspoguļoti nākamajos attēlos (skat. 69. un 70. attēlu).

Kopumā atšķirības starp institūcijā un sabiedrībā dzīvojošām mērķa grupām vērtējamās kā nelielas – vidējie vērtējumi katrā grupā var atrasties statistisko kļūdu robežās (skat. 69. un 70. attēlu). Tādēļ pilotprojekta rezultāti nav vērtējami ar augstu reprezentativitāti, izņemot secinājumu, ka būtiskas atšķirības nav novērojamas. Taču rezultātu salīdzināšana indikatīvi norāda uz atšķirībām starp abām mērķa grupām, kā arī dinamiku laikā.

Uz visaptverošo jautājumu “Vai Tavā dzīvē viss ir labi?” sabiedrībā dzīvojošie kopumā sniedza nedaudz augstāku vērtējumu nekā institūcijā dzīvojošie. Sabiedrībā dzīvojošajiem ir sliktāks veselības pašvērtējums, bet ikdienā mazāk traucē sāpes. Kopumā viņi vairāk novērtē, ka priecājas par dzīvi. Viņi mazāk izjūt dzīvē mērķi, vairāk jūk domas, biežāk jūtas noguruši, vairāk baidās mājās un ārpus mājām, apkārtējo vidi novērtē zemāk. Taču labāk pieņem savu izskatu, labāk guļ un ir daudz apmierinātāki ar naudas līdzekļiem ikdienai un atpūtai. Abas grupas līdzvērtīgi atbild uz jautājumu “Vai Tu esi labs cilvēks?”. Sabiedrībā dzīvojošie zemāk novērtē draugu atbalstu un partnerattiecības. Taču vairāk patīk mājās, kur dzīvo, un transports. Vairāk jūtas satraukti un zemāk novērtē iespēju tikt pie ārsta un zālēm. Invaliditāte viņiem ikdienā traucē vairāk, vairāk uzskata, ka cilvēki pret viņiem nav godīgi un nepieciešams aizstāvis. Zemāks ir arī pašvērtējums par spēju pieņemt lēmumus un noteikt savu dzīvi.

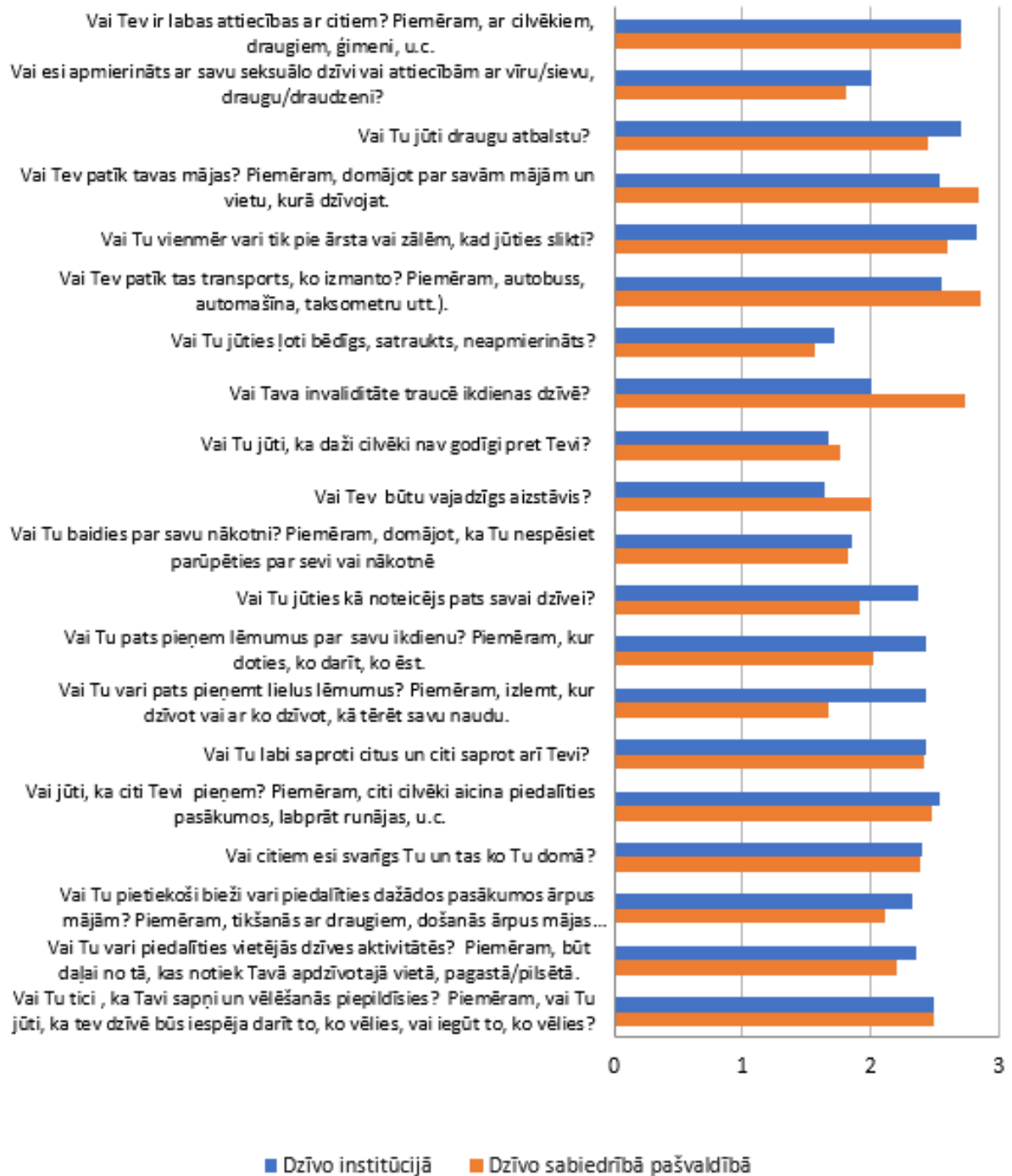
69. attēls. Dzīves kvalitātes novērtējums personām ar GRT, 1. daļa, vērtējums 3 vai 5 ballu skalā¹³⁶



Avots: Autoru veidots

¹³⁶ Oriģinālajā PVO metodoloģijā pirmie divi jautājumi izveidoti 5 ballu skalā, bet pārējie – 3 ballu.

70. attēls. Dzīves kvalitātes novērtējums personām ar GRT, 2. daļa, vērtējums 3 ballu skalā

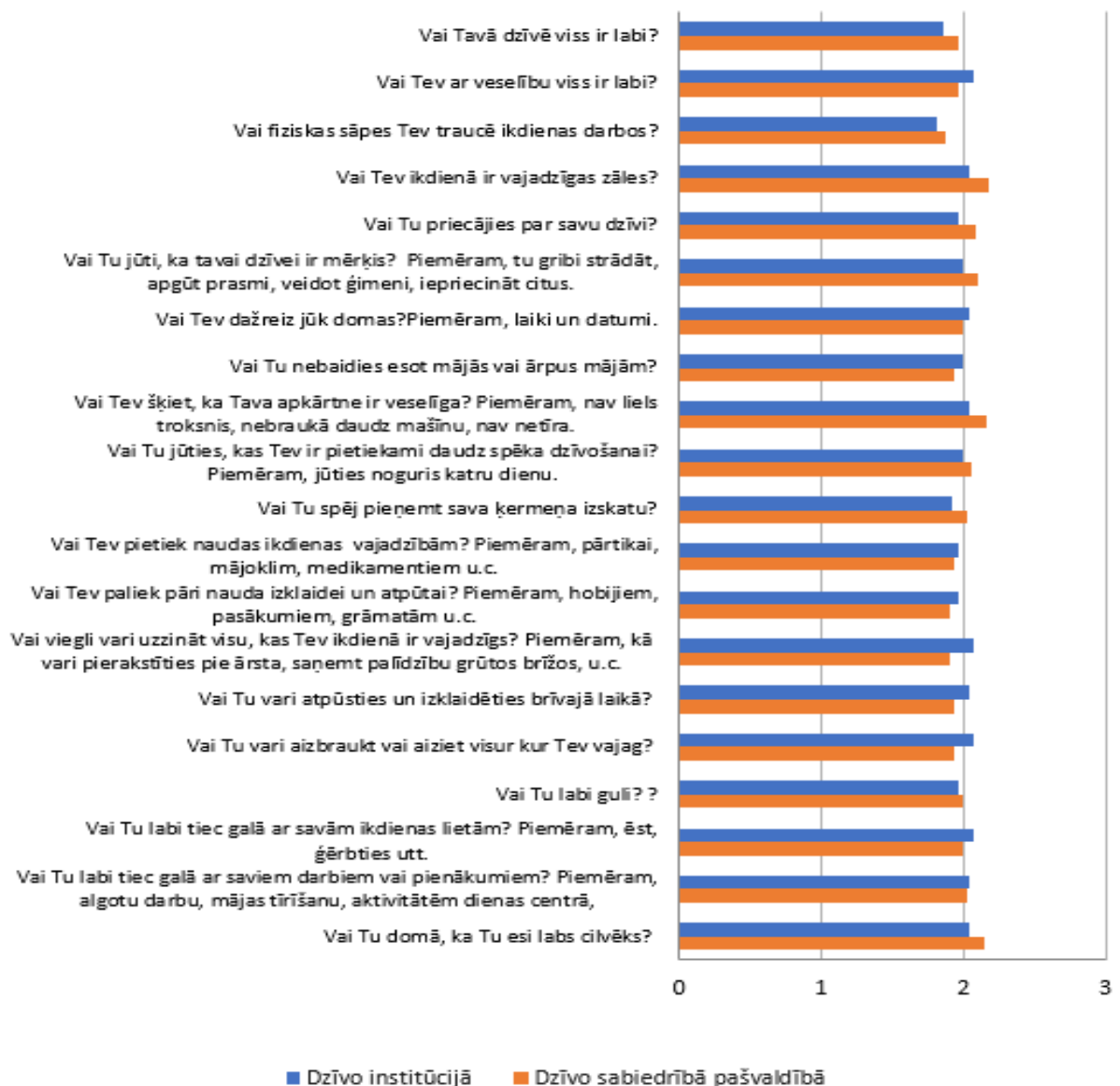


Avots: Autoru veidots

Vērtējot izmaiņas laika dinamikā, kopumā vidējie vērtējumi ir “tāpat kā iepriekšējā rudenī”. Sabiedrībā dzīvojošajai mērķa grupai nelielas uzlabojumu tendences vērojamas jautājumos par priecāšanos par dzīvi, mērķi un veselīgu apkārtni, kā arī pašvērtējumu būt labam cilvēkam. Taču arī zāļu

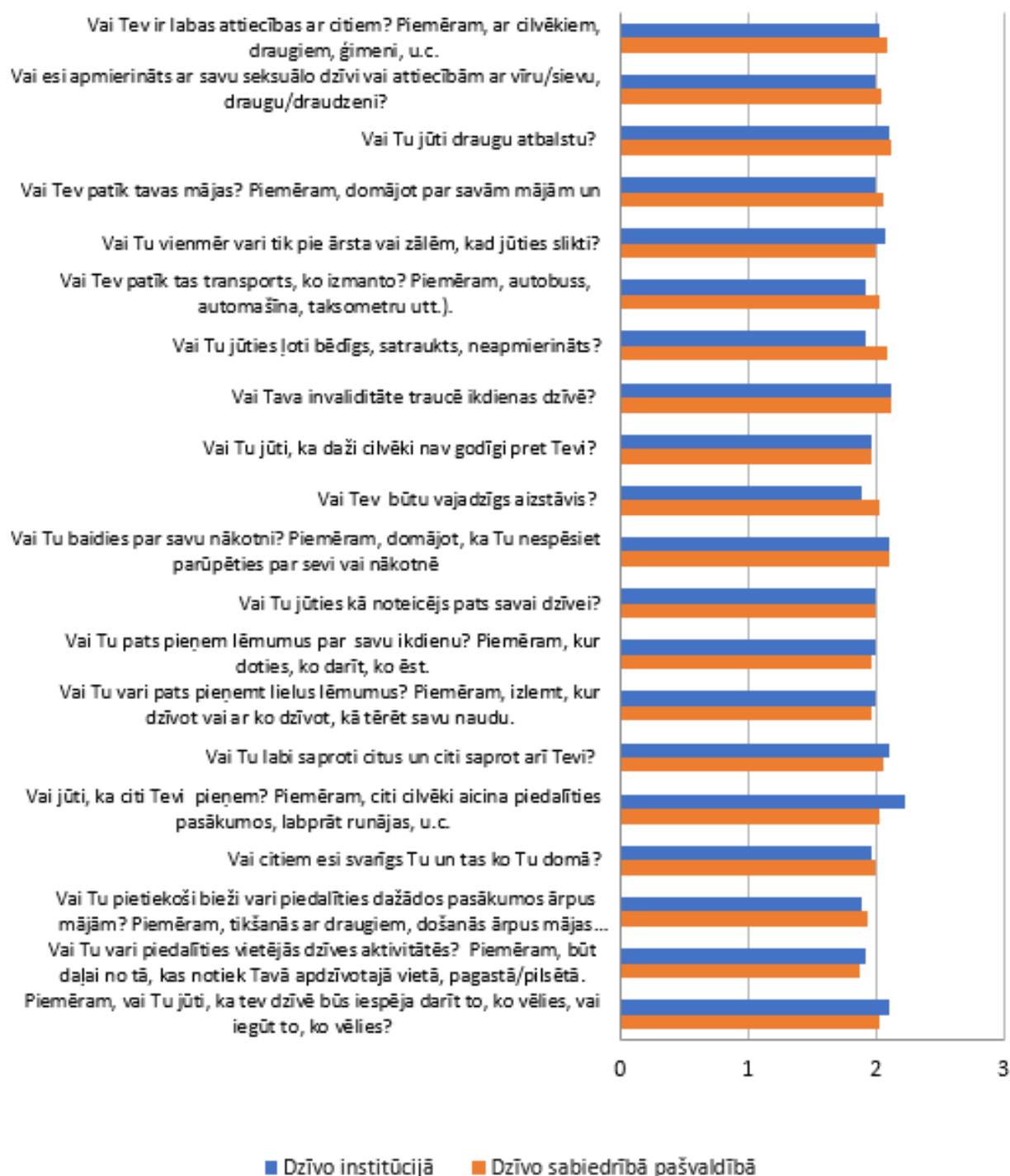
nepieciešamībai ir tendence pieaugt. Uzlabojas attiecības ar draugiem un partneriem, taču invaliditāte traucē vairāk, arī bailes par nākotni ir pieaugušas. Taču izmaiņas ir pārāk mazas, lai apgalvotu, ka minētajos rādītājos tās ir objektīvas un pārsniedz statistikās kļūdas diapazonu. Tādēļ nepieciešams ilgāks laika periods, lai objektīvāk vērtētu mērķa grupas dzīvi sabiedrībā (skat. 71. un 72. attēlu). Neskatoties uz vāji izteiktām tendencēm, tās tomēr norāda uz potenciālajām problēmām, kuru risināšanai izvirzīti priekšlikumi saskaņā ar citiem novērtējumā iegūtajiem rezultātiem un ietverti pētījuma beigu sadaļā “Priekšlikumi”.

71. attēls. Dzīves kvalitātes izmaiņas gada laikā personām ar GRT, 1. daļa, vērtējums 3 ballu skalā (1 - sliktāk, 2 - tāpat, 3 - labāk)



Avots: Autoru veidots

72. attēls. Dzīves kvalitātes izmaiņas gada laikā personām ar GRT, 2. daļa, vērtējums 3 ballu skalā (1 - sliktāk, 2 - tāpat, 3 - labāk)

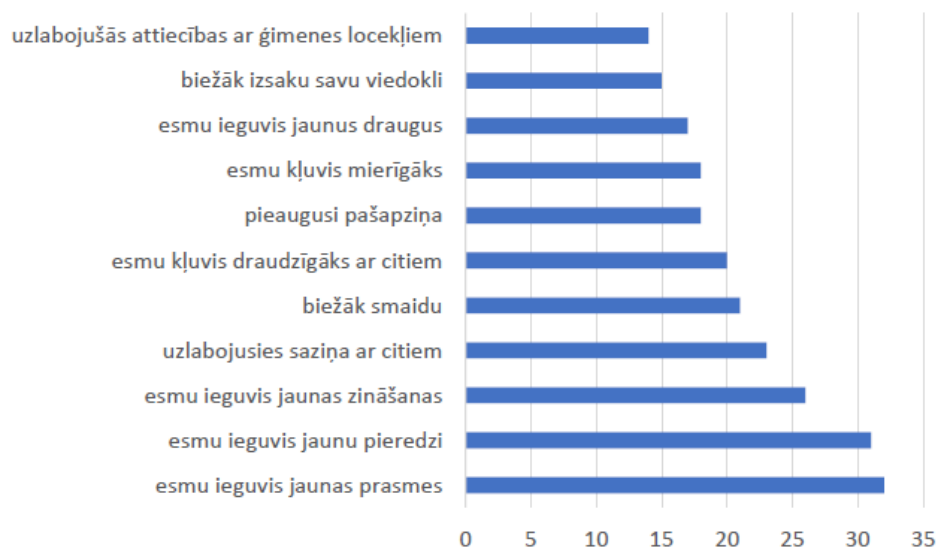


Avots: Autoru veidots

Alternatīvie rezultāti

KPR, izvērtējot DI pasākuma ietvaros sniegto SBSP ietekmi, veica aptauju par SBSP ietekmi uz dzīves kvalitāti.¹³⁷ Rezultāti atspoguļoti 73. attēlā.

73. attēls. “Personu ar GRT uzlabojumi pēc SBSP saņemšanas” KPR, pozitīvi atbildējušo respondentu skaits no 46 respondentiem



Avots: KPR DI plāna 2017.–2020. gadam ieviešanas progressa izvērtējums, 2020

Rezultāti kopumā uzrāda ļoti pozitīvas tendences, un būtiska daļa respondentu apstiprina uzlabojumus vairākās jomās. Taču šāda veida pieeju zinātniskajā literatūrā mēdz kritizēt – ja pēc pakalpojuma saņemšanas personai ar GRT prasa, vai ir notikuši konkrēti uzlabojumi, diskusijas psiholoģiskā komforta nepieciešamības stimulēti, respondenti mēdz pozitīvi pārspīlēt savus vērtējumus. To uzrāda arī šī novērtējuma ietvaros veiktā dzīves kvalitātes vērtējuma un KPR veiktā vērtējuma atšķirības. Taču, lai vērtētu politikas pasākumu ietekmi, dzīves kvalitātes vērtēšanas tiešāka sasaiste ar sniegtajiem pakalpojumiem var būt precīzāka nekā vispārēja līmeņa mērīšana, ar nosacījumu, ka ir nodrošināts atbilstošs jautājumu dizains.

¹³⁷ KPR DI plāna 2017.- 2020. gadam ieviešanas progressa izvērtējums, 2020

Secinājumi

Ņemot vērā dzīves kvalitātes mērīšanas vajadzības Latvijas situācijā gan individuālajā līmenī, gan politikas līmenī, neviena no gandrīz 40 izvērtētajām metodoloģijām, ko pasaulē izmanto personu ar GRT vērtēšanai, neatbilda pilnībā visām novērtējuma gaitā izvirzītajām prasībām. Pēc atlasē kritērijiem tika izvēlētas 5 atbilstošākās metodoloģijas, no kurām trīs tika vērtētas padziļināti – Vispusīgā dzīves kvalitātes skala, Subjektīvā dzīves kvalitātes skala un Pasaules veselības organizācijas dzīves kvalitātes izvērtēšanas metodoloģija ar vairākiem alternatīviem rīkiem. Katrai no šīm visatbilstošākajām metodēm ir savas priekšrocības un trūkumi, kas neļauj viennozīmīgi dot kādai priekšroku.

Ņemot vērā satura, procesa, interpretācijas un rezultātu reprezentācijas aspektus, par primāro metodi izmantošanai Latvijā izvēlēta Pasaules veselības organizācijas dzīves kvalitātes izvērtēšanas metodoloģija. Pasaules veselības organizācijas dzīves kvalitātes izvērtēšanas metodoloģijā izstrādāti vairāki mērīšanas instrumenti. Kā primārais lietošanai izvēlēts un Latvijas situācijai pielāgots rīks, kas paredzēts personu ar GRT dzīves kvalitātes mērīšanai – WHOQOL-DIS-ID.

Pilnvērtīgākai un precīzākai metodoloģijas izmantošanai nākotnē iespējams lietot arī citus rīkus: paplašinātos rīkus WHOQOL-100 un WHOQOL-SRPB personu ar viegliem GRT padziļinātai vērtēšanai; WHOQOL-OLD personu virs 55 gadiem vērtēšanai.

Dzīves kvalitātes pilotprojekta rezultāti neuzrādīja būtiskas atšķirības personām, kas dzīvo institūcijā vai sabiedrībā. Pašreizējā stadijā nav iespējams viennozīmīgi konstatēt iemeslus, taču tie var būt vairāki: kopumā dzīves kvalitāte abām mērķa grupām patiešām var būt līdzīga. Pēdējos gados veiktajiem politikas intervences pasākumiem ir ilgtermiņa ietekme, un īstermiņā pārmaiņas pašas par sevi var radīt arī pašvērtējuma par dzīves kvalitāti pasliktināšanos. Dzīve sabiedrībā (salīdzinājumā ar dzīvi institūcijā) ļauj pilnvērtīgāk īstenot vajadzības, taču arī prasa lielāku piepūli un šķēršļu pārvarēšanu, kas kopsummā var dot līdzīgu dzīves kvalitātes novērtējumu, ir iespējami arī iemesli.

Tādēļ turpmāk dzīves kvalitātes mērīšanu ieteicams balstīt uz individuālo dzīves kvalitātes vērtējumu attīstību ilgākā laika dinamikā un politikas intervences ietekmi vērtēt, balstoties uz individuālo izmaiņu apkopošanu. Primāri dzīves kvalitātes izmaiņas lietderīgi mērīt personām ar GRT, kam bijušas ievērojamas izmaiņas saņemto SBSP klāstā vai kvalitātē. Tādēļ sākotnēji ieteicams veikt ilgtermiņa mērījumus personām, kas pārceļas no institūcijas uz dzīvi sabiedrībā, un personām, kas jau dzīvo sabiedrībā un sākušas saņemt būtisku jaunu atbalstu – vismaz 3 jauni SBSP (vai citi kritēriji, ja ir pamatojums par paredzamiem būtiskiem uzlabojumiem personas dzīvē).

Līdz metodoloģijas praktiskās pielietojamības pārvērtēšanai ieteicams veikt mērījumus vismaz 3 gadus pēc kārtas. Ņemot vērā, ka DI Infrastruktūras pasākuma ietvaros izveidoto pasākumu ietekmi pilnvērtīgi varēs sākt vērtēt ne ātrāk kā 2023. gadā, ieteicams izmēģinājuma režīmā metodoloģiju lietot līdz

2025. gadam, pēc tam izvērtējot tās precizitāti un lietderību. Dzīves kvalitāti raksturo dažādi aspekti, to nozīmības sadalījums ir individuāls un var būt ļoti atšķirīgs. Lai objektīvāk izvērtētu būtiskās izmaiņas mērķa grupas dzīvē, ir svarīgi, ka dzīves kvalitātes ikgadējā mērīšanā iesaistīti cilvēki, kas ikdienā sniedz atbalstu mērķa grupai. Taču šādā scenārijā pastāv risks stimulēt pārspīlēti pozitīvus vērtējumus .

Tādēļ pirmajā posmā, kamēr metodoloģiju vēl vērtē, ieteicams procesu organizēt vienkāršoti un elastīgi, ļaujot sociālā dienesta pārstāvjiem izmantot adaptēto rīku individuālo izmaiņu vērtēšanai. Rezultātu un metodoloģijas vērtēšanai valsts mērogā ieteicams procesa pārraudzību un apkopošanu deleģēt ārpalpojuma, kura ietvaros pakalpojumu sniedzējam būtu jānodrošina konsultācijas un mācības par metodoloģijas lietošanu; rezultātu apkopšana un analīze; metodoloģijas uzlabošana un pielāgošana, balstoties uz atvērto jautājumu rezultātiem, kā arī pārbaudes vērtējumu veikšana izlases gadījumos, ja ir aizdomas par neobjektīviem rezultātiem. Tādēļ dzīves kvalitātes mērīšanas metodoloģijas lietošanu praksē ieteicams veikt secīgos posmos:

1. organizēt diskusijas ar iesaistītajām pusēm (potenciālie dzīves kvalitātes mērīšanas veicēji un rezultātu lietotāji), lai izvērtētu metodoloģijas lietošanas lietderību, praktiskos aspektus un administratīvā procesa optimālos attīstības scenārijus;
2. noteikt regulējumu, kas nosaka dzīves kvalitātes mērīšanas kārtību personām ar GRT, un prioritārās situācijas, kad mērījums veicams obligāti – pārceļoties no institūcijas uz dzīvi sabiedrībā un saņemot vismaz 3 jaunus vai intensīvākus SBSP;
3. ar PVO saskaņot metodoloģijas izmantošanu vienkāršākajā redakcijā – iesniedzot paziņojumu par lietošanu un tās apstākļiem, kā arī pieprasīt atļauju pilnās rokasgrāmatas tulkošanai latviešu valodā;
4. nodrošināt informatīvos, izglītojošos un koordinācijas pasākumus pašvaldību sociālajiem dienestiem par dzīves kvalitātes mērīšanas norisi. Nodrošināt vienotu datu apkopšanas vietni, lai individuālo vērtējumu rezultātus var operatīvi izmantot arī politikas pasākumu vērtēšanai un plānošanai;
5. uzraudzīt, lai izvēlētajās mērķa grupās mērīšanu veic gan pirms politikas intervences, gan pēc tās ikgadējā režīmā;
6. izvērtēt dzīves kvalitātes izmaiņas un mērīšanas procesu, lai iegūtu informāciju gan par īstenotās politikas ietekmi, gan par mērīšanas īpatnībām un problēmām ar mērķi uzlabot metodoloģiju precīzākas informācijas iegūšanai un ērtākai izmantošanai;
7. pēc metodoloģijas izvērtēšanas 2023. gadā paplašināt mērķa grupu ar personām virs 55 gadiem un analogiski adaptēt PVO izstrādāto metodes versiju, kas paredzēta gados vecākiem cilvēkiem.

7. ATBALSTA INTENSITĀTES SKALAS LIETDERĪBAS IZVĒRTĒJUMS

IZPĒTES JAUTĀJUMI

Šajā nodaļā analizēts: kādi ir ieguvumi no Atbalsta intensitātes skalas izmantošanas kā specifiskas, zinātniski pamatotas cilvēku ar GRT individuālo vajadzību izvērtēšanas un individuālā atbalsta plānošanas metodes – vai tā ļauj labāk novērtēt cilvēka ar GRT individuālās vajadzības dažādās dzīves jomās un nodrošināt individuālajām vajadzībām atbilstošu atbalstu neatkarīgas dzīves veicināšanai? Kāds ir pierādījumos balstīts pamatojums, kāpēc šīs metodes lietošana Latvijā būtu turpināma vai izbeidzama?

PIELIETOTĀ METODOLOĢIJA

Ar literatūras analīzi tika apzināta Atbalsta intensitātes skalas metode, un Eiropas un pasaules pieredze tās izmantošanā. Atbalsta intensitātes skalas izmantošana Latvijā, un tās atbilstība Latvijas situācijai tika pētīta izmantojot:

1. normatīvo aktu sekundāro analīzi;
2. iesaistīto pušu intervijas;
3. atbalsta intensitātes skalas lietotāju aptauju.

Detalizētāka informācija par kvalitatīvajā analizē iesaistītajiem respondentiem un primārās izpētes metodoloģiju pieejama pielikumos.

Eiropas un pasaules pieredzes apkopojums par AIS lietderību un lietošanas iespējām

2004. gadā Amerikas Intelektuālo un attīstības traucējumu asociācija (turpmāk – AIATA) izstrādāja Atbalsta intensitātes skalu (turpmāk – AIS). Tā tika veidota ar mērķi standartizēti vērtēt atbalsta vajadzības un plānot atbalsta pasākumus pilngadīgām personām ar intelektuāliem un attīstības traucējumiem 16–64 gadu vecumā. Tā balstās pieņēmumā, ka šai mērķa grupai ir nepieciešams intensīvāks ilgtermiņa atbalsts nekā cilvēkiem ar cita veida traucējumiem. AIS koncentrējas uz personas prasmēm un spējām, kā arī nepieciešamā atbalsta veidu un apjomu, lai persona spētu dzīvot neatkarīgu dzīvi – tādās jomās kā dzīve mājās, dzīve kopienā, mūžizglītība, nodarbinātība, veselība un drošība, sociālās aktivitātes, interešu aizstāvība, medicīniskā aprūpe un nevēlamas uzvedības kontrole. AIS atbalstu definē kā resursu un stratēģiju kopumu, kas veicina personas spēju dzīvot neatkarīgu dzīvi, attīstīties, izglītoties, izkopt savas intereses un veicina personas labklājību. Atbalsta mērķis ir pārvarēt vides radītās barjeras, līdz ar to ir būtiski, cik lielā mērā pēc atbalsta saņemšanas persona spēj iesaistīties dažādās dzīves jomās. Piemēram, ja persona saņem profesionālās pilnveides kursus, bet pēc šo pakalpojumu saņemšanas neiesaistās darba tirgū, šos kursus nevar definēt kā atbalstu, jo tie nav palīdzējuši pārvarēt ar darba tirgu saistītās barjeras. Tas

nenozīmē, ka persona nav guvusi labumu no saņemtajiem pakalpojumiem, bet parāda to, ka pakalpojums nav palīdzējis personai pārvarēt vides radītās barjeras.¹³⁸

Katrā no minētajām jomām ir definētas konkrētas aktivitātes, un katrai aktivitātei vērtē nepieciešamā atbalsta biežumu, ilgumu un atbalsta veidu.¹³⁹ Kopā tiek vērtētas atbalsta vajadzības 57 ikdienas aktivitātēs un 28 ar uzvedību un medicīnisko aprūpi saistītos jautājumos. Izvērtējumu var veikt viens apmācīts speciālists, intervējot personu kopā ar diviem personas ģimenes locekļiem vai aprūpētājiem, kuri personu labi pazīst. Izvērtēšanas ilgums ir vidēji 2,5-3 stundas. Balstoties uz izvērtējumu, tiek izstrādāts atbalsta plāns, un tā izstrādē var piesaistīt citus speciālistus (piem., psihiatru, ergoterapeitu). Empīriskie pierādījumi apliecina AIS kritēriju un konstrukcijas ticamību, un tās atbilstības koeficients ir 0,87.¹⁴⁰ AIS kritēriju un konstrukcijas ticamība ir izvērtēta arī citu personu ar invaliditāti atbalsta vajadzību novērtēšanai un plānošanai. Metodes atbilstība ir pierādīta gan personām ar kustību traucējumiem (0,79 līdz 0,83.¹⁴¹), gan personām ar psihiskām saslimšanām (0,62–0,66.¹⁴²).

2010. gadā AIATA izveidoja darba grupu un uzsāka AIS pilnveides procesu, integrējot lietotāju atsauksmes. Pilnveides procesā tika uzlabota rokasgrāmata un pārkārtotas AIS sadaļas un vienības, lai veicinātu metodes pieejamību lietotājiem. Standarta rādītāji un psihometriskās īpašības nemainījās. Jaunā AIS versija tika publicēta kā AIS pieaugušo versija (SIS – A) 2016. gadā kopā ar jaunu AIS bērniem (SIS – C) vecumā no 5 līdz 6 gadiem¹⁴³.

AIS ir guvusi ievērību gan Amerikas Savienotajās valstīs, gan starptautiskā līmenī, jo tā atspoguļoja paradigmu maiņu no medicīniskā modeļa uz cilvēktiesību invaliditātes modeli.¹⁴⁴ Medicīniskais invaliditātes modelis uzsver personas nespēju un atkarību no finansiālā atbalsta un pabalstiem. Savukārt cilvēktiesību invaliditātes modelis balstās uz pieņēmumu, ka personai ir nepieciešams individuāls atbalsts, lai tā varētu iekļauties sabiedrībā un īstenot savas tiesības atbilstoši Apvienoto Nāciju Organizācijas (turpmāk – ANO) Vispārējai cilvēktiesību deklarācijai un Konvencijai par personu ar invaliditāti tiesībām.¹⁴⁵ Pašlaik AIS tiek izmantota 26 Amerikas Savienoto valstu štatos. Tā ir tulkota un aprobēta četrpadsmit valodās, un to lieto vairākās valstīs, tostarp Islandē, Latvijā, Itālijā¹⁴⁶, Nīderlandē un Taivānā.¹⁴⁷

¹³⁸ https://www.aaid.org/docs/default-source/sis-docs/evidence-for-the-reliabilityandvalidity-of-the-sis.pdf?sfvrsn=7ed3021_0

¹³⁹ http://www.lm.gov.lv/upload/aktualitates/3/par_sis_isais.pdf

¹⁴⁰ http://www.lm.gov.lv/upload/aktualitates/3/par_sis_isais.pdf

¹⁴¹ The Validity of the Supports Intensity Scale for Adults With Motor Disability. Gudmundur Arnkelsson; Tryggvi Sigurdsson

¹⁴² Gudmundur Arnkelsson, Tryggvi Sigurdsson "The validity of Supports Intensity Scale for adults with psychiatric disabilities". Research in Developmental Disabilities, Volume 35, Issue 12, 26 September 2014.

¹⁴³ <https://meridian.allenpress.com/ajidd/article/121/1/48/6895/Impact-of-the-Protection-and-Advocacy-Subscale-on>

¹⁴⁴ <https://meridian.allenpress.com/ajidd/article/115/4/327/1100/Factorial-Validity-of-the-Supports-Intensity-Scale>

¹⁴⁵ <http://www.sustento.lv/resource/show/634>

¹⁴⁶ <https://www.aaid.org/sis/international>

¹⁴⁷ <http://www.aaid.org/sis/product-information/faqs>

Nolūkā sniegt padziļinātu ieskatu par to, kā AIS metode tiek ieviesta un integrēta valstu sociālo pakalpojumu sistēmā un izmantota lēmumu pieņemšanas procesos, turpinājumā tiek aplūkoti Itālijas un Nīderlandes piemēri.

Itālija

Pirms AIS ieviešanas Itālijā nebija vienotas pieejas sociālo pakalpojumu vai atbalsta piešķiršanai personām ar intelektuāliem un attīstības traucējumiem. Katrs pakalpojumu sniedzējs un/vai dienests izmantoja atšķirīgus novērtēšanas instrumentus un teorētiskos modeļus. Ņemot vērā, ka AIS ieviešana Itālijā bija saistīta ar sistēmiskām reformām, metode tika ieviesta pakāpeniski.

Sākotnēji par AIS interpretāciju bija atbildīga ekspertu komanda. Pēc vairākus mēnešus ilga AIS anketu pielāgošanas darba tika izstrādāta pirmā AIS metodes versija itāļu valodā. Interpretācijas procesam sekoja pakalpojumu sniedzēju izglītošana. Tika piesaistīts viens no lielākajiem pakalpojumu sniedzējiem ģimenēm un personām ar intelektuāliem un attīstības traucējumiem Itālijā, nodrošinot 200 pakalpojumu sniedzēju un 8000 ģimeņu iesaisti AIS interpretācijas procesā. Pēc pakalpojumu sniedzēju mācībām uzsāka metodes testēšanas procesu. Pakalpojumu sniedzējus mudināja identificēt AIS ieguvumus un neatbilstības savu klientu vajadzībām, kā arī Itālijas situācijai kopumā. Testēšanas rezultātā tikai identificētas vairākas AIS metodes jomas, kuras bija nepieciešams piemērot Itālijas situācijai:

1. dzīve mājās: ēdiena gatavošanai, uzkopšanai u.c. darbībām itāļu mājsaimniecībās ir atšķirīga nozīme, tā rezultātā mainās šo aktivitāšu “morālā” vērtība;
2. nodarbinātība: valsts nodrošinātais pakalpojumu klāsts un finansiālais atbalsts padara nodarbinātību par zemas prioritātes jomu mērķa grupai;
3. interešu aizstāvība: Itālijā nav izplatīta mērķu grupas interešu aizstāvība, jo līdz šim mērķa grupa tika skatīta, izmantojot medicīnisko paradigmu un orientējot sabiedrību uz mērķa grupas segregāciju, nevis iekļaušanu.

AIS metode tika interpretēta atbilstoši Itālijas situācijai, ņemot vērā arī citus apsvērumus, piemēram, (a) valstī vēl joprojām uzsvars tika likts uz institucionālo aprūpi, (b) pakalpojumu izveide un piešķiršana balstījās uz palīdzības modeli, kas kavē virzību uz atbalstu orientētu modeli, (c) sabiedrībā un profesionāļu vidū uzsvars tika likts uz medicīniskā modeļa teorētisko paradigmu. Ņemot vērā visus iepriekšminētos apsvērumus, 2007. gada aprīlī tika pabeigts AIS metodes interpretācijas process. AIS metodes izmantošanā iegūto informāciju bija paredzēts lietot individuālā (individuālo atbalsta plānu

izstrādē), dienestu (personāla mācību plānošanā, budžeta plānošanā) un valstiskā līmenī (resursu pārdales plānošanā, vadības, izpētes, novērtēšanas un sistēmisku reformu plānošanā).¹⁴⁸

2018. gadā AIATA publicēja pētījumu “Kā organizācijas un sistēmas izmanto atbalsta intensitātes skalu”.¹⁴⁹ Itālijas gadījumā AIS izvērtējuma rezultāti ir integrēti dzīves kvalitātes ietvarā. Intervējot klientu, tiek identificētas personas vēlmes. Personai tiek uzdoti vispārīgi jautājumi par galvenajām atbalsta jomām un tiek noskaidrots, kuras atbalsta jomas **persona uzskata** par svarīgām. Savukārt AIS izvērtējuma rezultāti sniedz skaidru priekšstatu par **personai nepieciešamo** atbalsta modeli un intensitāti. Lai sniegtais atbalsts būtu pēc iespējas efektīvāks, tiek ņemta vērā arī personas individuālā situācija (*ecological context*). To dara, uzdodot jautājumus par personai nepieciešamo atbalstu, kas ļautu pārkāpt apkārtējās vides šķēršļus un pilnvērtīgi iesaistīties sev būtiskajās dzīves jomās. Dažos gadījumos izmanto standartizētu izvērtēšanas instrumentu, lai noskaidrotu, cik lielā mērā persona **pašlaik funkcionē** šajās jomās.

Šo informāciju apkopo matricā (*ecological matrice*), kas lietotājiem ļauj vienkopus vizualizēt visu attiecīgo informāciju, t.sk. informāciju par personas mērķiem, atbalsta vajadzībām un intensitāti un faktisko dzīves kvalitātes profilu. Prioritātes piešķir tām jomām, kas atspoguļo personas mērķus un veicina personas iekļaušanu un līdzdalību. Turpmākās aktivitātes personas individuālā atbalsta plāna īstenošanai plāno ciešā sadarbībā ar personu un iesaistītajiem speciālistiem.¹⁵⁰

Nīderlande

Nīderlandē AIS tulkošanu un ieviešanu uzsāka uzreiz pēc metodes publicēšanas 2004. gadā. Tiešais tulkojums no angļu valodas holandiešu valodā tika veikts saskaņā ar Tassé un Craig (1999) ieteikto metodi – materiālu divas reizes tulkoja divi neatkarīgi eksperti. Tulkošanas laikā netika identificētas kulturālas nesakritības, kas mudinātu domāt par interpretācijas nepieciešamību, lai gan dažiem priekšmetiem tika izmantoti ekvivalenti jēdzieni vai nosaukumi. Nīderlandē līdz 2008. gadam veica piecus ar AIS lietderības izvērtēšanu saistītus pētījumus.¹⁵¹

1. pirmā pētījuma mērķis bija noskaidrot AIS ticamību, atbilstību un noderīgumu resursu piešķiršanas procesā (pētījumā piedalījās 101 persona ar intelektuāliem un attīstības traucējumiem);
2. otrā pētījuma mērķis bija noskaidrot AIS ietvaros apkopoto datu saskanību un saistību ar klientam piešķirto Nīderlandes valdības finansiālo atbalstu (pētījumā piedalījās 91 persona, kura saņem valsts finansiālo atbalstu);

¹⁴⁸ https://www.researchgate.net/publication/242273517_International_Implementation_of_the_Supports_Intensity_Scale

¹⁴⁹ https://www.aaid.org/docs/default-source/sis-docs/howorganizationsusesis_webrev-final.pdf?sfvrsn=d4953021_0

¹⁵⁰ https://www.aaid.org/docs/default-source/sis-docs/howorganizationsusesis_webrev-final.pdf?sfvrsn=d4953021_0

¹⁵¹ https://www.researchgate.net/publication/242273517_International_Implementation_of_the_Supports_Intensity_Scale

3. trešā pētījuma mērķis bija izvērtēt AIS lietderību individuālo atbalsta plānu izstrādē un resursu piešķiršanas procesā (pētījumā piedalījās 567 personas, kuras izmanto pētījuma mērķim būtiskus pakalpojumus);
4. ceturtnā pētījuma mērķis bija noskaidrot, vai izmaksas, kas saistītas ar dzīvi grupu mājās (*community home*), ir lielākas nekā izmaksas dzīvei aprūpes ciematos vai pilsētiņās (*campus arrangements*) (pētījumā piedalījās 685 personas, kuras izmanto pētījuma mērķim līdzvērtīgus pakalpojumus);
5. piektā pētījuma mērķis bija verificēt AIS izmantošanu Beļģijā (pētījumā piedalījās 15 224 personas ar intelektuāliem un attīstības traucējumiem).

Nīderlandē vēl joprojām izmanto verificēto AIS tulkojumu. AIS izmantošanas rezultātā iegūtos datus par personas atbalsta vajadzībām izmanto individuālo atbalsta plānu izstrādē. Individuālie atbalsta plāni tiek izstrādāti, balstoties uz zināšanu bibliotēkā apkopoto informāciju par personu. Zināšanu bibliotēka ir pieejama digitāli un apkopo informāciju par personai nepieciešamo atbalstu, atbalsta rezultātiem, atbalsta stratēģijām un skaidrojumiem atbalsta īstenotājiem astoņos dzīves kvalitātes domēnos. Pēc sākotnējā informācijas apkopošanas procesa ekspertu komanda verificē zināšanu bibliotēkā pieejamās informācijas un atbalsta stratēģiju ticamību. Tad zināšanu bibliotēkā apkopotā informācija tiek izmantota, lai sastādītu individuālo atbalsta plānu. Līdzīgi kā Itālijā, arī Nīderlandē AIS dati kopumā tiek izmantoti dzīves kvalitātes ietvarā.¹⁵²

Izvērtējums par AIS saskanību un pretrunām attiecībā uz citu Latvijas likumdošanā paredzēto informācijas apkopošanu personām ar GRT

Atbilstoši 2017. gadā pieņemtajiem Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 20. panta grozījumiem personām, kurām funkcionālo traucējumu dēļ ir objektīvas grūtības sevi aprūpēt, ir tiesības uz nepieciešamās aprūpes līmenim atbilstošu sociālās aprūpes pakalpojumu. Sociālās aprūpes līmeni nosaka, izmantojot LM izmēģinājuma projektā “Priekšlikumi klientu grupēšanai un nepieciešamā pakalpojumu apjoma noteikšanai” izstrādāto aprūpes līmeņu noteikšanas metodi.¹⁵³

Līdz ar Ministru kabineta 2019. gada 2. aprīļa noteikumu Nr. 138 “Noteikumi par sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanu” pieņemšanu AIS izvērtējumā iegūtos datus ir iespējams izmantot arī personas aprūpes līmeņa noteikšanai. MK noteikumi Nr. 138 tika pieņemti, lai novērstu situāciju, ka persona, kuras vajadzības jau ir izvērtētas ar AIS, ir jāizvērtē vēlreiz ar citu novērtēšanas

¹⁵² https://www.aaid.org/docs/default-source/sis-docs/howorganizationsusesis_webrev-final.pdf?sfvrsn=d4953021_0

¹⁵³ <https://likumi.lv/ta/id/68488-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-likums>

instrumentu tikai aprūpes līmeņa noteikšanai.¹⁵⁴ Balstoties uz ekspertu interviju rezultātiem¹⁵⁵, var secināt, ka AIS ir primāri izmantots DI Pasākuma mērķa grupas – pilngadīgas personas ar GRT –izvērtēšanai, bet ir bijuši arī gadījumi, kad AIS izmantots, lai izvērtētu personas, kas nav tieši saistītas ar DI Pasākuma īstenošanu.¹⁵⁶

Izvērtējums par AIS pielietojumu Latvijā

2016. gada februārī tika pieņemti grozījumi Ministru kabineta 2015. gada 16. jūnija noteikumos Nr. 313 “Darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.2.SAM DI Pasākuma īstenošanas noteikumi un Ministru kabineta 2015. gada 14. aprīļa noteikumos Nr. 193 „Darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.1. specifiskā atbalsta mērķa “Paaugstināt sociālo dienestu darba efektivitāti un darbinieku profesionalitāti darbam ar riska situācijās esošām personām” 9.2.1.1. pasākuma “Profesionāla sociālā darba attīstība pašvaldībās” īstenošanas noteikumi”, kas deva iespēju izmantot AIS gan personu ar GRT individuālo vajadzību novērtēšanai un atbalsta plānu izstrādei DI projektos, gan sociālo dienestu sociālo darbinieku darba ar personām ar GRT pilnveidošanas pilotprojektam.¹⁵⁷ Lēmums izmantot AIS tika pieņemts vairāku apsvērumu dēļ:¹⁵⁸

1. Latvijā visplašāk izplatītā pieeja klientu vajadzību novērtēšanā pirms dažādu sociālo pakalpojumu piešķiršanas bija personas fizisko spēju izvērtēšana (Bartela indekss), bet šī pieeja neļauj novērtēt ar ķermeņa fiziskajām spējām nesaistītas atbalsta vajadzības personām ar GRT;
2. LM izmēģinājumprojektā “Priekšlikumi klientu grupēšanai un nepieciešamā pakalpojumu apjoma noteikšanai” izstrādātā aprūpes līmeņu noteikšanas metode pašaprūpes, neatkarības un pastāvīgās dzīves prasmju novērtēšanai ir piemērota tikai atbalsta apjoma un pakalpojumu veida noteikšanai institūcijās;
3. Latvijā nav iestrāžu zinātniski pamatotu metodoloģiju veidošanai, kas ļautu sociālajam darbiniekam novērtēt personu ar GRT vajadzības un sasaistīt tās ar atbilstošu sabiedrībā balstītu pakalpojumu. Jaunu pētījumu veikšana un konkrētas metodikas izstrāde prasītu ievērojamus laika un finanšu resursus. Piemēram, aprūpes līmeņu noteikšanas metodes izstrāde ilga gandrīz gadu un izmaksas pārsniedza 65 000 EUR;

¹⁵⁴ <http://www.lm.gov.lv/lv/15538-nozares-politika/socialie-pakalpojumi/noderiga-informacija/aprupes-limenu-noteikšanas-metodika>

¹⁵⁵ I.Kurme, I.Krusta

¹⁵⁶ Ieva Krusta, intervija

¹⁵⁷ http://www.lm.gov.lv/lv/index.php?option=com_content&view=article&id=81595

¹⁵⁸ LM sniegtā informācija

4. citi zinātniski novērtēšanas instrumenti, kuru ticamība ir pierādīta ar pētījumiem, pārsvarā vērtē personas funkcionālo traucējumu smaguma pakāpi, vai to lietošanai nepieciešamā kvalifikācija nav atbilstoša, jo neiekļauj sociālos darbiniekus.

9.2.1. specifiskā atbalsta mērķa ietvaros LM iegādājās tiesības tulkot un lietot AIS (novērtēšanas veidlapu un rokasgrāmatu). AIS interpretācija latviešu valodā tika īstenota, izmantojot iepirkuma procedūru, un iepirkuma prasības ietvēra sociālās jomas speciālistu iesaisti, jo interpretācija GRT mērķa grupai ir kontekstuāli niansēta.¹⁵⁹ Neskatoties uz iepirkuma prasībām, Ilze Kurme (LM Metodiskās vadības un kontroles departamenta projekta “Profesionāla sociālā darba attīstība pašvaldībās” vadītāja) interpretācijas kvalitāti vērtē kā uzlabojamu, jo LM darbiniekiem nācās būtiski koriģēt un uzlabot piesaistīto speciālistu darbu.¹⁶⁰

9.2.1. specifiskā atbalsta mērķa ietvaros tika nodrošinātas arī sociālo dienestu darbinieku mācības AIS lietošanā un atbalstu plānu izstrādē (turpmāk – AIS lietotāji). 2016. gadā notika 40 sociālo darbinieku teorētiskās mācības darbam ar AIS. Pēc šīm mācībām AIS lietotāji tika iesaistīti individuālo vajadzību izvērtēšanā un atbalsta plānu izstrādē DI projekta mērķa grupai – 2310 personām ar GRT DI Pasākuma ietvaros. Uz šo izvērtējuma pamata tika izstrādāti DI reģionālie plāni.

2017. gadā tika rīkots vebinārs ar metodes izstrādātājiem, kurā AIS lietotājiem bija iespēja saņemt atbildes uz sev būtiskiem jautājumiem saistībā ar metodes praktisko lietošanu. Savukārt praktiskās mācības, kuras iekļāva intervijas ar klientiem metodes izstrādātāju pārraudzībā, tika organizētas 2018. gadā, un no 40 teorētiski apmācītajiem AIS lietotājiem mācībās piedalījās tikai 12 personas.¹⁶¹ 2018. gada praktiskās mācības tika rīkotas ar mērķi uzlabot AIS lietotāju prasmes, un salīdzinoši mazā AIS lietotāju iesaiste ir skaidrojama ar vairākiem apstākļiem – AIS lietotāji bija pabeiguši savu darbību DI Pasākuma ietvaros, AIS lietotāji objektīvu apsvērumu dēļ bija pārtraukuši dalību DI Pasākumā u.c.

AIS piemērotība Latvijas situācijai

Šajā nodaļā analizēta AIS piemērotība Latvijas situācijai, balstoties uz pētījuma ietvaros veikto AIS lietotāju aptauju, LM 2018. gadā veikto aptauju un ekspertu intervijas rezultātiem. No 2020. gada 20. jūlija līdz 10. augustam tika veikta 7 AIS lietotāju aptauja (skat. Pielikumu Nr. 17.). Aptaujas mērķis bija noskaidrot, kādi ir AIS izmantošanas ieguvumi, trūkumi un vai AIS ir piemērots Latvijas situācijai. Aptaujā iegūtā informācija salīdzināta ar LM 2018. gadā veiktās aptaujas par AIS metodes izmantošanu un IAP izstrādes procesu rezultātiem (turpmāk – LM aptaujā). LM aptaujā piedalījās 23 AIS lietotāji. Iesaistīto

¹⁵⁹ Intervija ar I. Kurmi

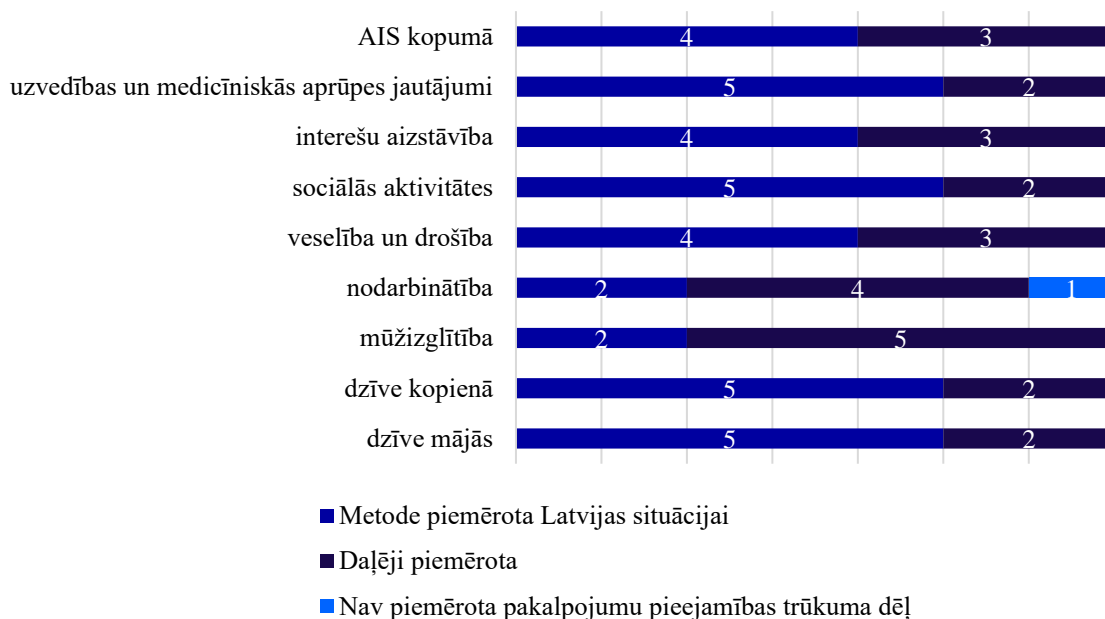
¹⁶⁰ Intervija ar I. Kurmi

¹⁶¹ Intervija ar I. Krustu

pušu pārstāvju intervija tika veikta ar Ilzi Kurmi (LM Metodiskās vadības un kontroles departamenta projekta “Profesionāla sociālā darba attīstība pašvaldībās” vadītāja), kura bija iesaistīta AIS izvēles, tulkošanas un aprobēšanas procesos, un Biedrības “Rīgas pilsētas “Rūpju bērns”” izpilddirektori Ievu Krustu, kura bija iesaistīta DI Pasākuma AIS apmācībās un īstenošanā.

Pētījumā veiktajā aptaujā AIS lietotājiem tika lūgts novērtēt AIS piemērotību Latvijas situācijai un to, vai AIS ļauj pilnvērtīgi novērtēt personu ar GRT individuālās vajadzības dažādās dzīves jomās un nodrošināt individuālajām vajadzībām atbilstošu atbalstu neatkarīgas dzīves veicināšanai. Kopumā 4 no 7 AIS lietotājiem vērtēja metodi kā piemērotu Latvijas situācijai, bet 3 – kā daļēji piemērotu (74. attēls). Savukārt LM aptaujā 8 no 23 AIS lietotājiem uzskatīja, ka AIS ir piemērota Latvijas situācijai, un 13 no 23 savās atbildēs norādīja, ka AIS metode Latvijas situācijai ir daļēji piemērota. Abās aptaujās respondenti, kuri vērtēja AIS kā daļēji piemērotu, pamatoja savas atbildes vai uzsvēra nodarbinātības un mūžizglītības jomu daļējo atbilstību Latvijas situācijai. Par galvenajiem vērtējuma argumentiem tika minēta personu ar GRT ilgstošā institucionalizācija, sociālā izolētība vai darba tirgus un mūžizglītības nepieejamība personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT. Turklāt¹⁶²

74. attēls. AIS piemērotība Latvijas situācijai



¹⁶² 2020. gada aptauja – 1.3. Vai ir kādi AIS metodes izvērtēšanas kritēriji, kas, Jūsaprāt, nav atbilstoši Latvijas situācijai?: Iespējams neveiksmīgs tulkojums, ir jautājumi, kas pēc būtības atkārtojas. 2018. gada aptauja – 2.2. Kā Jūs vērtējat AIS metodes piemērotību Latvijas situācijai?: Intervijā daudzi jautājumi ir līdzīgi un atkārtojas pa sadaļām. Tos nepieciešams rediģēt, padarīt saprotamākus.

Avots: Autoru izstrādāts

Summējot LM un pētījuma ietvaros veikto aptauju rezultātus, AIS lietotāji pārsvarā uzskata, ka AIS ir daļēji piemērots Latvijas situācijai. Tomēr jāņem vērā, ka AIS personu ar GRT individuālo vajadzību izvērtēšanai tika izmantots primāri DI Pasākuma ietvaros ar mērķi apkopot informāciju par mērķa grupas SBSP vajadzībām DI plānu izstrādei. Savukārt DI Pasākuma ietvaros izstrādāto DI plānu funkcija ir veidot uz pierādījumiem balstītu un iekļaujošu DI rīcībpolitiku, tādējādi novēršot ar pakalpojumu pieejamību un institucionalizāciju saistītas problēmas.

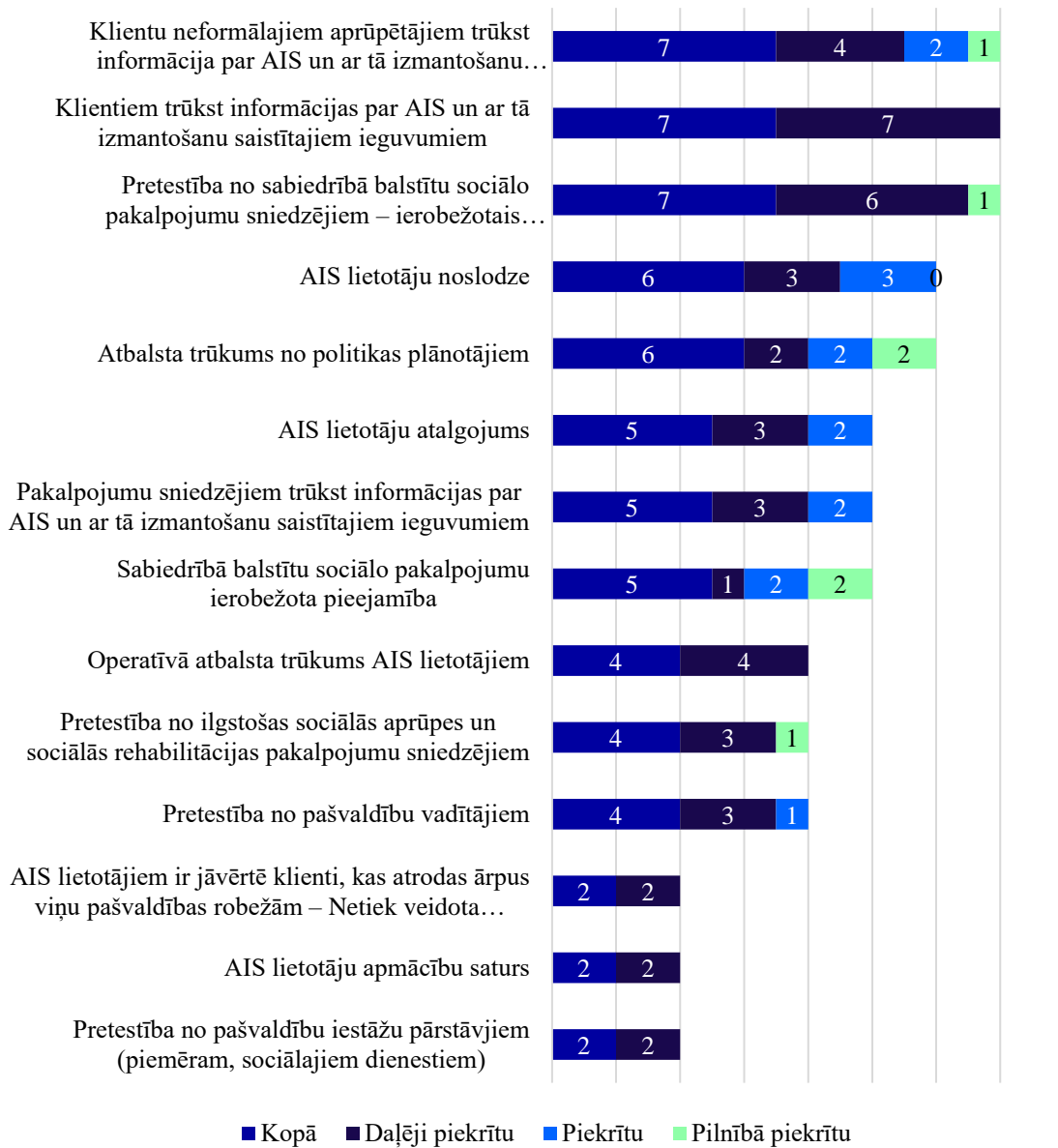
Pētījumā veiktās aptaujas ietvaros respondentus lūdza novērtēt AIS priekšrocības un AIS izmantošanu kavējošos faktorus. 6 no 7 respondentiem piekrīt vai pilnībā piekrīt, ka AIS dod iespēju novērtēt ne tikai klienta medicīniskās, bet arī sociālā atbalsta vajadzības. 4 no 7 respondentiem piekrīt vai pilnībā piekrīt, ka AIS dod iespēju ilgtermiņā novērtēt klienta atbalsta vajadzību izmaiņas (2 respondenti šim apgalvojumam piekrīt tikai daļēji). 5 no 7 respondentiem uzskata, ka AIS ir vienīgā atbalsta vajadzību izvērtēšanas metode Latvijā, ar kuru var izvērtēt pilngadīgai personai ar GRT nepieciešamo atbalstu pilnvērtīgai dzīvei. Šie rezultāti liecina, ka, pēc AIS lietotāju domām, AIS metodei ir būtiskas priekšrocības un šīs metodes funkcijas pašlaik nepilda citi mērķa grupas izvērtēšanas rīki. Šo secinājumu apstiprina arī I. Kurmes intervijā teiktais, ka “ar nelieliem pielāgojumiem AIS var pildīt arī aprūpes līmeņa noteikšanas metodes funkcijas”, un to respondentu viedokļi (2 no 7 respondentiem), kuriem ir pieredze darbā gan ar AIS, gan aprūpes līmeņa noteikšanas metodi. Viņus lūdza novērtēt, vai AIS spēj pildīt aprūpes līmeņa noteikšanas metodes funkcijas, un abi respondenti sniedza pozitīvu vērtējumu. Turklāt abi respondenti uzskata, ka nākotnē plānojama aprūpes līmeņa noteikšanas metodikas aizstāšana ar AIS.

Apkopojot respondentu sniegtās atbildes par faktoriem, kas kavē AIS izmantošanu (skat. 75. attēlu), var identificēt trīs jomas – informācijas trūkums, pretestība vai atbalsta trūkums no iesaistītajām pusēm un problēmas, kas saistās ar AIS lietotāju iesaisti DI Pasākumā. AIS izvērtēšanā iesaistītajām pusēm DI Pasākuma ietvaros nebija pievērsta pastiprināta uzmanība. Ne klienti, ne klientu formālie un neformālie aprūpētāji, ne arī pakalpojumu sniedzēji nekad nebija saskārušies ar līdzīgu izvērtēšanas procesu, kurā ir jāiesaistās ne tikai klientam, bet arī klienta formālajiem un neformālajiem aprūpētājiem. Turklāt AIS metode balstās uz cilvēktiesību invaliditātes modeļa, bet iesaistītās puses ir pārsvarā funkcionējošas medicīniskā invaliditātes modeļa ietvaros. Strauja pāreja no vienas pieejas uz otru, iespējams, radīja būtiskus jautājumus par AIS metodi un tās lietderību. Līdz ar to radās pretestība vai veidojās situācijas, kurās AIS lietotājiem bija jāskaidro, kādi ieguvumi ir saistāmi ar metodes izmantošanu. Tas aizkavēja AIS lietotāju darbu un vērta viņu uzmanību uz problēmām, kas saistītas ar informācijas apriti.

Pretestība vai atbalsta trūkums no politikas plānotājiem, pašvaldību pārstāvjiem un pakalpojumu sniedzējiem gan SBSP, gan ilgstošās sociālās aprūpes un rehabilitācijas iestādēs ir saistāms ar DI Pasākuma

radītajām neskaidrībām iesaistīto pušu vidū. AIS izvērtējuma laikā nebija skaidrs, kāda būs DI procesa ietekme vai ar to saistītā rīcībpolitika. Līdz ar to var secināt, ka AIS lietotāji nokļuva situācijās, kurās iesaistīto pušu attieksme vai darbības liecināja par pretestību vai nevēlēšanos sadarboties DI procesa īstenošanā. Savukārt ar AIS lietotāju atalgojumu, noslodzi un atbalstu saistītās problēmas ir skatāmas DI Pasākuma īstenošanas procesa kontekstā. Kā norāda I. Kurme, AIS lietotājiem bija nesamērīgi liela slodze. Dažos gadījumos vienam lietotājam bija jāizvērtē 70 klienti mēnesī, kaut arī metode par optimālo klientu skaitu nosaka 15 personas.

75. attēls. AIS izmantošanu kavējošie faktori



Avots: autoru izstrādāts

Pētījumā veiktās aptaujas ietvaros 6 no 7 AIS lietotājiem vērtēja AIS kā piemērotu metodi gan personu ar garīgas attīstības traucējumiem, gan psihiskām saslimšanām izvērtēšanai, bet viens respondents uzskatīja, ka AIS ir piemērotāks personu ar garīgas attīstības traucējumiem izvērtēšanai, jo jautājumu vienkāršība var aizvainot personas ar psihiskām saslimšanām. Savukārt LM aptaujas ietvaros 8 AIS lietotāji

bija pārliecināti par AIS metodes piemērotību gan personām ar garīgās attīstības traucējumiem, gan personām ar psihiskām slimībām.¹⁶³

Pētījuma ietvaros veiktajās ekspertu intervijās tika uzdoti vairāki jautājumi par izvērtēšanas procesu, lai noskaidrotu, ar kādiem šķēršļiem AIS lietotāji saskaras un vai tie ir saistāmi ar metodes piemērotību Latvijas situācijai.

Apmācības

Pārsvārā respondenti bija daļēji vai pilnībā apmierināti ar teorētiskās apmācības komponentēm, mācību materiāliem, rokasgrāmatu, kā arī praktiskajām mācībām. Teorētisko un praktisko mācību ilgumu kā pietiekamu novērtēja 4 no 7 respondentiem. Teorētisko mācību ilgumu kā nepietiekamu vērtēja divi respondenti bez iepriekšējas pieredzes personu ar GRT intervēšanā un viens respondents ar pieredzi darbā ar mērķa grupu. Praktisko mācību ilgumu negatīvi vērtēja viens respondents ar ļoti mazu pieredzi darbā ar GRT, viens respondents bez pieredzes personu ar GRT intervēšanā un viens respondents ar ievērojamu pieredzi darbā ar personām ar GRT. Šie rezultāti liecina, ka gadījumos, kad AIS lietošanā tiek apmācītas personas bez pieredzes darbā ar mērķa grupu, ir vajadzīgs padziļinātāks mācību process. I. Kurme intervijā uzsver arī kvalifikācijas celšanas pasākumu nepieciešamību AIS lietotājiem. Metodes lietošanas rekomendācijās noteikts, ka kvalifikācijas celšanas pasākumi AIS lietotājiem ir vajadzīgi reizi 3 gados.

Interviju process

4 respondenti intervēšanas procesu vērtēja kā ne vieglu, ne grūtu, bet 3 respondenti kā vieglu. Respondentiem, kuri interviju procesu vērtēja kā vieglu, bija iepriekšēja pieredze personu ar GRT intervēšanā, kā arī pieredze darbā ar mērķa grupu. Pēc respondentu domām, galvenie ieguvumi klientu intervēšanai ir saistīti ar iespējām – iesaistīt klientu lēmumu pieņemšanas procesā, izvērtēt individuālās vajadzības, noteikt specifiskā atbalsta apjomu, veidot individualizētu atbalsta pasākumu klāstu dažādās dzīves jomās. AIS lietotāji uzskatīja, ka uzmanība ir papildus jāpievērš tam, lai AIS lietotājiem tiktu nodrošināta informācija par klientu pirms intervijas; tiktu pārskatīta nodarbinātības un izglītības jomu interpretācija un atbilstība Latvijas situācijai; interviju procesam tiktu piesaistīti respondenti, kuri pazīst klientu; klientiem pirms intervijas tiktu sniegta informācija par SBSP. Savukārt, lai uzlabotu interviju procesu, AIS lietotāji iesaka veidot ciešāku sadarbību ar sociālajiem dienestiem, kas nodrošina informācijas pieejamību par klientu pirms intervijas, pielāgot intervijas procesu klientam (neveicot interviju vienā reizē, ieturot pauzes, utt.).

¹⁶³ LM aptauja

Individuālā atbalsta plāna izstrāde

5 no 7 respondentiem vērtēja individuālo atbalsta plānu (turpmāk – IAP) kā daļēji atbilstošu tā mērķim. Viens no pamatojumiem bija saistīts ar tehniskām problēmām plāna sagatavošanas procesā. Tehnisko problēmu ietekmi uz IAP sagatavošanas procesu, datu pieejamību un ticamību uzsvēra arī I. Kurme, norādot uz datu zudumiem, kas bija saistīti ar datu sistēmas problēmām un apkopoto datu ticamību. AIS lietotāji norādīja arī uz to, ka IAP izstrādes procesā ir jāiesaista klients, lai IAP atbilstu savam mērķim. 1 respondents uzskatīja, ka IAP ir pilnībā atbilstošs, bet 1 – pilnībā neatbilstošs (pamatojums: IAP formulējums neatbilst AIS vērtēšanas metodei). AIS lietotāji uzsvēra vairākus IAP saturiskos aspektus, kurus būtu jāuzlabo – vajadzīga programma, lai sociālo dienestu darbinieki varētu ievadīt informāciju par plāna izpildi; jāiekļauj detalizētāks apraksts par atbalsta apjomu; jāpārskata to lietderīgums kopumā, sašaurinot mērķu definējumus un samazinot uzdevumu uzdošanas loku, tos vispārinot. Savukārt IAP praktisko izstrādi 5 AIS lietotāji vērtēja kā ne vieglu, ne grūtu (nebija iepriekšējas pieredzes šādu plānu izstrādē, nesaskatīja vajadzību tā izstrādē, laikieta ilgīgi un jāsaskaņo ar klientu/radiniekiem, tehniski zems līmenis), bet tikai 2 respondenti to vērtēja kā grūtu (neikdienišķi mērķi apgrūtināja plānu izveidošanu, IAP izstrāde ir liela atbildība). Kā galvenie šķēršļi IAP izstrādē tikai minēti: mērķu un uzdevumu definēšana, resursu trūkums, klientam piesaistīto speciālistu iesaiste IAP izstrādē un problēmas ar datorprogrammu.

Atbalsts individuālā atbalsta plāna izstrādē

Lielākā daļa aptaujāto AIS lietotāju IAP izstrādes procesā saņemto atbalstu vērtē relatīvi pozitīvi:

- 6 respondenti uzskata, ka saņēma atbalstu IAP izstrādē, 1 – daļēji;
- 5 respondenti uzskata, ka saņēma atbalstu, kad tas bija nepieciešams, 2 – daļēji;
- 2 respondenti bija pilnībā apmierināti ar saņemto atbalstu, 4 – drīzāk apmierināti, 1 – drīzāk nepamierināts.

Atbildot uz jautājumu par projektā pieejamo speciālistu atbalstu, 4 no 7 AIS lietotājiem vērtēja psihiatru un ergoterapeitu sniegtā atbalsta lietderību kā pilnīgi atbilstošu, 1 – drīzāk atbilstošu un 2 – kā vidēji atbilstošu, pamatojot savu atbildi ar to, ka speciālista atbilstība bija atkarīga no viņa izpratnes par specifiskā klienta situāciju. Arī sadarbības biežumu AIS lietotāji vērtēja labi (pilnībā atbilstošs – 3, drīzāk atbilstošs, vidēji atbilstošs – 1). Lielākā daļa respondentu uzskata, ka AIS lietotājiem ir nepieciešams atbalsts (6 no 7 respondentiem), īpaši supervīzijas, atbalsts gadījumu vadībā un individuālās konsultācijās.

Kopumā aptaujas rezultāti liecina, ka AIS ir piemērota lietošanai Latvijas situācijā, bet ir nepieciešams uzlabot tulkojumu un apsvērt izglītības un nodarbinātības jomu interpretāciju atbilstoši Latvijas situācijai. Turklāt lielākā daļa respondentu identificēto problēmu ir saistītas ar to kā AIS tiek iekļauts izvērtēšanas plānā, nevis ar metodi, kā tādu saistītiem trūkumiem. AIS lietotājiem ar mazu pieredzi

darbā ar mērķa grupu vai bez pieredzes ir jānodrošina papildu atbalsts gan mācību, gan izvērtēšanas procesā. Īpaša uzmanība jāpievērš tehniskajam nodrošinājumam, kā arī klienta un ar viņu saistīto speciālistu (terapeitu, ģimenes ārstu, utt.) iesaistei, sākot no AIS izvērtējuma procesa un beidzot ar IAP izstrādi.

AIS lietošanas alternatīvas un finansējuma modeļi

Turpmākas AIS izmantošanas gadījumā pastāv vairākas alternatīvas, kuras iekļauj dažādas pieejas AIS lietošanas intensitātei, īstenotājiem un mērķa grupām (skat. 76. attēlu).

76. attēls. AIS izvēļu alternatīvas



Avots: Autora izstrādāts

Atkarībā no AIS lietošanas intensitātes, veicējiem un mērķa grupas mainās arī ar metodes izmantošanu saistītās izmaksas. DI ietvaros AIS tika izmantots, aizstājot ALN noteiktos gadījumos. AIS lietotāju pienākumus pildīja sociālo dienestu darbinieki un speciālisti. Vairākos gadījumos papildus saviem darba pienākumiem.

2017. gada LM Sociālo pakalpojuma departamenta dienesta ziņojuma “Par instrumentiem personu ar funkcionāliem traucējumiem un garīga rakstura traucējumiem individuālo vajadzību izvērtēšanai” ietvaros tika īstenota AIS lietotāju aptauja par metodes izmantošanu. Aptaujas ietvaros tika noskaidrots, ka uzticētais darba apjoms AIS lietotājiem pārsniedza noteiktās darba slodzes apmēru, jo intervijas organizēšanas īstenošanas, datu ievades un IAP izstrādes process ir laikietilpīgs. Papildus apgrūtinājumus radīja personu ar GRT izvērtēšana ārpus lietotāja mītnes pašvaldības.

Līdz ar to, tika secināts, ka “Ņemot vērā faktu, ka izvērtēšanu pēc AIS metodes vienai personai veic ne biežāk ka 3 gadu periodā vai situācijās, ja šo 3 gadu periodā ir būtiski mainījušies personas dzīves,

darba apstākļi vai veselības stāvoklis, kas var ietekmēt nepieciešamā atbalsta apjomu un AIS metodes uzstādījumu, ka izvērtējāma profesionalitātes un kvalifikācijas nodrošināšanai, viena gada laikā ir nepieciešams veikt 100 personu izvērtēšanu, ir skaidrs, ka katrā Latvijas pašvaldības Sociālajā dienestā nav iespējams nodrošināt šāda apjoma izvērtējumu personu skaitu, līdz ar to ir nepieciešams plānot tādu AIS metodes koordinēšanas/izmantošanas struktūru, kas nodrošināt intervētājiem nepieciešamo izvērtēamo personu skaitu gadā.” Kā divas iespējamās AIS metodes koordinēšanas/izmantošanas nākotnes pieejas tika piedāvātas”:

1. Ārpakalpojums, kura paspārne darbojas atsevišķu sociālo dienestu un/vai sociālo pakalpojumu darbinieki, kas ir apmācīti un uz pilnu vai daļslodzi ir iesaistīti pilngadīgu personu ar GRT izvērtēšanā. Klientu izvērtēšana tiek veikta pēc pašvaldību sociālo dienestu pieprasījuma, pieaicinot tuvākā pašvaldībā esošo izvērtētāju.
2. Ārpakalpojums, kam ir sava apmācītu sociālo darbinieku/intervētāju komanda, kas pēc pašvaldību pieprasījuma nodrošina klientu izvērtēšanu visā Latvijā.

Abas šīs AIS metodes koordinēšanas/izmantošanas metodes ir atbalstāmas, bet, ņemot vērā, ka reģionālās reformas ietvaros tiks apvienotas pašvaldības pētnieki rekomendē atkārtoti izskatīt iespēju izvērtēšanas procesu deleģēt pašvaldību Sociālo dienestu darbiniekiem. Deleģējot izvērtēšanu pašvaldību Sociālo dienestu darbiniekiem, ir iespējams izveidot stabilu sistēmu, kurā, piemēram, metodes apmācības nodrošina LM, bet sociālā darba speciālisti tiek algoti no pašvaldību finansējuma kā štata darbinieki. Jāpiebilst, ka izmantojot pašvaldību sociālo dienestu resursu, izvērtētāju izpratne par mērķa grupas pārstāvja kontekstu ievērojami palielinās, ko var uzskatīt par priekšrocību. Lemjot par vispiemērotāko AIS metodes koordinēšanas/izmantošanas metodi ir jāņem vērā, ka pašvaldībai jeb pašvaldības Sociālajam dienestam ir jānodrošina tik liels AIS lietotāju skaits, lai vienam AIS lietotājam nebūtu jāizvērtē vairāk par 180 un ne mazāk par 100 klientiem gadā. Ņemot vērā, ka personai atkārtota izvērtēšana ir jāveic vismaz reizi 3 gados vai pēc būtiskām pārmaiņām, piemēram, deinstitucionalizācijas.

ALN papildināšana netiek rekomendēta, jo, lai gan abas metodes pēc būtības atšķiras, būtiski ieguvumi no abu metožu vienlaicīgas izmantošanas nav sagaidāmi. Savukārt ALN aizstāšana varētu būt mērķis, uz kuru tiekties, tomēr pirms ALN pilnīgas aizstāšanas ir jānodrošina tehniskais, apmācību un metodoloģiskais atbalsts AIS lietotājiem. LM ir veikusi izvērtējumu par AIS nodošanu NVO.

35. tabula. AIS izmaksas

Ikgadējās izmaksas	EUR
Licences maksa	4604,48
Apmācību izdevumi licences uzturēšanai	1000,00

Izdevumi, kas saistīti ar IT uzturēšanu	4000,00 ¹⁶⁴
Ar 500 IAP plānu izstrādi saistītās izmaksas	103215,00
Kopā:	112819,5
Vienreizējās izmaksas	EUR
Tulkošana/ interpretācija	15000,00 ¹⁶⁵
Sākotnējās teorētiskās un praktiskās apmācības	35 000,00 ¹⁶⁶
Kopā:	50000,00

Secinājumi

Balstoties uz apkopoto informāciju, aptauju un ekspertu interviju rezultātiem, **AIS metode ir piemērota Latvijas situācijai un tās izmantošana Latvijā ir turpināma**. Balstoties uz respondentu un ekspertu vērtējumiem, AIS metodei Latvijā pašlaik nav alternatīvu, kas spētu pilnībā pildīt AIS funkcijas, un kvalitatīva nacionālā rīka izstrāde būtu izmaksu ietilpīga, nedodot būtiskas priekšrocības. Savukārt alternatīva rīka izvēle nebūtu efektīva, jo LM ir veikusi padziļinātu priekšizpēti par pieejamo mērķa grupas izvērtēšanas rīku atbilstību DI procesa vajadzībām un piemērotību Latvijas situācijai pirms AIS izvēles 9.2.2.SAM un 9.2.1.SAM vajadzībām. Šīs priekšizpētes rezultāti liecina par AIS metodes atbilstību, un tiek rekomendēts AIS metodi izmantot personām ar GRT, kuras dzīvo institūcijās, un ir plānots deinstitucionalizēt, kā arī tām personām ar GRT, kuras dzīvo sabiedrībā un kurām ir nepieciešams izstrādāt IAP. AIS metodes koordinēšanai/izmantošanai tiek rekomendētas trīs iespējamās pieejas:

1. Ārpakalpojums, kura paspārne darbojas atsevišķu sociālo dienestu un/vai sociālo pakalpojumu darbinieki.
2. Ārpakalpojums, kam ir sava apmācītu sociālo darbinieku/intervētāju komanda.
3. Pašvaldību Sociālo dienestu darbinieku nodrošināts pakalpojums, kura ietvaros AIS lietotājam nebūtu jāizvērtē vairāk par 180 un ne mazāk par 100 klientiem gadā.

Izpētes procesā tika identificētas vairākas jomas, kurās ir jāveic uzlabojumi:

1. jāuzlabo AIS tulkojums, pievēršot specifisku uzmanību nodarbinātības un izglītības jomu atbilstībai Latvijas situācijai;
2. jāuzlabo datu sistēma, ko izmanto AIS datu apkopošanai un IAP plānu izstrādei;
3. AIS ietvaros apkopotie dati ir jāizmanto politikas plānošanas procesos;

¹⁶⁴ LM aprēķinos nebija sniegts aprēķins šai maksājumu pozīcijai.

¹⁶⁵ Balstoties uz LM sniegto informāciju - Izmaksas, kas saistītas ar Atbalsta intensitātes skalas lietošanas tiesību Latvijā iegādi, tulkošanu, apmācībām AIS intervētājiem (AAIDD lektori) 2016. g. - EUR 25098.04.

¹⁶⁶ Balstoties uz LM sniegto informāciju - Izmaksas, kas saistītas ar Atbalsta intensitātes skalas lietošanas tiesību Latvijā iegādi, tulkošanu, apmācībām AIS intervētājiem (AAIDD lektori) 2016. g. - EUR 25098.04. Izmaksas, kas saistītas ar atkārtota līguma slēgšanu un apmācībām AIS intervētājiem (AAIDD lektori) 2018., 2019. g. – EUR 29377.45

4. AIS lietotājiem ir jānodrošina apmācības metodes izmantošanā atbilstoši viņu pieredzes līmenim darbā ar mērķa grupu;
5. AIS lietotājiem ir jānodrošina kvalifikācijas celšanas pasākumi atbilstoši metodes lietošanas noteikumos minētajām rekomendācijām;
6. lai IAP atbilstu savam mērķim, tā izstrādē ir nepieciešams iesaistīt klientu un ar viņu saistīto speciālistu komandu (terapeitus, ģimenes ārstu u.c.);
7. jāinformē iesaistītās puses (klienti, aprūpētāji, pakalpojumu sniedzēji u.c.) par metodes lietderību, lai veicinātu sistēmiskas pārmaiņas (atsaucoties uz pāreju no medicīniskā invaliditātes modeļa uz cilvēktiesību invaliditātes modeli).

Turpmāku AIS izvērtējumu procesā ir jānodrošina, lai AIS lietotājam izvērtējamo klientu skaits nepārsniegtu 15 klientus mēnesī, kā noteikts metodes rekomendācijās.

SECINĀJUMI UN PRIEKŠLIKUMI

Nodaļā apkopoti galvenie secinājumi un tiem atbilstošie priekšlikumi. Nodaļa ir strukturēta pēc novērtējuma tehniskās specifikācijas uzdevumiem, atbilstošos priekšlikumus norādot uzreiz pēc secinājumiem. Uz konkrētu pakalpojumu attīstīšanu un izveidi attiecināmie priekšlikumi apkopoti 2.1. sadaļā – nodaļas beigās.

1.	Nodrošināt izvērtējumu par sabiedrībā balstītu sociālo pakalpojumu pieejamību mērķa grupām, pakalpojumu sniegšanas atbilstību personas individuālajām vajadzībām un ietekmi uz personas dzīves kvalitāti. Veicot minēto darba uzdevumu, ir jāizdara secinājumi par pakalpojumu saturu, sniegšanas procesu un sasniegtajiem rezultātiem, un jāatbild uz vismaz šādiem jautājumiem:
1.1.	Kāda metodoloģija ir vispiemērotākā personu ar GRT, t.sk. personu ar multipliem traucējumiem, dzīves kvalitātes mērīšanai Latvijā? Izvēlētajai metodoloģijai ir jāaptver visus Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā noteiktos dzīves kvalitātes aspektus. Papildus jāizvērtē, vai šī metodoloģija ir piemērota dzīves kvalitātes novērtēšanai arī personām 55+ ? Izvērtējuma gaitā ir jāveic ārvalstīs šādam mērķim izmantotu metodoloģiju analīze, t.sk. izvērtējot Latvijā līdz šim izmantotās pieejas, jāizvēlas vismaz 3 vispiemērotākās metodoloģijas, sniedzot to izvēles pamatojumu, jā sagatavo to apraksts un to stipro un vājo pušu analīze. Piemērotākās metodoloģijas izvēlē ir jāņem vērā tādi aspekti kā dzīves kvalitātes izvērtēšanai nepieciešamo datu pieejamība un ieguves iespējas Latvijas apstākļos, datu ieguvei un dzīves kvalitātes izvērtēšanai nepieciešamie cilvēkresursi, specifiskas prasmes un laiktelpība. Pamatojoties uz minēto analīzi, izpildītājam jāizvēlas dzīves kvalitātes mērīšanai personām ar GRT Latvijā piemērotākā metodoloģija vai jāizveido jauna, ja noskaidrojas, ka neviena no aprakstītajām neatbilst izvērtējuma vajadzībām. Pēc metodoloģijas izvēles saskaņošanas ar pasūtītāju jāveic pilotpētījums, novērtējot dzīves kvalitāti divām savstarpēji salīdzināmām personu ar GRT grupām, no kurām viena ir personas ar GRT, kuras saņem pakalpojumu institūcijā, bet otra – personas ar GRT, kuras dzīvo pašvaldībā un saņem pasākuma “Deinstitutionalizācija” finansētus SBSP. Balstoties uz pilotpētījuma rezultātiem, ir jāizdara secinājumi par pasākumā “Deinstitutionalizācija” iesaistīto cilvēku ar GRT dzīves kvalitāti un saņemtā atbalsta ietekmi uz neatkarīgas dzīves iespējām un jāsniedz praktiski izmantojami priekšlikumi sistemātiskas dzīves kvalitātes novērtēšanas ieviešanai Latvijā.
1.1.1.	Kāda metodoloģija ir vispiemērotākā personu ar GRT, t.sk. personu ar multipliem traucējumiem, dzīves kvalitātes mērīšanai Latvijā?
Secinājumi:	<p>Latvijas situācijai kā atbilstošākais dzīves kvalitātes mērīšanas rīks personām ar GRT izvēlēts Pasaules veselības organizācijas izstrādātais rīks WHOQOL-DIS-ID. Pilnvērtīgākai un precīzākai metodoloģijas izmantošanai nākotnē iespējams lietot arī citus rīkus: paplašinātos rīkus WHOQOL-100 un WHOQOL-SRPB personu ar viegliem GRT padziļinātai vērtēšanai; WHOQOL-OLD personu virs 55 gadiem vērtēšanai.</p> <p>Izvērtējot un testējot pasaulē izstrādātās metodoloģijas dzīves kvalitātes vērtēšanai personām ar GRT, secināms, ka nav viena risinājuma, kuru var vērtēt kā būtiski pārāku. Visām izvērtētajām un testētajām metodoloģijām ir trūkumi, piemēram, netiek ņemti vērā specifiskie individuālie apstākļi.</p> <p>Latvijas situācijai izvēlētā Pasaules veselības organizācijas dzīves kvalitātes metodoloģija tika papildināta ar vērtējuma skalu metodoloģijā iekļauto aspektu novērtēšanai laika dinamikā.</p>

1.1.2.	Vai šī metodoloģija ir piemērota dzīves kvalitātes novērtēšanai arī personām 55+ ?		
Secinājums:	Latvijas situācijai izvēlēta metodoloģija ir piemērojama arī dzīves kvalitātes novērtēšanai personām vecumā no 55 gadiem, jo tai ir speciāli izstrādāts modulis vecākiem cilvēkiem – WHOQOL-OLD.		
Priekšlikums:	Pēc metodoloģijas izvērtēšanas 2023. gadā paplašināt mērķa grupu ar personām virs 55 gadiem un analogiski adaptēt PVO izstrādāto metodes versiju, kas paredzēta gados vecākiem cilvēkiem.	Atbildīgais/iesaiņtītie:	LM
		Terminš:	Pēc 2023. gada
1.1.3.	Pasākumā “Deinstitutionalizācija” iesaistīto cilvēku ar GRT dzīves kvalitātes un saņemtā atbalstā ietekme uz neatkarīgas dzīves iespējām un priekšlikumi sistemātiskas dzīves kvalitātes novērtēšanas ieviešanai Latvijā, balstoties uz pilotprojekta rezultātiem.		
Secinājumi:	Dzīves kvalitātes metodoloģija kopumā nav pielietojama detalizētai DI pasākuma vērtēšanai par saņemtā atbalsta ietekmi uz neatkarīgas dzīves iespējām, taču tā norāda vispārīgas ietekmes tendences.		
	Pilotpētījuma rezultāti liecina, ka gan institucionalizētiem mērķa grupas pārstāvjiem, gan mērķa grupas pārstāvjiem, kuri dzīvo sabiedrībā, kopējais dzīves kvalitātes pašvērtējums ir līdzīgs. Mērķa grupas pārstāvji, kuri dzīvo sabiedrībā, ir stabilāki savos vērtējumos, biežāk pozitīvi vērtē savas dzīves aspektus (mājas, transportu, finanses), bet ar patstāvību un lēmumu pieņemšanu saistītajos jautājumos uzrāda izteikti mazāku apmierinātību. Piemēram, sabiedrībā dzīvojošie mērķa grupas pārstāvji ir neapmierinātāki ar veselību saistītiem jautājumiem/informācijas un mobilitātes pieejamību/sexuālo dzīvi un partnerattiecībām, invaliditāte ikdienā traucē vairāk utt.		
	Mērķa grupas pārstāvjiem, kas pārceļas no institūcijas uz dzīvi sabiedrībā, straujas vai būtiskas pārmaiņas var izsaukt negatīvas emocijas, tāpēc DI pasākumu ietekmi ir vēlams vērtēt pirms un kādu laiku pēc tam, kad persona ir sākusi saņemt DI pasākumā paredzētos pakalpojumus.		
Priekšlikumi:	Organizēt diskusijas ar iesaistītajām pusēm (potenciālie dzīves kvalitātes mērīšanas veicēji un rezultātu lietotāji), lai izvērtētu metodoloģijas lietošanas lietderību, praktiskos aspektus un administratīvā procesa optimālos attīstības scenārijus.	Atbildīgais/iesaiņtītie:	LM
	Noteikt regulējumu, kas nosaka dzīves kvalitātes mērīšanas kārtību personām ar GRT, un prioritārās situācijas, kad mērījums veicams obligāti – pārceļoties no institūcijas uz dzīvi sabiedrībā un saņemot vismaz 3 jaunus vai intensīvākus SBSP.	Terminš:	2021. gads
	Ar PVO saskaņot metodoloģijas izmantošanu vienkāršākajā redakcijā – iesniedzot paziņojumu par lietošanu un tās apstākļiem, kā arī pieprasīt atļauju pilnās rokasgrāmatas tulkošanai latviešu valodā.	Atbildīgais/iesaiņtītie:	LM
	Nodrošināt informatīvos, izglītojošos un koordinācijas pasākumus pašvaldību sociālajiem dienestiem par dzīves kvalitātes mērīšanas norisi. Kā arī nodrošināt vienotu datu apkopošanas vietni, lai individuālo vērtējumu rezultātus var operatīvi izmantot arī politikas pasākumu vērtēšanā un plānošanā.	Terminš:	LM. Īstenotājs – LM vai ārpakalpojuma sniedzējs. Iesaistītie – sociālo dienestu pārstāvji.
		Terminš:	2020.–2023. gads. Pēc 2023. gada – pēc nepieciešamības

	Uzraudzīt, lai izvēlētajās mērķa grupās mērīšanu veic gan pirms politikas intervences, gan pēc tās ikgadējā režīmā.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM
		Termiņš:	Mērīšana laikā
	Izvērtēt dzīves kvalitātes izmaiņas un mērīšanas procesu, lai iegūtu informāciju gan par īstenotās politikas ietekmi, gan par mērīšanas īpatnībām un problēmām ar mērķi uzlabot metodoloģiju precīzākas informācijas iegūšanai un ērtākai izmantošanai.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM
		Termiņš:	2023. gadā un 2025. gadā
1.2.	Kādi ir ieguvumi no Atbalsta intensitātes skalas izmantošanas kā specifiskas, zinātniski pamatotas cilvēku ar GRT individuālo vajadzību izvērtēšanas un individuālā atbalsta plānošanas metodes – vai tā ļauj labāk novērtēt cilvēka ar GRT individuālās vajadzības dažādās dzīves jomās un nodrošināt individuālajām vajadzībām atbilstošu atbalstu neatkarīgas dzīves veicināšanai? Ir jāsniedz pierādījumus balstīts pamatojums, kāpēc šīs metodes lietošana Latvijā būtu turpināma vai izbeidzama.		
Secinājums:	AIS metode ir piemērota Latvijas situācijai, un tās izmantošana Latvijā ir turpināma. Balstoties uz respondentu un ekspertu vērtējumiem, kā arī sekundāro izpēti, AIS metodei Latvijā pašlaik nav alternatīvu, kas spētu pilnībā pildīt AIS funkcijas. Kvalitatīva nacionālā rīka izstrāde būtu izmaksu ietilpīga, nedodot būtiskas priekšrocības.		
Priekšlikums:	Turpināt AIS izmantošanu Latvijā. Viena funkcija ir politikas plānošana un otra ir individuālu vajadzību izvērtēšana.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM
		Termiņš:	Veikt atkārtotu DI procesā iesaistīto pilngadīgu personu ar GRT izvērtēšanu 3 gadus pēc pirmā izvērtējuma vai pēc personas deinstitucionalizācijas.
	AIS metodes koordinēšanai/izmantošanai tiek rekomendētas trīs iespējamās pieejas:	Atbildīgais/iesaistītie:	LM, pašvaldības
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ārpakalpojums, kura paspārne darbojas atsevišķu sociālo dienestu un/vai sociālo pakalpojumu darbinieki. 2. Ārpakalpojums, kam ir sava apmācītu sociālo darbinieku/intervētāju komanda. 3. Pašvaldību Sociālo dienestu darbinieku nodrošināts pakalpojums, kura ietvaros AIS lietotājam nebūtu jāizvērtē vairāk par 180 un ne mazāk par 100 klientiem gadā. 	Termiņš:	2023. gads
	Nodrošināt informatīvo un metodoloģisko atbalstu un materiāli tehnisko bāzi AIS lietotājiem.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM
		Termiņš:	Kamēr Latvijā tiek izmantota AIS metode

	Jāuzlabo AIS tulkojums, īpaši pievēršot uzmanību nodarbinātības un izglītības jomu atbilstībai Latvijas situācijai.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM
		Termiņš:	2023. gads
	Jāuzlabo datu sistēma, ko izmanto AIS datu apkopošanai un IAP plānu izstrādei. AIS ietvaros apkopotie dati ir jāizmanto politikas plānošanas procesos.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM, plānošanas reģioni, pašvaldības
		Termiņš:	2023. gads
	AIS lietotājiem ir jānodrošina apmācības metodes izmantošanā atbilstoši konkrēto lietotāju pieredzes līmenim darbā ar mērķa grupu un jānodrošina kvalifikācijas celšanas pasākumi atbilstoši metodes lietošanas noteikumos minētajām rekomendācijām.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM
		Termiņš:	2023. gads
1.3.	Cik lielā mērā 2017., 2018. un 2019. gadā sniegtie SBSP personām ar smagiem GRT, tai skaitā pasākuma “Deinstitucionalizācija” projektos nodrošinātie, atbilst personas ar GRT funkcionēšanas ierobežojumu veidam un pakāpei un sasniedz mērķi - nodrošināt individuālajām vajadzībām atbilstošu atbalstu, dzīves kvalitātes uzlabošanu un aktīvas/neatkarīgas dzīves iespējas ārpus pakalpojuma institūcijā? Vai kāda daļa no mērķa grupas nav palikušas ārpus pasākuma “Deinstitucionalizācija” atbalsta specifisku, kompleksu vajadzību dēļ (piemēram, cilvēki ar autiska spektra traucējumiem, multipliem traucējumiem, t.sk. neredzīgas un nedzirdīgas personas u.tml.)?		
Secinājumi:	Lai veiksmīgi apzinātu personu ar GRT viedokli par SBSP kvalitāti un atbilstību, ir nepieciešams apkopot šos vērtējumus ilgākā laika periodā un ņemt vērā vērtējumu izteikšanas kontekstu, tādējādi iegūstot padziļinātu vērtējumu un izvairoties no subjektīva vērtējuma.		
	Primārajā izpētē kopumā kā atbilstošākie SBSP personām ar GRT novērtēti asistenta pakalpojums, speciālistu konsultācijas un individuālais atbalsts, aprūpe mājās, dienas aprūpes centrs un atbalsta personas pakalpojums lēmumu pieņemšanā. Nedaudz augstāk šo SBSP atbilstība novērtēta personām ar garīgās (intelektuālās) attīstības traucējumiem. Starp neatbilstošākajiem SBSP izceļas diennakts krīzes tālrunis, grupu māja (dzīvoklis), sociālais mentors, primāri attiecībā uz personām ar garīgās (intelektuālās) attīstības traucējumiem. Arī specializētās darbnīcas daļa respondentu vērtēja kā neatbilstošas, bet pārsvarā personām ar multipliem traucējumiem. Taču vērtējums par neatbilstošākajiem SBSP vērtējams rezervēti un situatīvi, jo bija novērojama liela viedokļu dažādība. Turklāt rezultāti liecina, ka daļa respondentu SBSP pieejamību vērtēja kā daļu no kopējās atbilstības.		
	Turpinot SBSP attīstību un izveidi personām ar GRT, prioritāte dodama atbilstošākajiem SBSP, atbalstāmi alternatīvi SBSP risinājumi dzīvei sabiedrībā personām ar garīgās (intelektuālās) attīstības traucējumiem un pilnveidojams specializēto darbnīcu piedāvājums – detalizētāk skat. 2.1. sadaļā.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM, plānošanas reģioni, pašvaldības
		Termiņš:	2021.–2027. gads
Priekšlikumi:	Palielināt personām ar GRT pieejamo SBSP daudzveidību, turpinot realizēt DI plānu.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM, plānošanas reģioni, pašvaldības
		Termiņš:	2023. gadā jeb pēc DI plānu 2017.–2020. gadam īstenošanas
	Uzlabot esošo SBSP kapacitāti un kvalitāti, nodrošinot SBSP personālam apmācības darbā ar mērķa grupu pārstāvjiem. Diferencēt sociālā darba profesionālās izglītības līmeņus. Šie izglītības līmeņi ir jādefinē, amata/pienākumu apraksts.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM, pašvaldības
		Termiņš:	Balstoties uz pieprasījumu

	Uzlabot esošo SBSP kapacitāti un kvalitāti, nodrošinot personāla atalgojuma diferencēšanu atkarībā no kvalifikācijas līmeņa.	Atbildīgais/iesaistītie:	Pašvaldības	
		Termiņš:	2022. gads	
	Veikt atkārtotu izvērtējumu par SBSP pieejamību, atbilstību un kvalitāti pēc reģionālās reformas īstenošanas, kā arī pēc DI plāna 2017.–2020. paredzēto pasākumu īstenošanas.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM	
		Termiņš:	2022. gads jeb pēc DI plānu 2017.–2020. gadam īstenošanas	
1.4.	Vai 2018. gadā sniegtie SBSP personām 55+ un personām ar multipliem traucējumiem ir pietiekami pieejami apjoma, teritoriālā izvietojuma un attālumu ziņā, kā arī izmaksu ziņā? Ir jāsniedz objektīva informācija par SBSP pieejamību visos iepriekšminētajos aspektos, kā arī faktos pamatoti secinājumi un pieejamības salīdzinājums SBSP ar pakalpojumiem institūcijā.			
Secinājumi:	Pašvaldības tiešā veidā neapkopo datus par personu virs 55 gadiem un personu ar multipliem traucējumiem vajadzībām, kā arī šīm grupām sniegtajiem pakalpojumiem.			
	Primārās izpētes rezultāti liecina, ka SBSP pakalpojumu pieejamība un daudzveidība ir ierobežota gan personām virs 55 gadiem, gan personām ar multipliem traucējumiem. Abām personu grupām kā vispieejamākie un visatbilstošākie SBSP primārās izpētes ietvaros tika vērtēti asistenta, “aprūpe mājās”, speciālistu konsultāciju un individuālā atbalsta pakalpojumi. Šie pakalpojumi, kuru nodrošināšanu paredz tiesiskais regulējums, ir ar vislielāko pārklājumu.			
	SBSP pieejamība uzlabosies personām ar garīgiem (intelektuālas) attīstības traucējumiem DI procesa ietvaros, bet personām ar multipliem traucējumiem, psihiskām saslimšanām un autiska spektra traucējumiem lielākā daļa pašvaldību, kuras piedalījās izvērtējuma ietvaros rīkotajā sociālo dienestu aptaujā, neplāno attīstīt vai uzlabot SBSP pakalpojumus.			
	Prognozējams, ka pēc DI pasākuma pabeigšanas pēc 2023. gada dienas aprūpes centru vietu skaits personām ar GRT (salīdzinot ar 2019. gadu) būs pieaudzis divas reizes – no 1024 līdz 2217, vietu skaits grupu dzīvokļos par trīsarpus reizēm – no 254 līdz 880, vietu skaits specializētajās darbnīcās par astoņām reizēm – no 82 līdz 709, un “atelpas brīža” pakalpojumā būs pieejamas 19 vietas.			
Balstoties uz VDEĀVK 2016. gada datiem un DI ERAF datiem par vietu skaitu SBSP pakalpojumos, pēc 2023. gada vidēji 11 % no personām ar GRT saņems dienas aprūpes centra pakalpojumus. Dienvidkurzemes, Krāslavas, Līvānu, Mārupes, Rēzeknes, Ropažu, Saulkrastu, Ventpils novadu pašvaldībās (pašvaldības pēc reģionālās reformas) šos pakalpojumus saņems mazāk par 5 % no personām ar GRT. Vērtējot plānošanas reģionus bez Rīgas pilsētas, dienas aprūpes centra pakalpojumus pēc 2023. gada saņems ap 1730 personu ar GRT, kas atbilstu ap 12 % no visām reģionos dzīvojošajām personām ar GRT vai ap 16 % no tām personām, kam prognozējams pieprasījums pēc šī pakalpojuma, balstoties uz līdzšinējo vajadzību apkopojuma struktūru. Ja prioritāri turpmākajam atbalstam vērtē tikai daļu no visas mērķa grupas (piemēram, puse no personām, kas dzīvo VASC, kopā ar tām, kam identificēts risks nonākt VASC), tad pakalpojumu piedāvājums atbilstu ap 53 % no šīs grupas.				

	<p>Balstoties uz VDEĀVK 2016. gada datiem un DI ERAF datiem par vietu skaitu SBSP pakalpojumos, pēc 2023. gada vidēji 5 % no personām ar GRT saņems grupu dzīvokļa (mājas) pakalpojumus. Grupu dzīvokļa (mājas) pakalpojumu nav paredzēts veidot Ķekavas, Līvānu, Ludzas, Mārupes, Olaines, Talsu novados un Ventspils pilsētā (pašvaldības pēc reģionālās reformas). Vērtējot plānošanas reģionus bez Rīgas pilsētas, grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojumus pēc 2023. gada saņems ap 737 personu ar GRT, kas atbilstu ap 5 % no visām reģionos dzīvojošajām personām ar GRT vai ap 8 % no tām personām, kam prognozējams pieprasījums pēc šī pakalpojuma, balstoties uz līdzšinējo vajadzību apkopojuma struktūru. Ja prioritāri turpmākajam atbalstam vērtē tikai daļu no visas mērķa grupas (piemēram, puse no personām, kas dzīvo VASC, kopā ar tām, kam identificēts risks nonākt VASC), tad pakalpojumu piedāvājums atbilstu ap 23 % no šīs grupas.</p>
	<p>Balstoties uz VDEĀVK 2016. gada datiem un DI ERAF datiem par vietu skaitu SBSP pakalpojumos, pēc 2023. gada vidēji 4 % no personām ar GRT saņems specializēto darbnīcu pakalpojumus. Specializēto darbnīcu pakalpojumus nav paredzēts veidot Ādažu, Ķekavas, Krāslavas, Limbažu, Līvānu, Ludzas, Madonas, Mārupes, Olaines, Preiļu, Ropažu, Salaspils, Saulkrastu, Talsu, Valkas, Ventspils novados un Ventspils pilsētā (pašvaldības pēc reģionālās reformas). Vērtējot plānošanas reģionus bez Rīgas pilsētas, specializēto darbnīcu pakalpojumus pēc 2023. gada saņems ap 660 personu ar GRT, kas atbilstu ap 5 % no visām reģionos dzīvojošajām personām ar GRT vai ap 8 % no tām personām, kam prognozējams pieprasījums pēc šī pakalpojuma. Ja prioritāri vērtē tikai daļu no visas mērķa grupas (piemēram, puse no personām, kas dzīvo VASC, kopā ar tām, kam identificēts risks nonākt VASC), tad pakalpojumu piedāvājums atbilstu ap 26 % no šīs grupas.</p>
	<p>DI pasākuma ietvaros izveidotā SBSP infrastruktūra būtiski uzlabos SBSP pieejamību personām ar GRT, taču potenciālais vajadzību apjoms pēc jauniem SBSP nākotnē vērtējams kā vismaz tik pat liels kā DI pasākuma ietvaros izveidotais. Taču DI pasākuma ietvaros novērtēto individuālo vajadzību struktūra ir pārvērtējama pēc faktiskās pakalpojumu saņemšanas, lai to precīzāk un pamatotāk varētu izmantot pārējo mērķa grupas pārstāvju vajadzību novērtēšanai.</p>
	<p>Personas pensijas vecumā dienas aprūpes centra pakalpojumus 2018. gadā saņēma deviņās pašvaldībās – Kandavas, Limbažu, Dobeles, Jaunjelgavas, Tukuma, Preiļu novados un Rēzeknes, Jūrmalas, Rīgas pilsētās. Sniegto pakalpojumu apjoms svārstījās būtiski – Rīgā pakalpojums tika nodrošināts 0,1 % no pašvaldībā dzīvojošajām personām pensijas vecumā, bet Kandavas novadā – 23 %. Tas liek secināt, ka visās pārējās pašvaldībās pakalpojumu pieejamība jāattīsta vismaz minimālā pieejamības līmenī.</p>
	<p>Pārveidojot statistiskos datus jaunajā pašvaldību dalījumā pēc reģionālās reformas, dati par “aprūpes mājās” pakalpojumu personām pensijas vecumā uzrāda, ka 2018. g. pakalpojumi netika sniegti tikai vienā pašvaldībā – Salaspils novadā. Pašvaldības jaunajā iedalījumā, kurās “aprūpes mājās” pakalpojumus saņēma mazāk nekā 1 % no pensijas vecuma personām, bija Cēsu novads, Saulkrastu novads, Ventspils novads, Dienvidkurzemes novads, Daugavpils valstspilsēta, Saldus novads, Krāslavas novads, Aizkraukles novads, Talsu novads, Daugavpils novads, Balvu novads, Olaines novads un Ādažu novads.</p>
	<p>Primārajā izpētē vērtējot dažādus pieejamības aspektus, sociālo dienestu pārstāvju, SBSP sniedzēju un aprūpētāju viedokļi diezgan būtiski atšķīrās. Taču kopumā vērtējams, ka vislabāk novērtētie pieejamības aspekti ir pakalpojuma telpu fiziskā pieejamība, darba laiki un personāla komunikācijas prasmes ar klientiem. Taču arī šiem aspektiem salīdzinoši daudz respondentu norādīja, ka tie būtiski traucē pieejamību. Nevar izcelt atsevišķus pieejamības aspektus, kas būtu novērtēti vissliktāk, jo dažādās auditorijās viedokļi dalījās. Kopumā vidēji trešā līdz piektā daļa respondentu visus pārējos vērtētos pieejamības aspektus norāda, ka tie būtiski traucē pieejamību – informācijas pieejamība par pakalpojumu, kā arī pakalpojuma sniegšanas vietā, nokļūšana līdz pakalpojuma vietai ar sabiedrisko transportu gan ar pakalpojuma sniedzēja, gan pašvaldības transportu, pakalpojuma tiešās un netiešās izmaksas, gaidīšana rindā, sniegtā pakalpojuma apjoms.</p>
	<p>Personām virs 55 gadiem lielākais šķērslis pakalpojumu pieejamībā ir finansiālais atbalsts.</p>

	Personām virs 55 gadiem specifiski piemēroti SBSP – drošības poga, rūpju zvans, u.c. pieejamība ir ļoti ierobežota gan teritoriālā izvietojuma, gan izmaksu dēļ.		
Priekšlikumi:	Plānojot dienas aprūpes centra pakalpojumu izveidi un paplašināšanu personām ar GRT, prioritāri izvērtējamas vajadzības Dienvidkurzemes, Krāslavas, Līvānu, Mārupes, Rēzeknes, Ropažu, Saulkrastu, un Ventpils novados (pašvaldību dalījumā pēc reģionālās reformas).	Atbildīgais/iesaiņtītie:	LM, plānošanas reģioni, pašvaldības
		Terminš:	2021.–2022. gads
	Plānojot grupu dzīvokļa (mājas) pakalpojumu izveidi un paplašināšanu personām ar GRT, prioritāri izvērtējamas vajadzības Ķekavas, Līvānu, Ludzas, Mārupes, Olaines, Talsu novados un Ventpils pilsētā (pašvaldību dalījumā pēc reģionālās reformas).	Atbildīgais/iesaiņtītie:	LM, plānošanas reģioni, pašvaldības
		Terminš:	2021.–2022. gads
	Plānojot specializēto darbnīcu pakalpojumu izveidi un paplašināšanu personām ar GRT, prioritāri izvērtējamas vajadzības Ādažu, Ķekavas, Krāslavas, Limbažu, Līvānu, Ludzas, Madonas, Mārupes, Olaines, Preiļu, Ropažu, Salaspils, Saulkrastu, Talsu, Valkas un Ventpils novados un Ventpils pilsētā (pašvaldību dalījumā pēc reģionālās reformas).	Atbildīgais/iesaiņtītie:	LM, plānošanas reģioni, pašvaldības
		Terminš:	2021.–2022. gads
	Plānojot dienas aprūpes centra pakalpojumu izveidi un paplašināšanu personām vecumā virs 55 gadiem, prioritāras ir visas pašvaldības, izņemot Kandavas, Limbažu, Dobeles, Jaunjelgavas, Tukuma un Preiļu novodus un Rīgas, Rēzeknes un Jūrmalas pilsētas (līdzšinējā pašvaldību dalījumā pirms reģionālās reformas), kur pakalpojumi jau ir pieejami.	Atbildīgais/iesaiņtītie:	LM, plānošanas reģioni, pašvaldības
		Terminš:	2021.–2022. gads
	Plānojot aprūpes mājās pakalpojumu pieejamības paplašināšanu personām vecumā virs 55 gadiem, prioritāra ir Olaines pašvaldība, kur pakalpojumi netika sniegti, kā arī izvērtējamas vairākas pašvaldības, kur sniegto pakalpojumu apjoms ir mazs – Cēsu novads, Saulkrastu novads, Ventpils novads, Dienvidkurzemes novads, Daugavpils valstspilsēta, Saldus novads, Krāslavas novads, Aizkraukles novads, Talsu novads, Daugavpils novads, Balvu novads, Olaines novads un Ādažu novads (pašvaldību dalījumā pēc reģionālās reformas).	Atbildīgais/iesaiņtītie:	LM, plānošanas reģioni, pašvaldības
		Terminš:	2021.–2022. gads
Plānojot atbalstu SBSP pieejamības uzlabošanai, ietverami šādi pieejamības aspekti: informācijas pieejamība par pakalpojumu, kā arī pakalpojuma sniegšanas vietā, nokļūšana līdz pakalpojuma vietai ar sabiedrisko transportu gan ar pakalpojuma sniedzēja, gan pašvaldības transportu, pakalpojuma tiešās un netiešās izmaksas, gaidīšana rindā.	Atbildīgais/iesaiņtītie:	LM, plānošanas reģioni, pašvaldības	
	Terminš:	2021.–2022. gads	
Izveidot vadlīnijas par to, kādus datus pašvaldību sociālajiem dienestiem ir jāapkopo par mērķa grupām “personas virs 55 gadiem” un “personas ar multipliem traucējumiem”.	Atbildīgais/iesaiņtītie:	LM	
	Terminš:	2022. gads	
Sniegto SBSP statistisko uzskaiti ieteicams paplašināt ar dalījumu “savas pašvaldības klientiem nodrošinātie pakalpojumi”/“citu pašvaldību klientiem nodrošinātie pakalpojumi savā pašvaldībā”.	Atbildīgais/iesaiņtītie:	LM, Pašvaldību sociālie dienesti	
	Terminš:	2022. gads	
Apkopot datus par personu virs 55 gadiem un personu ar multipliem traucējumiem vajadzībām un tām sniegtajiem pakalpojumiem.	Atbildīgais/iesaiņtītie:	LM, Pašvaldību sociālie dienesti	
	Terminš:	2022. gads	

	Veikt individuālo vajadzību izvērtēšanu pēc DI pasākuma īstenošanas.	Atbildīgais/ iesaistītie:	LM
		Termiņš:	2025. gads
1.5.	Kuras no personu ar GRT, personu ar multipliem traucējumiem un personu 55+ vajadzībām dzīves kvalitātes un aktīvas /neatkarīgas dzīves nodrošināšanai šobrīd sniegtie valsts un pašvaldību sociālie pakalpojumi nenodrošina? Vai esošie pakalpojumi pietiekamā apmērā aptver (sasniedz) visas mērķa grupas un spēj integrētā veidā – cits citu papildinot un mijiedarbojoties, risināt mērķa grupu vajadzības? Kādas ir neapvertās vajadzības un pieprasījums pēc sociālās aprūpes pakalpojumiem? Kāda ir nevalstisko organizāciju un komersantu loma sociālās aprūpes pakalpojumu sniegšanā, un kā tā būtu atbalstāma? Vai un kādu dzīves kvalitātes nodrošināšanai nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana mērķa grupām ir bijusi apgrūtināta? Kādas bija grūtības, kas ietekmēja to saņemšanu un kādā veidā tas ir ietekmējis personas aprūpes vajadzības? Vai kādas mērķa grupas dzīves kvalitātes nodrošināšanai sociālās aprūpes pakalpojumus nepieciešams papildināt/apvienot ar citas jomas (piemēram, veselības aprūpes) pasākumiem? Ar kādiem? Kā tas uzlabotu pakalpojumu izmaksu efektivitāti? Kas jāņem vērā, sniedzot pakalpojumus mērķa grupām lauku teritorijās?		
1.5.1.	Kuras no personu ar GRT, personu ar multipliem traucējumiem un personu 55+ vajadzībām dzīves kvalitātes un aktīvas /neatkarīgas dzīves nodrošināšanai šobrīd sniegtie valsts un pašvaldību sociālie pakalpojumi nenodrošina?		
Secinājums:	Vērtējot kvalitatīvi, visatbilstošākie SBSP primārajā izpētē tika novērtēti arī kā vispieejamākie. Tādēļ kopumā SBSP grozs pēc satura vērtējams kā atbilstošs personu ar GRT vajadzībām. Savukārt vērtējot kvantitatīvi, SBSP pieejamība ir būtiski ierobežota visām mērķa grupām. Balstoties uz primārās izpētes rezultātiem, SBSP pārsvarā nav plānots speciāli attīstīt personām ar multipliem traucējumiem, psihiskām saslimšanām un autiska spektra traucējumiem. Līdz ar to var secināt, ka pašlaik vajadzības pilnā apmērā nav nodrošinātas nevienai mērķa grupai, ja vērtē potenciālo mērķa grupas apjomu, kam šīs vajadzības ir aktuālas. Taču pieejamība vērtējama kontekstā ar pieprasījumu, ko ierobežo personu ar GRT spējas un motivācija aktīvi un pilnvērtīgi īstenot dzīvi sabiedrībā.		
	Sociālo dienestu aptauja liecina, ka būtiskākie šķēršļi SBSP nodrošināšanai mērķa grupām ir pakalpojuma dizaina/programmu trūkums, darbinieku kapacitātes trūkums un tehniskā nodrošinājuma trūkums.		

	<p>Vērtējot mērķa grupu griezumā, grūti sniegt viennozīmīgu slēdzienu, jo nenodrošinātās vajadzības būtiski atšķiras starp pašvaldībām. Taču ir vairākas nenodrošinātās vajadzības, kas raksturīgas visā Latvijā un novērtējuma gaitā identificētas kā būtiskas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personām ar smagiem autiskā spektra traucējumiem esošie pakalpojumi nenodrošina vajadzību pēc atkārtoto ikdienas aktivitātēm, kas atšķiras no esošā pakalpojumu formāta dienas aprūpes centros. • Personām ar viegliem autiskā spektra traucējumiem, kas dzīvo sabiedrībā nav attīstīti pakalpojumi, kas atbalsta personu vajadzību pēc socializēšanās prasmju uzlabošanas. • Personām ar GRT un multipliem traucējumiem vāji nodrošināta vajadzība pēc ikdienas aktivitātēm, socializēšanās un vispārīgās veselības aktivitātēm, jo esošajos dienas aprūpes centru un grupu darbnīcu pakalpojumos funkcionālo ierobežojumu dēļ šīs personas bieži nevar piedalīties. • Personām ar psihiskām saslimšanām un “netradicionālām” uzvedības izpausmēm ierobežotas iespējas saņemt SBSP, piemēram, dienas aprūpes centros un grupu darbnīcās viņu uzvedības izpausmju dēļ. • Personām ar viegliem GRT – psihiskām saslimšanām, kas izpaužas epizodiski, nav pieejami specifiski sociālie pakalpojumi, lai atvieglotu viņu ikdienas ģimenes un darba dzīvi slimības saasinājuma brīžos. • Personām ar demenci esošie pakalpojumi praktiski nenodrošina viņu vajadzības pēc socializēšanās ārpus ģimenes piemērotos apstākļos. Daļēji tas attiecināms arī uz pārējo mērķa grupu vecumā virs 55 gadiem. • Personām vecumā virs 55 gadiem, kas būtu gatavi strādāt, bet kuriem ir saslimšanas, kas neļauj turpināt iepriekšējo darbu esošie pakalpojumi vāji nodrošina vajadzību pēc kompleksa atbalsta motivēšanai, pārkvalifikācijai un rehabilitācijai. Īpaši tas attiecināms uz lauku teritorijām. <p>Atbilstošie priekšlikumi pakalpojumu attīstībai un izveidei ietverti zemāk tematisko sadaļu priekšlikumos.</p>												
<p>1.5.2.</p>	<p>Vai esošie pakalpojumi pietiekamā apmērā aptver (sasniedz) visas mērķa grupas un spēj integrētā veidā – cits citu papildinot un mijiedarbojoties, risināt mērķa grupu vajadzības?</p>												
<p>Secinājums:</p>	<p>Esošie pakalpojumi neaptver visas mērķa grupas un nespēj integrētā veidā, cits citu papildinot un mijiedarbojoties, risināt mērķa grupu vajadzības. Pieejamajiem SBSP nav izteiktas pēctecības, un to pieejamība ir ierobežota tādā apmērā, ka sociālo dienestu pārstāvjiem ir grūti novērtēt šo pakalpojumu atbilstību mērķa grupu vajadzībām.</p>												
<p>Priekšlikumi:</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="376 954 1568 1018"> <p>Veikt pakalpojumu mijiedarbības izvērtēšanu pēc DI pasākuma īstenošanas.</p> </td> <td data-bbox="1568 954 1742 1018"> <p>Atbildīgais/iesaiņotie:</p> </td> <td data-bbox="1742 954 2016 1018"> <p>LM</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="376 1018 1568 1050"></td> <td data-bbox="1568 1018 1742 1050"> <p>Termiņš:</p> </td> <td data-bbox="1742 1018 2016 1050"> <p>2025. gads</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="376 1050 1568 1114"> <p>Attīstīt pakalpojumus, kuru mērķis būtu veicināt SBSP pēctecību, skat. 2.1. sadaļu.</p> </td> <td data-bbox="1568 1050 1742 1114"> <p>Atbildīgais/iesaiņotie:</p> </td> <td data-bbox="1742 1050 2016 1114"> <p>LM sadarbībā ar pašvaldībām</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="376 1114 1568 1145"></td> <td data-bbox="1568 1114 1742 1145"> <p>Termiņš:</p> </td> <td data-bbox="1742 1114 2016 1145"> <p>2021.–2027. gads</p> </td> </tr> </table>	<p>Veikt pakalpojumu mijiedarbības izvērtēšanu pēc DI pasākuma īstenošanas.</p>	<p>Atbildīgais/iesaiņotie:</p>	<p>LM</p>		<p>Termiņš:</p>	<p>2025. gads</p>	<p>Attīstīt pakalpojumus, kuru mērķis būtu veicināt SBSP pēctecību, skat. 2.1. sadaļu.</p>	<p>Atbildīgais/iesaiņotie:</p>	<p>LM sadarbībā ar pašvaldībām</p>		<p>Termiņš:</p>	<p>2021.–2027. gads</p>
<p>Veikt pakalpojumu mijiedarbības izvērtēšanu pēc DI pasākuma īstenošanas.</p>	<p>Atbildīgais/iesaiņotie:</p>	<p>LM</p>											
	<p>Termiņš:</p>	<p>2025. gads</p>											
<p>Attīstīt pakalpojumus, kuru mērķis būtu veicināt SBSP pēctecību, skat. 2.1. sadaļu.</p>	<p>Atbildīgais/iesaiņotie:</p>	<p>LM sadarbībā ar pašvaldībām</p>											
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021.–2027. gads</p>											
<p>1.5.3.</p>	<p>Kādas ir neapvertās vajadzības un pieprasījums pēc sociālās aprūpes pakalpojumiem?</p>												
<p>Secinājumi:</p>	<p>Sociālo dienestu pārstāvji pieprasījumu pēc SBSP no personām ar smagiem un ļoti smagiem GRT un multipliem traucējumiem, kā arī personām virs 55 gadiem pārsvarā vērtē kā retu. Saskaņā ar ekspertu vērtējumiem tas var būt saistīts nevis ar vajadzību trūkumu, bet motivācijas un proaktivitātes trūkumu no mērķa grupas pārstāvju un aprūpētāju puses.</p>												

	Primārās izpētes rezultāti liecina, ka, pēc sociālo dienestu pārstāvju domām, vislielākais pieprasījums pēc SBSP ir no personām pensijas vecumā, kuras nespēj sevi aprūpēt.		
	Mērķa grupu pārstāvji vai viņu ģimenes locekļi nav informēti par savām vajadzībām atbilstošākajiem SBSP vai to lietderību.		
	Pamatā esošie SBSP orientēti uz personām ar smagiem GRT, bet personām ar viegliem GRT, kam atbalsts nepieciešams neregulāri un pārsvarā saistīts ar ikdienas ģimenes un darba dzīves nepārtrauktības nodrošināšanu, specifiski pakalpojumi nav pieejami.		
	Saskaņā ar ekspertu vērtējumiem DI procesā ne tikai jāattīsta specializēti SBSP, bet arī jāveicina personu ar GRT līdzdalība tradicionālajos sociālajos, izglītības, kultūras u.c. pasākumos. Taču šajā gadījumā nepieciešama atbalsta personas kompetence un kapacitāte līdzdarboties pakalpojumu saņemšanā. Pašreiz nodrošinātie asistenta pakalpojumi to neietver.		
	Saskaņā ar ekspertu vērtējumiem personām ar autiska spektra traucējumiem var būt situācijas, kad darba spēju un intelekta attīstības līmeņa dēļ esošie SBSP nav atbilstoši viņu vajadzībām. Tā kā personu ar autiskā spektra traucējumiem vajadzības būtiski atšķiras, nepieciešama padziļināta individuālo vajadzību izvērtēšana. Bez šāda izvērtējuma nav iespējams novērtēt viņu vajadzības un esošo pakalpojumu atbilstību.		
Priekšlikumi:	Nepieciešams palielināt sociālo darbinieku kapacitāti, lai mērķa grupu vajadzības tiktu apzinātas proaktīvi un atbrīvotos laiks darbam ar gadījumiem, veicinot e-aprūpes ieviešanu pašvaldībās.	Atbildīgais/iesaiņtītie:	Pašvaldības
		Termiņš:	2021.–2027. gads
	Pilnveidot atbalsta personu kompetenci un kapacitāti, orientējoties uz personu ar GRT līdzdalību tradicionālajos sociālajos pakalpojumos, balstoties uz iepirkuma Nr. LRLM2017/28-3-03/01ESF "Atbalsta personas pakalpojuma apraksta, organizēšanas un finansēšanas kārtības izstrāde, atbalsta personas pakalpojuma izmēģinājumu projekta īstenošana un izmēģinājumu projekta rezultātu izvērtējums". Individuālo vajadzību izvērtējumos ieteicams apzināt tipiskākos tradicionālos sociālos pakalpojumus, kuru apmeklēšanai atbalsta personai jāpilnveido kompetence.	Atbildīgais/iesaiņtītie:	LM
		Termiņš:	2021.–2027. gads
	Veikt individuālo vajadzību izvērtēšanu reprezentatīvai kopai personām ar autiskā spektra traucējumiem, kā arī apkopot labāko ārvalstu pieredzi SBSP sniegšanā šai mērķa grupai.	Atbildīgais/iesaiņtītie:	LM
		Termiņš:	2021.–2027. gads
	Saskaņā ar DI pasākumā plānoto, intensīvi turpināt sociālo mentoru pakalpojumu kapacitātes un kompetences nodrošināšanu atbilstoši DI pasākumā ietvertu mērķa grupas pārstāvju skaitam. Īpaša uzmanība pievēršama sociālo mentoru kompetencei motivēt personas ar GRT patstāvīgai un pilnvērtīgai dzīvei sabiedrībā.	Atbildīgais/iesaiņtītie:	LM/pašvaldības/iesaiņtītās puses
		Termiņš:	2021.–2024. gads
	Personu ar multipliem traucējumiem vajadzības ir nepieciešams izvērtēt ņemot vērā daudzveidīgās iespējamo traucējumu kombinācijas, kā arī aprūpes un atbalsta vajadzības.	Atbildīgais/iesaiņtītie:	LM
		Termiņš:	2021.–2027. gads
1.5.4.	Kāda ir nevalstisko organizāciju un komersantu loma sociālās aprūpes pakalpojumu sniegšanā, un kā tā būtu atbalstāma?		
Secinājumi:	NVO un komersantu loma SBSP sniegšanā ir būtiska un atbalstāma, bet ir nepieciešams atbalsts kapacitātes un kompetences paaugstināšanai NVO un komersantu darbiniekiem.		

	<p>Apkopojot statistikas datu vērtējumu rezultātus, novērojams, ka apmēram pusi no izvērtētajiem SBSP personas ar GRT un pensijas vecuma personas saņem no NVO un privātajiem pakalpojumu sniedzējiem: no NVO vairāk nekā 40 %, bet no privātajiem – zem 10 %. Ap 90 % saņemto pakalpojumu bija no organizācijām savā pašvaldībā – lielajās pilsētās gandrīz visi, bet novados ap divām trešdaļām. Lielajās pilsētās pakalpojumu saņēmēju īpatsvars no NVO un privātajiem pakalpojumu sniedzējiem ir apmēram uz pusi lielāks nekā novados.</p>		
	<p>Vislielākā NVO un privāto pakalpojumu sniedzēju loma bija specializēto darbnīcu pakalpojumu sniegšanā, apkalpojot 93 % no visiem pakalpojumu saņēmējiem. Aptuveni pusei no visiem pakalpojumu saņēmējiem NVO un privātie pakalpojumus sniedza kategorijās: grupu mājas (dzīvokļi) personām ar GRT, dienas aprūpes centri personām ar GRT, “aprūpe mājās” pensijas vecuma personām. “Aprūpē mājās” personām ar GRT NVO un privātie pakalpojumus sniedza mazāk nekā trešdaļai pakalpojumu saņēmēju. Dienas aprūpes centri pensijas vecuma personām tikai 5 % gadījumos bija NVO un privāto pakalpojumu sniedzēju nodrošināti.</p>		
<p>Priekšlikumi:</p>	<p>Sniegt atbalstu speciālistu piesaistei SBSP.</p>	<p>Atbildīgais/iesaiņtītie:</p>	<p>Pašvaldības</p>
		<p>Termiņš:</p>	<p>Balstoties uz pieprasījumu</p>
	<p>Organizēt NVO un komersantu personālam padziļinātas apmācības, kā arī metodisko atbalstu darbam ar mērķa grupu klientiem, t.sk. ar ļoti smagiem GRT, psihosociāliem traucējumiem un multipliem traucējumiem.</p>	<p>Atbildīgais/iesaiņtītie:</p>	<p>LM, pašvaldības</p>
		<p>Termiņš:</p>	<p>Balstoties uz pieprasījumu</p>
	<p>Nevalstiskās organizācijas un komersanti būtu materiāli jāatbalsta infrastruktūras izveidē un aprīkošanā (visiem pakalpojuma veidiem, ja pakalpojuma sniegšanai infrastruktūra ir nepieciešama). Ieteicams veidot grantu programmas tiem NVO, kuri attīsta SBSP mērķa grupas pārstāvjiem, tādējādi atbalstot daudzveidīgu SBSP attīstību pašvaldībās.</p>	<p>Atbildīgais/iesaiņtītie:</p>	<p>LM</p>
	<p>Ietvert SBSP sniedzēju prioritārās atbalstāmās darbības sociālo uzņēmumu un sociālā labuma organizāciju atbalsta sistēmā, nepieciešamības gadījumā šajās sistēmās izveidojot speciālus mērķorientētus finanšu atbalsta instrumentus.</p>	<p>Atbildīgais/iesaiņtītie:</p>	<p>LM</p>
	<p>Veidot SBSP labās prakses un efektīvo paraugu apkopošanu un izplatīšanu SBSP esošo un potenciālo sniedzēju starpā.</p>	<p>Atbildīgais/iesaiņtītie:</p>	<p>LM, plānošanas reģioni</p>
	<p>NVO dominējoša pieredze specializēto darbnīcu nodrošināšanā norāda uz veiksmīgu praksi, tādēļ arī turpmāk specializēto darbnīcu izveidē prioritāri priekšroka dodama NVO.</p>	<p>Atbildīgais/iesaiņtītie:</p>	<p>LM</p>
<p>Dienas aprūpes centru pakalpojumus pensijas vecuma personām NVO un privāto pakalpojumu sniedzēju skaita īpatsvars ir līdzīgs kā personām ar GRT, taču pakalpojumu saņēmēju īpatsvars ir desmit reizes mazāks. Tas norāda uz būtisku potenciālu NVO un privāto pakalpojumu sniedzēju iesaistē nodrošināt dienas aprūpes centra pakalpojumus pensijas vecuma personām. Taču būtu jāveic precizēts izvērtējums, jo statistiskajos datos tika atklātas būtiskas nepilnības (skat. iepriekš sadaļā par SBSP pieejamību personām vecumā virs 55 gadiem).</p>	<p>Atbildīgais/iesaiņtītie:</p>	<p>LM</p>	
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021.–2027. gads</p>	

	“Aprūpe mājās” pakalpojumu sniegšanā NVO loma personu ar GRT apkalpošanā ir vairāk nekā divas reizes mazāka, ja salīdzina ar pensijas vecuma personām. Personu ar GRT gadījumā gan relatīvi lielāka loma ir privātajiem pakalpojumu sniedzējiem, ja salīdzina ar pensijas vecuma personām. Taču tas norāda uz NVO potenciālu, ko mērķtiecīgi var izmantot “aprūpe mājās” pakalpojumu attīstīšanā personām ar GRT	Atbildīgais/iesaištītie:	LM
		Termiņš:	2021.–2027. gads
1.5.5.	Vai un kādu dzīves kvalitātes nodrošināšanai nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana mērķa grupām ir bijusi apgrūtināta? Kādas bija grūtības, kas ietekmēja to saņemšanu un kādā veidā tas ir ietekmējis personas aprūpes vajadzības?		
Secinājums:	Primārās izpētes laikā tika identificēti veselības aprūpes pakalpojumi, kurus mērķa grupu pārstāvjiem būtu īpašas grūtības saņemt, piemēram – netiek pietiekamā apjomā nodrošināta veselības un sociālā rehabilitācija (par valsts budžeta līdzekļiem), nav pieejamas ārstu speciālistu mājas (vai sociālo pakalpojumu saņemšanas vietā (SAC)) vizītes. Dažos gadījumos tika norādīts, ka veselības aprūpes speciālisti ir koncentrēti Rīgā vai reģionālajās pilsētās, kas apgrūtina to pieejamību.		
Priekšlikums:	Izstrādāt pakalpojumu pieejamības uzlabošanas risinājumus, izmantojot modernus un inovatīvus mobilitātes risinājumus, piemēram, transports pēc pieprasījuma.	Atbildīgais/iesaištītie:	LM, pašvaldības, plānošanas reģioni
		Termiņš:	2021. gads
1.5.6.	Vai kādas mērķa grupas dzīves kvalitātes nodrošināšanai sociālās aprūpes pakalpojumus nepieciešams papildināt/apvienot ar citas jomas (piemēram, veselības aprūpes) pasākumiem? Ar kādiem? Kā tas uzlabotu pakalpojumu izmaksu efektivitāti?		
Secinājumi:	Primārās izpētes rezultāti liecina, ka sadarbība starp dažādu jomu speciālistiem (piemēram, veselības un sociālās jomas) ir būtiska pakalpojumu sniegšanai visām mērķa grupām, bet īpaši tiek izceltas personas ar psihiskām saslimšanām un pensijas vecuma personas, kuras spēj un nespēj sevi aprūpēt. Latvijā izstrādātie sadarbības algoritmi starp veselības un sociālo jomu vērtējami kā nepietiekoši iedzīvināti praktiskos risinājumos. Pirms integrētu pakalpojumu izveides un turpmākas attīstīšanas ir nepieciešami sistēmiski uzlabojumi efektīvai integrēto pakalpojumu funkcionēšanai. Ārvalstu labās prakses analizē tika secināts, ka veiksmīgai pakalpojumu integrācijai ir nepieciešami divi priekšnoteikumi: efektīva, digitalizēta informācijas apmaiņas sistēma un plaša dažādu interesentu (<i>stakeholders</i>) iesaiste. Kā viens no centrālajiem organizatoriskajiem integrētās aprūpes stūrakmeņiem uzskatāms Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plānā 2019.–2020. gadam paredzētā multiprofesionālas komandas izveide darbam ar personām psihiskās veselības aprūpē. Izvērtējot uzlabotu sociālās, veselības un citu jomu pakalpojumu integrētu sniegšanu, pētījuma gaitā netika novērotas pazīmes, kas liecinātu par potenciālu izmaksu ietaupījumu, izņemot informācijas apriti un digitalizāciju un atsevišķus ar loģistiku saistītus ietaupījumus. Taču virkne pazīmju liecina, ka ar tiem pašiem līdzekļiem ātrāk tiktu nodrošināts labāks rezultāts, kas tuvina mērķa grupu personas patstāvīgai un cienīgai dzīvei sabiedrībā atbilstoši deinstitutionalizācijas politikas mērķim. Līdzīga situācija integrētās aprūpes efektivitātes identificēšanā un pamatošanā identificēta arī citu Eiropas valstu pētījumos.		
Priekšlikumi:	Zemāk uzskaitīti sistēmiskie priekšlikumi, bet tie, kas attiecas uz konkrētu pakalpojumu apvienošanu, pilnveidi vai izveidi izklāstīti turpmākajās sadaļās. Veikt visu iesaistīto pušu kartēšanu, ietverot analīzi par to mērķiem, vajadzībām un savstarpējo mijiedarbību. Veikt iesaistīto pušu izmantoto (ja tādas tiek lietotas) IT risinājumu novērtējumu (e-veselība, SOPA, e-aprūpe,	Atbildīgais/iesaištītie:	LM, VM, pašvaldības, veselības un sociālo pakalpojumu sniedzēji

	iekšējās datu bāzes, personāla saziņas mehānismi) ar mērķi izstrādāt sistēmu savietojamības plānu. Ja IT risinājumi netiek izmantoti, nepieciešams novērtēt iesaistītās puses spēju pieslēgties un lietot jau esošās sistēmas.	Termiņš:	2021.–2022. gads
	Informācijas uzkrāšanas un apmaiņas specifiskie aspekti izpētāmi un aprobējami multiprofesionālo komandu praktiskajā darbībā, kas paredzētas Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plāna 2019.–2020. gadam ietvaros. Veiksmīgas ieviešanas gadījumā pieeja nākotnē izvērtējama arī attiecībā uz citu mērķa grupu pārstāvjiem – personām ar multipliem traucējumiem un personām vecumā virs 55 gadiem.	Atbildīgais/ iesaistītie:	LM, VM
		Termiņš:	2021.–2027. gads
	Individuālā līmenī integrētās aprūpes plānošanai un īstenošanai par pamatu ieteicams izmantot individuālos aprūpes un rehabilitācijas plānus. Šie plāni veidojami sasaistē ar nepieciešamās personas informācijas apkopošanu no esošajām veselības un sociālās jomas informācijas sistēmām. Individuālo plānu loma būtu arī pamatojums piesaistāmo speciālistu komandas izveidei, pasākumu un finansējuma avotu plānošanai. Šāda pieeja pielietojama visām mērķa grupām, kam identificēta nepieciešamība pēc būtiska sociālo un veselības pakalpojumu atbalsta.	Atbildīgais/ iesaistītie:	LM, VM
		Termiņš:	2021.–2027. gads
	Atsevišķi plānojama integrētā aprūpe personām ar attīstības traucējumiem un personām ar psihiskām saslimšanām. Ja integrētā aprūpe netiek attīstīta kā darbības joma pati par sevi, personām ar attīstības traucējumiem sociālie pakalpojumi papildināmi ar nepieciešamajiem veselības pakalpojumiem, bet personām ar psihiskām saslimšanām veselības pakalpojumi papildināmi ar nepieciešamajiem sociālajiem pakalpojumiem. Tas nozīmē, ka integrēto pakalpojumu plānošanas un īstenošanas sākotnējo iniciatīvu lietderīgi nodalīt: personām ar attīstības traucējumiem – sociālās jomas institūcijām, bet personām ar psihiskām saslimšanām – veselības jomas institūcijām, jo abām mērķa grupām raksturīgāko pakalpojumu saturs ir atšķirīgs.	Atbildīgais/ iesaistītie:	LM, VM
		Termiņš:	2021.–2027. gads
1.5.7.	Kas jāņem vērā, sniedzot pakalpojumus mērķa grupām lauku teritorijās?		
Secinājums:	Galvenie šķēršļi SBSP pieejamībai lauku teritorijās ir speciālistu ierobežotā pieejamību (t.sk. sociālo darbinieku), kā arī nokļūšana līdz pakalpojuma vietai ar sabiedrisko transportu vai pakalpojuma sniedzēja/ pašvaldības transportu, un pieejamība līdz klientiem.		
Priekšlikumi:	Iekļaut klientu vai speciālistu pārvadāšanu/pārvietošanos kā atsevišķu izmaksu pozīciju SBSP līdzfinansēšanas modelī.	Atbildīgais/ iesaistītie:	Pašvaldības
		Termiņš:	2021. gads
	Veicināt mobilo SBSP pakalpojumu attīstību, piemēram, speciālistu, atbalsta grupu, u.c. pakalpojumu.	Atbildīgais/ iesaistītie:	LM, pašvaldības
		Termiņš:	2021. gads

2.	Sniegt priekšlikumus mērķtiecīgām darbībām, kas pierādījumos balsfītā un izmērāmā veidā, nākamo 5 gadu periodā, ļautu uzlabot SBSP pieejamību mērķa grupām, ietekmi uz personas dzīves kvalitāti, kā arī pakalpojumu sniegšanas efektivitāti un ilgtspēju. Veicot minēto darba uzdevumu kā minimums ir jāatbild uz šādiem jautājumiem:		
2.1.	Kādi jauni pakalpojumi (tajā skaitā integrētie) būtu jāattīsta vai kādas izmaiņas līdzšinējo pakalpojumu sniegšanā jāveic, lai nodrošinātu efektīvu un personu 55+, personu ar multipliem traucējumiem un personu ar GRT vajadzībām atbilstošu, un dzīves kvalitāti un neatkarīgu dzīvi veicinošu SBSP attīstību?		
Priekšlikumi:	Uzlabot esošo SBSP kapacitāti un kvalitāti, piemēram, palielināt “aprūpe mājās” pakalpojuma pieejamību un/vai tupināt attīstīt pakalpojumus atbilstoši DI plāniem, kas pozitīvi ietekmētu šīs mērķa grupas pārstāvjus.	Atbildīgais/iesaištītie:	LM, plānošanas reģioni, pašvaldības
	Turpinot SBSP attīstību un izveidi personām ar GRT, prioritāte dodama atbilstošākajiem SBSP: asistenta pakalpojums, speciālistu konsultācijas un individuālais atbalsts, “aprūpe mājās”, dienas aprūpes centrs un atbalsta personas pakalpojums lēmumu pieņemšanā.	Atbildīgais/iesaištītie:	LM, plānošanas reģioni, pašvaldības
	Jaunas SBSP infrastruktūras izveidē personām ar GRT prioritāri izvērtēt šādas pašvaldības (saskaņā ar administratīvās reformas plānoto iedalījumu) un attīstāmos pakalpojumus: 1. Dienas aprūpes centra pakalpojumu izveide – Dienvidkurzemes, Krāslavas, Līvānu, Mārupes, Rēzeknes, Ropažu, Saulkrastu un Ventpils novados. 2. Grupu dzīvokļa (mājas) pakalpojumu izveide – Ķekavas, Līvānu, Ludzas, Mārupes, Olaines un Talsu novados un Ventpils pilsētā. 3. Specializēto darbnīcu pakalpojumu izveide – Ādažu, Ķekavas, Krāslavas, Limbažu, Līvānu, Ludzas, Madonas, Mārupes, Olaines, Preiļu, Ropažu, Salaspils, Saulkrastu, Talsu, Valkas un Ventpils novados un Ventpils pilsētā.	Atbildīgais/iesaištītie:	LM, plānošanas reģioni, pašvaldības
	Jaunas SBSP infrastruktūras izveidē personām vecumā virs 55 gadiem prioritāri izvērtēt šādas pašvaldības (saskaņā ar administratīvās reformas plānoto iedalījumu) un attīstāmos pakalpojumus: <i>Dienas aprūpes centra</i> pakalpojumu izveide vai nodrošināšana kaimiņu pašvaldībās – visās, izņemot Tukuma novadu, Rēzeknes valstspilsētu, Jūrmalas valstspilsētu, Dobeles novadu, Limbažu novadu, Aizkraukles novadu, Preiļu novadu un Rīgas valstspilsētu. “Aprūpe mājās” pakalpojumu nodrošināšanu Olaines novadā.	Atbildīgais/iesaištītie:	LM, plānošanas reģioni, pašvaldības
	Personām vecumā virs 55 gadiem attīstīt informācijas pieejamību par viņu tiesībām un pieejamo atbalstu, kā arī attīstīt tādu pakalpojumu pieejamību, kuri veicina novecošanās procesu atpazīšanu/pārvaldīšanu.	Atbildīgais/iesaištītie:	LM, VM, pašvaldības
	Personām vecumā virs 55 gadiem attīstīt pakalpojumu pieejamību, kuri veicina aktīvu dzīvesveidu.	Atbildīgais/iesaištītie:	LM, VM, pašvaldības
		Terminš:	2021.–2027. gads
		Atbildīgais/iesaištītie:	LM, VM, pašvaldības
		Terminš:	2021.–2027. gads

<p>Personām pensijas vecumā, kuras nestrādā, bet grib strādāt, nodrošināt NVA atbalstu/konsultācijas, apmācību/pārvalifikācijas pasākumu pieejamību un dalību motivācijas programmās, kuru mērķis ir nodarbinātības veicināšana.</p>	<p>Atbildīgais/iesaistītie:</p>	<p>LM, VM, pašvaldības</p>
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021.–2027. gads</p>
<p>Pieejamo resursu ietvaros, pensijas vecuma personām, kuras nespēj sevi aprūpēt, izveidot pakalpojumu grozu, kas iekļauj sociālus, veselības un rehabilitācijas pakalpojumus, uzlabo vai palēnina personas veselības/sociālā stāvokļa pasliktināšanos un attālina institucionalizāciju; veicināt sadarbību starp veselības aprūpes un sociālās jomas speciālistiem (ģimenes ārstu, sociālo darbinieku), lai, mainoties personas veselības/sociālajai situācijai, speciālisti var “proaktīvi” reaģēt. (piemēram, pēc insultiem, smagām operācijām, aprūpe onkoloģijas pacientiem); uzlabot/veicināt “tehnoloģisko” SBSP pieejamību Latvijā – drošības poga, rūpju zvans, kustību sensori.</p>	<p>Atbildīgais/iesaistītie:</p>	<p>LM, VM, pašvaldības</p>
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021.–2027. gads</p>
<p>Personām ar psihiskām saslimšanām jāpalielina iespējas saņemt psihiatra pakalpojumus savā dabiskajā vidē – mājās, dienas aprūpes centrā vai grupu darbnīcā. Lai to nodrošinātu, būtiska ir sistemātiska psihiatrijas speciālistu kapacitātes celšana ilgtermiņā un/vai pieejamības nodrošināšana t.sk. izmantojot modernus IT risinājumus. Jāveicina SBSP loma psihiatrijas speciālistu pakalpojumu saņemšanā – organizējot vizītes uz dienas aprūpes centriem un grupu darbnīcām, kā arī sagatavojot klientus videovizītēm pie psihiatrijas speciālistiem.</p>	<p>Atbildīgais/iesaistītie:</p>	<p>LM, VM, pašvaldības, SBSP sniedzēji</p>
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021. gads</p>
<p>Personām ar GRT, kā arī personām ar cita veida funkcionēšanas traucējumiem jānodrošina iespēja strādāt, piemēram, izveidojot/atbalstot mērķa grupai atbilstošus sociālos uzņēmumus u.c. Ieteicams stimulēt specializēto darbnīcu sadarbību ar sociālajiem uzņēmumiem un citām iesaistītajām pusēm, lai efektīgāk izmantotu darbnīcu pakalpojumus integrējot tos ar personu ar GRT atalgotu darba dzīvi, izmantojot tādus esošos labās prakses piemērus kā DOTTS.LV</p>	<p>Atbildīgais/iesaistītie:</p>	<p>Sociālie uzņēmēji, LM kā atbalsta/uzraugošā institūcija</p>
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021.–2022. gads</p>
<p>Jārisina mājokļa jautājums, piemēram, pašvaldībā pārskatot mājokļa piešķiršanas kritērijus.</p>	<p>Atbildīgais/iesaistītie:</p>	<p>Pašvaldības</p>
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021.–2023. gads</p>
<p>Inovatīvo SBSP atbalsta programmā ietvert SBSP izveidi un testēšanu personām ar viegliem GRT, kas būtu orientēta uz ikdienas sadzīves un sabiedrisko procesu stabilitātes un nepārtrauktības nodrošināšanu.</p>	<p>Atbildīgais/iesaistītie:</p>	<p>LM</p>
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021.–2027. gads</p>
<p>Attīstīt pakalpojumus, kuru mērķis būtu veicināt SBSP pēctecību: <i>Atbalstītais darbs</i> personām ar vidēji smagiem intelektuālās attīstības traucējumiem un psihiskām saslimšanām, vērojot lielāku uzmanību uz nodarbinātības veicināšanu un veicinot šo personu iekļaušanu sabiedrībā. Attīstot šo pakalpojumu, mērķa grupas pārstāvis, kurš, piemēram, saņem grupu dzīvokļa pakalpojumu, būtu finansiāli spējīgs uzturēt sevi un nodrošināt sev cieņpilnu dzīvi ārpus SBSP, dzīvojot sociālajā dzīvoklī vai mājā. <i>Dzīvoklis ar īslaicīgu atbalstu</i> personām ar viegliem intelektuālās attīstības un/vai psihosociāliem traucējumiem. Šo pakalpojumu varētu attīstīt, lai atbalstītu mērķa grupas pārstāvi pārejā no grupu mājas (dzīvokļa) vai institūcijas uz patstāvīgu dzīvi.</p>	<p>Atbildīgais/iesaistītie:</p>	<p>LM sadarbībā ar pašvaldībām</p>
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021.–2027. gads</p>

<p>Personām ar garīgās (intelektuālās) attīstības traucējumiem ieteicams izvērtēt atbalstu alternatīviem SBSP patstāvīgai dzīvei sabiedrībā, ja persona pārceļas no dzīves institūcijā uz dzīvi sabiedrībā, vai, ja nav iespēja dzīvot kopā ar savu ģimeni – piemēram, kopienas modelis, kas ietver gan fizisko dzīves vietu, gan saimnieciskās un sociālās aktivitātes vai intensīvāki aprūpes mājās pakalpojumi patstāvīgas dzīves uzsākšanas sākumā grupu mājā (dzīvoklī).</p>	<p>Atbildīgais/iesaistītie:</p>	<p>LM, plānošanas reģioni, pašvaldības</p>
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021–2027. gads</p>
<p>Jānodrošina specializēto darbnīcu pakalpojumi personām ar multipliem traucējumiem, pielietojot dažādas instrumentus – atsevišķu darbnīcu izveide vai pielāgošana personām ar multipliem traucējumiem, vai arī konkrētu nodarbību izveide šai mērķa grupai. Paredzams, ka līdz ar šādu pakalpojumu nodrošināšanu pieaugs nepieciešamības pēc loģistikas risinājumiem, lai uz šīm specifiski pielāgotām darbnīcām varētu nokļūt personas arī no kaimiņu pašvaldībām.</p>	<p>Atbildīgais/iesaistītie:</p>	<p>LM, plānošanas reģioni, pašvaldības</p>
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021.–2027. gads</p>
<p>Aprūpē mājās potenciāls sociālo un veselības pakalpojumu integrēšanā vērtējams kā visaugstākais. Jāpārskata regulējums pilnvarām sociālajiem darbiniekiem attiecībā uz veselības pakalpojumu sniegšanu – vai kādas no vienkāršām veselības procedūrām sociālie speciālisti nevar veikt papildus saviem pienākumiem. Īpaši tas attiecas uz 24/7 aprūpi un zāļu lietošanas regularitātes nodrošināšanu (arī dienas aprūpes centros un specializētajās darbnīcās).</p>	<p>Atbildīgais/iesaistītie:</p>	<p>LM, VM</p>
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021.–2023. gads</p>
<p>Jāveic novērtējums par sociālā darba speciālistu efektivitātes uzlabošanas iespējām veselības aprūpes iestādēs.</p>	<p>Atbildīgais/iesaistītie:</p>	<p>LM, VM</p>
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021.–2027. gads</p>
<p>Jāuzlabo sistēma, kā akūtu vajadzību gadījumā, piemēram vizīte pie zobārsta, persona ar GRT tiek apzināta, motivēta, asistēta un finansēta, lai operatīvi saņemtu nepieciešamos veselības pakalpojumus. Personām ar psihiskām saslimšanām būtu lietderīgi veikt padziļinātu izvērtējumu, vai nav specifiskas esošajā regulējumā neietvertās situācijas, kurās veselības pakalpojumi sniedzami paātrinātā kārtībā.</p>	<p>Atbildīgais/iesaistītie:</p>	<p>LM, VM</p>
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021.–2027. gads</p>
<p>Lai uzlabotu veselības pakalpojumu pieejamību akūtos gadījumos LM sociālās uzņēmējdarbības atbalsta programmā ieteicams turpināt atbalstīt veselības pakalpojumu sniedzējus reģionos, kas darbību orientē tieši uz izvērtējamo mērķa grupu problēmsituācijām (līdzīgi, kā labās prakses piemērs – sociālais uzņēmums SIA "Dz.Ozoliņas zobārstniecības kabinets").</p>	<p>Atbildīgais/iesaistītie:</p>	<p>LM</p>
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021.–2027. gads</p>
<p>Personām vecumā virs 55 gadiem ieteicams attīstīt mehānismu, kā demence agrīni tiek diagnosticēta un ģimenes ārsti, vai citi atbildīgie speciālisti atbilstoši informē ģimenes locekļus un sociālos darbiniekus, kuri savlaicīgi var plānot un gatavot nepieciešamos SBSP</p>	<p>Atbildīgais/iesaistītie:</p>	<p>LM</p>
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021.–2027. gads</p>
<p>Personām ar GRT ieteicams turpināt veicināt sociālo mentoru kapacitātes un kompetences celšanu arī pēc DI pasākuma gan nodrošinot pietiekošu skaitu speciālistu, gan dodot iespēju iegūt atbilstošu kompetenci. Iespējams, ka lietderīgi organizēt profesionālās apmācības kursus par integrēto pakalpojumu praktiskajām iespējām un labo praksi dažādu situāciju risināšanā.</p>	<p>Atbildīgais/iesaistītie:</p>	<p>LM</p>
	<p>Termiņš:</p>	<p>2021.–2027. gads</p>
<p>Ieteicams veikt izpēti par esošo pakalpojumu sniegšanas modeli pastāvošajos un jaunveidojamos dienas aprūpes centros un grupu darbnīcās, lai noskaidrotu vienas personas vidēji apmeklējumā pavadīto laiku,</p>	<p>Atbildīgais/iesaistītie:</p>	<p>LM</p>

	<p>saņemto pakalpojumu apjomu un saturu, kā arī pašu pakalpojumu sniedzēju un klientu ģimenes locekļu viedokli par esošo modeli un vēlamajiem uzlabojumiem. Vērtējuma uzdevums būtu noskaidrot, vai ir iespējams optimizēt integrētu dažādu pakalpojumu sniegšanu, pirmkārt, sociālās jomas ietvaros un, otrkārt, uzticot noteiktu veselības pakalpojumu apmeklējuma organizēšanu dienas aprūpes centriem, lai pilnvērtīgāk atslogotu ģimenes locekļus.</p>	Termiņš:	2021.–2027. gads
	<p>Personām ar multipliem traucējumiem attīstot SBSP pieejamību ieteicams modificēt pieejamo valsts apmaksāto surdotulku pakalpojumu apjomu, padarot to elastīgāku un atbilstošāku personu ar dzirdes traucējumu un GRT vajadzībām.</p>	Atbildīgais/iesaistītie:	LM
	<p>Vispārējās veselības uzlabošanas pasākumos, kas nereti tiek organizēti dienas aprūpes centros, ieteicams atsevišķi plānot un organizēt specializētos pakalpojumus ar adaptētu saturu vai papildinātu ar atbilstošiem palīgīdzekļiem/infrastruktūru personām ar ļoti smagiem GRT vai personām ar specifiskiem funkcionāliem traucējumiem mērķa grupās “personas ar multipliem traucējumiem” un “vecumā virs 55 gadiem”. Iespējams, ka šādus pakalpojumus lietderīgi organizēt vairākiem pakalpojumu sniedzējiem/pašvaldībām kopā, lai nodrošinātu pietiekamu dalībnieku skaitu grupu nodarbībās, šajā gadījumā īstenojot arī atbilstošu transportēšanu uz pakalpojumu saņemšanas vietu.</p>	Termiņš:	2021.–2027. gads
		Atbildīgais/iesaistītie:	LM
	<p>Personām vecumā virs 55 gadiem jāsniedz atbalsts demenču dienas centru izveidē, kur persona var pavadīt visu dienu, kamēr ģimenes loceklis ir darbā. Taču būtiski ir šos pakalpojumus nodalīt dažādiem demences saslimšanas līmeņiem, jo vieglā un smagā formā saslimušām personām var būt būtiski atšķirīgs pakalpojumu saturs un formāts. Pakalpojumu nodrošināšana plānojama visos plānošanas reģionos, lai pakalpojums būtu pieejams sasniedzamā attālumā visos novados. Nepieciešams izstrādāt modeļus veselības un sociālās jomas speciālistu sadarbībai demences gadījumos.</p>	Termiņš:	2021.–2027. gads
		Atbildīgais/iesaistītie:	LM
	<p>Personām vecumā virs 55 gadiem jāattīsta aprūpētās dzīves vietas pakalpojums, balstoties uz labo praksi Rīgas pilsētā. Pakalpojums ietver personas esošā mājokļa pielāgošanu un aprūpes mājās pakalpojumu apjoma palielināšanu. Reģionos atbalstāma arī alternatīvu risinājumu nodrošināšana, piemēram, sociālā istaba sociālajā dzīvoklī ar atļaidēm maksai</p>	Termiņš:	2021.–2027. gads
		Atbildīgais/iesaistītie:	LM
	<p>Visām mērķa grupām kompleksi jāuzlabo viņu prasmes un pieeja digitālai komunikācijai, lai varētu attīstīt tādus pakalpojumus, kā veselības un sociālo speciālistu videovizītes. Sistemātiski organizējama apmācība tehnoloģiju lietošanā personām, kurām tas nepieciešams, primāri fokusējoties uz personām ar garīgās attīstības traucējumiem un personām pensijas vecumā.</p>	Termiņš:	2021.–2027. gads
	<p>Kā jauns pakalpojums apsverams konsultācijas no digitālo dokumentu un digitālās komunikācijas speciālista ar atbilstošu izglītību un pieredzi, kas šāda veida ikdienas darbības var operatīvi palīdzēt mērķa grupām atrisināt. Šis pakalpojums attiecināms uz visām mērķa grupām, bet primāri uz personām vecumā virs 55 gadiem, kas pašlaik ar sadzīves digitālajām formalitātēm (VID, bankas, u.c.) būtiski noslogo sociālos dienestus.</p>	Atbildīgais/iesaistītie:	LM
		Termiņš:	2021.–2027. gads

	Ieteicams stimulēt specializēto darbnīcu sadarbību ar sociālajiem uzņēmumiem un citām iesaistītajām pusēm, lai efektīvāk izmantotu darbnīcu pakalpojumus integrējot tos ar personu ar GRT atalgotu darba dzīvi, izmantojot tādos esošos labās prakses piemērus kā DOTTS.LV	Atbildīgais/iesaistītie:	LM
	Veikt pierādījumos balstītu SBSP plānošanu un attīstību, līdzīgi kā pasākuma “Deinstitucionalizācija” ietvaros.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM, plānošanas reģioni, pašvaldības
		Termiņš:	2021.–2027. gads
		Atbildīgais/iesaistītie:	LM
2.2.	Kādi ir optimālie atbalsta pasākumi, kas būtu nodrošināmi neformālajiem (ģimenēm, radniekiem) aprūpētājiem, lai mazinātu risku viņu izslēgšanai no darba tirgus un izdegšanai?		
Secinājumi:	Visbūtiskākais atbalsts neformālajiem aprūpētājiem ir SBSP pieejamība viņu aprūpē esošajām personām.		
	Neformālajiem aprūpētājiem būtu jāsaņem pienācīga kompensācija un piekļuve sociālajām tiesībām, kas būtu salīdzināma ar citiem aprūpes sniedzējiem		
	Daudziem neformālajiem aprūpētājiem trūkst specifisku zināšanu un iemaņu, kā pareizi veikt aprūpi mājās.		
Priekšlikumi:	Likumdošanā iekļaut neformālo aprūpētāju definīciju, t.sk. viņu pienākumus un viņiem nodrošināmo atbalstu pašvaldību un valsts līmenī, tādējādi atzīstot neformālos aprūpētājus par līdztiesīgiem dalībniekiem aprūpes pakalpojumu sniegšanā.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM
		Termiņš:	2021. gads – 2027. gads
	Aprūpes kredītpunktu ieviešana, kas būtu paredzēta pensijas uzkrāšanai un būtu līdzvērtīga darba periodam.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM
		Termiņš:	2021. gads – 2027. gads
	Ikgadējā atvaļinājuma piešķiršana formāli nenodarbinātiem ģimenes locekļiem un ikgadējā atvaļinājuma salāgošana ar atslogojošiem SBSP, piemēram, pakalpojumu “Atelpas brīdis”.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM
		Termiņš:	2021. gads – 2027. gads
	Sniegt informatīvo un metodisko atbalstu par aprūpē esošās personas veselības stāvokli, vajadzībām un nepieciešamo atbalstu, piesaistot kompetentus speciālistus atbalsta izstrādē (piemēram, psihiatrijas ārstus un māsas atbalsta materiālu izstrādē neformālajiem aprūpētājiem, kuri aprūpē personas ar demenci).	Atbildīgais/iesaistītie:	LM sadarbībā ar VM
		Termiņš:	2021. gads – 2027. gads
	Sniegt psiholoģisku atbalstu – individuālas psihologa konsultācijas vai atbalsta grupu nodarbības, lai neformālais aprūpētājs varētu samierināties ar savā aprūpē esošās personas veselības stāvokli vai pārvaldīt savu emocionālo stāvokli, veicot aprūpes pienākumus.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM
		Termiņš:	2021.–2027. gads

	Veikt izvērtējumu, vai pašvaldības pietiekamā apmērā veic situācijas un iespēju izvērtējumu mājāsaimniecībās saskaņā ar likumdošanā noteiktajām prasībām – vai pietiekošā mērā tiek veikti neformālo aprūpētāju iespēju un spēju izvērtējumi atbilstošas aprūpes nodrošināšanai.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM
		Termiņš:	2021.–2027. gads
	Izvērtēt iespēju arī aprūpi mājās noregulēt līdzīgi, kā asistenta pakalpojumiem, kur ģimenes loceklis var kļūt par aprūpētāju formāli.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM
		Termiņš:	2021.–2027. gads
3.	Kopējie secinājumi		
Secinājumi:	<p>Primārās izpētes rezultāti liecina, ka visām mērķa grupām kā prioritāri SBSP attīstības aspekti ir speciālistu kapacitātes, informācijas apmaiņas sistēmas un finansēšanas mehānismu attīstība. Kopumā tie vērtējami kā primāri attiecībā pret jaunu pakalpojumu (t.sk. infrastruktūras) izveidi.</p> <p>Netika gūti viennozīmīgi apstiprinājumi par atsevišķu konceptuālo SBSP attīstības virzienu noteikšanu kā prioritāti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SBSP apvienošana multifunkcionālos centros, kas no vienas puses palielina SBSP pieejamību un efektivitāti, bet no otras – veicina slēgtu vidi, kas pēc savas būtības līdzīga dzīvei institūcijā. • Pakalpojumu saņemšana dabiskajās pakalpojumu saņemšanas vietās kopā ar citiem sabiedrības locekļiem un būtisku sociālo speciālistu atbalstu – virziens attīstāms, taču daļēji - speciālistu kapacitātes trūkuma dēļ un specifisko mērķa grupas vajadzību dēļ. 		
Priekšlikumi:	Ieviest “nauda seko cilvēkam” finansēšanas modeli, veicinot uz pieprasījumā balstītu SBSP attīstību, t.sk. SBSP attīstību tuvāk personu dzīves vietai, kā arī to nodrošināšanu personu dzīves vietās, tādējādi attālinot institucionalizāciju.	Atbildīgais/iesaistītie:	MK, LM
		Termiņš:	2021.–2022. gads
	Izvērtēt iespēju noteikt minimālo valsts apmaksāto sociālo pakalpojumu grozu, līdzīgi, kā tas ir veselības un izglītības jomās. Īpaši tas attiecināms uz pensijas vecuma cilvēkiem.	Atbildīgais/iesaistītie:	MK, LM
		Termiņš:	2021.–2022. gads
	Moderni IT risinājumi netiek pietiekami izmantoti veselības aprūpes un sociālo pakalpojumu sniegšanā un to efektīvizācijā. Priekšlikums, nodrošināt nepieciešamo IT infrastruktūru un kompetenci IT risinājumu plašākai izmantošanai.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM, VM
		Termiņš:	2021-2023.
	Pašvaldībām uzticēt SBSP centralizācijas līmeņa izvēli, balstoties uz pašvaldības iedzīvotāju vajadzībām. Valsts atbalstam jāstimulē virzība uz situāciju, kurā jaunā administratīvā iedalījuma ietvaros novadam jābūt pašpietiekamam visu būtiskāko mērķa grupām nepieciešamo SBSP nodrošināšanā.	Atbildīgais/iesaistītie:	LM, plānošanas reģioni, pašvaldības
		Termiņš:	2021-2023.

8. IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Alan Carr, Christine Linehan (2016). The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice. Pieejams:
2. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Most frequently asked questions about SIS. Pieejams: <http://www.aaid.org/sis/product-information/faqs>
3. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, International SIS Use. Pieejams: <https://www.aaid.org/sis/international>
4. ANO (2006). Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām (Latvijā ratificēta 01.03.2010., spēkā no 31.03.2010.) 19. pants.
5. Antonella Gigantesco, Massimo Giuliani, Subjektīvais dzīves kvalitātes instruments (“Subjective quality of life instrument”, (Itālija))
6. Apvienoto Nāciju organizācijas. Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām. Pieejams: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
7. Bela B., Tisenkopfs T., Latvijas Valsts prezidenta kanceleja (2006). Dzīves kvalitāte Latvijā.
8. Biedrība “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ”ZELDA” (2020). “Izmēģinājumu projekta kvalitatīvo un kvantitatīvo rezultātīvo rādītāju apkopojums un izvērtējums”.
9. Biedrība “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ”ZELDA” (2017). Pētījums par dzīves kvalitātes izvērtējuma metodēm un instrumentiem (2. daļa).
10. Biedrība “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ”ZELDA” (2017). Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem (neaprobētā versija).
11. Biedrība „Latvijas Kustība par neatkarīgu dzīvi (2012). Metodoloģija dzīves kvalitātes nodrošināšanas cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem izvērtēšanai sociālos pakalpojumos.
12. Biedrība „Latvijas Kustība par neatkarīgu dzīvi”, Dzīves kvalitātes novērtēšanas modelis
13. Blocks. Tools And Methodologies To Assess Integrated Care In Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2017. P.15.
14. BPS Blackwell (2005). Assessing Adults with Intellectual Disabilities: A Service Provider's Guide.
15. C. Townsend-White, I A. N.T. Pham¹ & M.V. Vassos.(2012). A systematic review of quality of life measures for people with intellectual disabilities and challenging behaviours. Journal of Intellectual Disability Research.
16. Choice Questionnaire Stancliffe & Parmenter

17. Consumer Satisfaction Survey Temple University
18. Control Autonomy Self-realization Pleasure (CASP-19) (Hyde et al, 2003)
19. Creative Research Systems, Sample Size Calculator. Pieejams:
<https://www.surveysystem.com/sscalc.htm>
20. Cummins, R.A.(1997). Assessing quality of life. In: Brown R.I. (ed.) Quality of Life for People with Disabilities: Models, Research and Practice. 2nd ed. Chetlenham: Stanley Thornes.
21. Cummins, Robert. (2009). The Comprehensive Quality of Life Scale — Intellectual Disability: An instrument under development. Journal of Intellectual and Developmental Disability. 17. 259-264. 10.1080/07263869100034481. Pieejams:
https://www.researchgate.net/publication/232046442_The_Comprehensive_Quality_of_Life_Scale_-_Intellectual_Disability_An_instrument_under_development
22. Dzīves kvalitātes anketa/intervija (Quality of Life Questionnaire/ Interview) (Bigelow)
23. Džims Konrojs, Dzīves kvalitātes instrumenti (“Quality of Life tools”, (Amerikas Savienotās Valstis))
24. Edited by Alan Carr, Christine Linehan, Gary O'Reilly, The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice, Routledge, 2012
25. Eiropas komisija (2018). Priekšlikums Eiropas Parlamenta un Padomes regulai, ar ko paredz kopīgus noteikumus par Eiropas Reģionālās attīstības fondu, Eiropas Sociālo fondu Plus, Kohēzijas fondu un Eiropas Jūrlietu un zivsaimniecības fondu un finanšu noteikumus attiecībā uz tiem un uz Patvēruma un migrācijas fondu, Iekšējās drošības fondu un Robežu pārvaldības un vīzu instrumentu. Pieejams: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM%3A2018%3A375%3AFIN>
26. Eiropas Komisija, 2018.gada ziņojums par sieviešu un vīriešu līdztiesību ES.
27. Eiropas komisija. Eiropas sociālo tiesību pīlāra 20 principi. Pieejams:
https://ec.europa.eu/info/european-pillar-social-rights-0/european-pillar-social-rights-20-principles_lv
28. Eiropas Komisija. Pāreja no institucionāliem pakalpojumiem uz kopienas nodrošinātiem pakalpojumiem (deinstitucionalizācija). Pieejams:
https://ec.europa.eu/regional_policy/lv/policy/themes/social-inclusion/desinstit/

29. Eiropas parlaments (2018). “Ziņojums par aprūpes pakalpojumiem Eiropas Savienībā dzimumu līdztiesības uzlabošanai (2018/2077(INI)). Pieejams: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2018-0352_LV.pdf
30. Escala Pessoal de Resultados (Personīgo ieguvumu skalas portugāļu versija)
31. European Commision (2018) Informal care in Europe: Exploring Formalisation, Availability and Quality.
32. Eurostat (2015). Quality of life Facts and views. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
33. Evaluation of Quality of Life Instrument (EQLI)
34. Friedman, Carli. (2017). The Personal Outcome Measures®. Disability and Health Journal. Pieejams: https://www.researchgate.net/publication/321727785_The_Personal_Outcome_MeasuresR
35. Gavin Davidson, Rebecca Irvine, Mike Corman, Frank Kee, Berni Kelly, Gerry Leavey & Cate McNamee (2017). Measuring the Quality of Life of People with Disabilities and Their Families Scoping Study Final Report.
36. Gigantesco A, Giuliani M. Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. Ann Ist Super Sanita. 2011;47(4):363–372. Pieejams: <http://www.scielo.org/pdf/aiss/v47n4/a07v47n4.pdf>
37. Gudmundur Arnelsson, Tryggvi Sigurdsson (2014). The validity of Supports Intensity Scale for adults with psychiatric disabilities. Research in Developmental Disabilities.
38. Gudmundur Arnelsson, Tryggvi Sigurdsson (2016). The Validity of the Supports Intensity Scale for Adults With Motor Disability. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26914468/>
39. Guernsey Community Participation and Leisure Assessment (GCPLA)
40. Harner & Heal (1993). Multifaceted Life Satisfaction Scale (MLSS)
41. Holma B., (2017). Pārskats par tautas attīstību, 2015/2016: Dzīves meistarība un informācijpratība. Pieejams: <https://dspace.lu.lv/dspace/handle/7/35006>
42. Inga Šķestere (2012). Pētījums par dzīves kvalitātes izvērtējuma metodēm un instrumentiem un Metodoloģija dzīves kvalitātes nodrošināšanas cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem izvērtēšanai sociālos pakalpojumos. Pieejams: https://www.sif.gov.lv/nodevumi/nodevumi/4881/petijums_dz_kvalit_1.pdf

43. Laura E. Gomez, M.A. Verdugo, B. Arias,(2015). Validity and reliability of the INICO-FEAPS Scale: An assessment of quality of life for people with intellectual and developmental disabilities, INICO-FEAPS scale. Pieejams: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891422214004636>
44. INTEGRAL Quality of Life Scale (Verdugo et al., 2007)
45. Ivan Brown, Chris Hatton, and Eric Emerson (2013). Quality of Life Indicators for Individuals With Intellectual Disabilities: Extending Current Practice Intellectual and developmental disabilities. DOI: 10.1352/1934-9556-51.5.316.
46. Ivan Brown, Chris Hatton, and Eric Emerson (2016). Quality of Life Indicators for Individuals With Intellectual Disabilities: Extending Current PracticeINTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. DOI: 10.1352/1934-9556-51.5.316.
47. James R. Thompson, Robert L. Schalock, and Marc J. Tassé (2018). Evidence for the Reliability and Validity of the Supports Intensity Scales. Pieejams: https://www.aaid.org/docs/default-source/sis-docs/evidence-for-the-reliabilityandvalidity-of-the-sis.pdf?sfvrsn=7ed3021_0
48. James R. Thompson, Valerie J. Bradley, Wil H. E. Buntinx, Robert L. Schalock, Karrie A. Shogren, Martha E. Snell, and Michael L. Wehmeyer, with Sharon Borthwick-Duffy, David L. Coulter, Ellis (Pat) M. Craig, Sharon C. Gomez, Yves Lachapelle, Ruth A. Luckasson, Alya Reeve, Scott Spreat, Marc J. Tasse', Miguel A. Verdugo, and Mark H. Yeager (2009). Conceptualizing Supports and the Support Needs of People With Intellectual Disability. Pieejams: https://www.researchgate.net/publication/24279591_Conceptualizing_Supports_and_the_Support_Needs_of_People_With_Intellectual_Disability
49. Jos van Loon, Geert van Hove, Robert Schalock, Claudia Claes. (2009). Personal outcomes scale administration and standardization manual. Pieejams: <https://hcpbs.org/wp-content/uploads/2018/10/vanloonposmanual.pdf>
50. Journal of Intellectual Disability Research (2012). A systematic review of quality of life measures. Pieejams: <https://disabilitystudies.nl/sites/disabilitystudies.nl/files/beeld/onderwijs/systematic-review-qol-instruments-id.pdf>
51. Karrie A. Shogren, Hyojeong Seo, Michael L. Wehmeyer, James R. Thompson, Todd D. Little (2016). Impact of the Protection and Advocacy Subscale on the Factorial Validity of the Supports Intensity Scale–Adult Version. *PIEEJAMS*: <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.1.48>¹
52. Kemp & Ettelson (2001). The Kemp Quality of Life Scale (KQOL)

53. Kristapsone S. (2020). Dzīves kvalitāte. Nacionālā enciklopēdija.
<https://enciklopedija.lv/skirklis/61290-dzives-kvalitate->
54. Kurzeme visiem, Atbalsta iespējas Ventspilī. Pieejams: <https://kurzemevisiem.lv/ventspils-lv-personas-ar-invaliditati-ventspils-pilseta-sanem-vairak-socialos-pakalpojumu/>
55. Kurzemes plānošanas reģiona Administrācija (2020). KPR DI plāna 2017.- 2020. gadam ieviešanas progresa izvērtējums. Pieejams: <https://www.kurzemesregions.lv/sagatavots-kpr-di-plana-2017-2020-gadam-ieviesanas-progresa-izvertejums/>
56. Labklājības ministrija (2020). DI progresa dati. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/aktualitates-5>
57. Labklājības ministrija, Ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumi. Pieejams: http://adm.lm.gov.lv/lv/?option=com_content&view=article&id=81540
58. Labklājības ministrija, Statistika sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības jomā. Pieejams: <http://www.lm.gov.lv/lv/publikacijas-petijumi-un-statistika/statistika/valsts-statistika-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-joma>
59. Labklājības ministrija. LM Rīcības plāns deinstitucionalizācijas īstenošanai 2015.- 2020. gadam. Pieejams: http://www.lm.gov.lv/upload/aktualitates/null/2015_15_07_ricplans_final.pdf
60. Lankšāres dzīves kvalitātes profils (Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP))
61. Latvijas Kustība par neatkarīgu dzīvi” Pētījums par dzīves kvalitātes izvērtējuma metodēm un instrumentiem (1.daļa). Projekta kapacitātes stiprināšana līdzdalībai sociālo pakalpojumu cilvēkiem ar invaliditāti plānošanas un kvalitātes izvērtēšanas procesos” (Līguma identif. nr. 1DP/1.5.2.2.2./11/APIA/SIF/015/50) ietvaros, 2012
62. Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2021. – 2027. gadam. Pieejams: https://www.pkc.gov.lv/sites/default/files/inline-files/20200204_NAP_2021_2027_gala_redakcija_projekts_.pdf
63. Latvijas Republikas Valsts kontrole. Valsts kontroles lietderības revīzija. Pieejams: <http://www.lrvk.gov.lv/reviziju-rezultati/kas-ir-revizija/reviziju-veidi/lietderibas/>
64. Life Experiences Checklist Ager & Eglinton
65. Life Satisfaction Matrinav Lyons
66. Lifestyle Satisfaction Scale (LSS) Heal & Chadsey-Rusch

67. LM Rīcības plāns deinstitucionalizācijas īstenošanai 2015.- 2020. gadam. Pieejams: http://www.lm.gov.lv/upload/aktualitates/null/2015_15_07_ricplans_final.pdf
68. M Rapley, J Ridgway, S Beyer (1997). Staff:staff and Staff:client Reliability of the Schalock & Keith (1993) Quality of Life Questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*.
69. Mana dzīve: personāgo ieguvumu indekss (My Life: Personal Outcomes Indenav)
70. Maria Carbó-Carretéa, Joan Guàrdia-Olmosb, Climent Ginéa. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (2015). Psychometric properties of the Spanish version of the Personal Outcomes Scale.
71. Maryland Ask Me! Project Bonham et al. 2004
72. McCarron M, Lombard-Vance R, Murphy E, et al Effect of deinstitutionalisation on quality of life for adults with intellectual disabilities: a systematic review *BMJ Open* 2019;9:e025735. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025735
73. Ministru kabineta 2015. gada 16. jūnija noteikumi Nr. 313 "Darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.2.specifiskā atbalsta mērķa "Palielināt kvalitatīvu institucionālai aprūpei alternatīvu sociālo pakalpojumu dzīvesvietā un ģimeniskai videi pietuvinātu pakalpojumu pieejamību personām ar invaliditāti un bērniem" 9.2.2.1.pasākuma "Deinstitucionalizācija" īstenošanas noteikumi". *Latvijas Vēstnesis*, 124, 30.06.2015. <https://likumi.lv/ta/id/274957>¹
74. Ministru kabineta 2019. gada 19. jūnija rīkojums Nr. 299 "Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plāns 2019.–2020. gadam". *Latvijas Vēstnesis*, 126, 25.06.2019. <https://likumi.lv/ta/id/307701>
75. Ross & Oliver (2003). Mood Interest Pleasure Questionnaire. Pieejams: <https://core.ac.uk/download/pdf/1631391.pdf>
76. Motivācijas paaugstināšanas un atbalsta pakalpojumu potenciālās mērķa grupas profilēšana un vajadzību izpēte, kopsavilkums, BIS, 2017, 5. lpp.
77. National Association of State Directors of Developmental Disabilities Services, National Core Indicators. Pieejams: <https://www.nasddds.org/projects/national-core-indicators/>
78. Netten A., Burge P., Malley J., Portoglou D., Towers A., Brazier J., Flynn T., Forder J., Wall B., Kentas universitātes dzīves kvalitātes aptauja ("Adult Social Care Outcomes Toolkit – ASCOT", (Lielbritānija))

79. Nick Smith and Juliette Malley Understanding and addressing underrepresentation in a postal survey of social care users.. University of Kent. The London School of Economics and Political Science. University of Oxford.
80. Noll, H.-H. (2000). Social indicators and social reporting: the international experience. Pieejams: <http://www.ccsd.ca/noll1.html>
81. The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL) (O'Boyle et al., 1993)"
82. Ouellette-Kuntz, Quality of Life Interview Schedule (QUOLIS)
83. Overt Behaviour Scale Kelly et al. (2006)
84. Personīgās labklājības indekss cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem ("Personal Wellbeing Indenav –Intellectual Disability")
85. Personīgās labklājības indekss pieaugušajiem (Personal Wellbeing Indenav – Adult, PWI-A)
86. Tool Johnson & Cocks (1989). Quality of Life Assessment
87. Campo et al. (1996). Quality of Life Indenav
88. Brown & Bayer, Quality of Life Questionnaire
89. Burckhardt & Anderson (2003). Quality of Life Scale (QOLS)
90. R. Šeloks, Personīgo ieguvumu skala (Personal Outcomes Scale)
91. Robert A. Cummins (1997). Comprehensive qualityof life scale - intellectual/cognitive disability fifth edition (ComQol-I5). School of Psychology Deakin University.
92. Verdugo, Miguel & Gómez, Laura & Arias, Benito & Santamaría, Monica & Navallas, Ester & Fernandez, Sonia & Hierro, Irene. (2015). San Martin Scale. English. (Verdugo, Gomez, et al., 2014). Pieejams: https://www.researchgate.net/publication/272183056_San_Martin_Scale_English_Verdugo_Gomez_et_al_2014/citation/download
93. Schalock & Keith (1993). Dzīves kvalitātes anketa (Quality of Life Questionnaire)
94. Schalock, Robert & Thompson, James & Tassé, Marc & Buntinx, Wil & Croce, Luigi & Ekstein, Yuval & Giné, Climent & Holmes, Sue & Lamoureux-Hébert, Mélanie & Leoni, Mauro & Morin, Diane & Verdugo, Miguel. (2008). International Implementation of the Supports Intensity Scale.

Pieejams:

https://www.researchgate.net/publication/242273517_International_Implementation_of_the_Supports_Intensity_Scale

95. SFK jeb Pasaules Veselības organizācijas izstrādātā Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija ar kuru ir plānots papildinās vai aizstās SSK10.
96. Sociālās politikas rādītāji, <http://www.lm.gov.lv/lv/publikācijas-petījumi-un-statistika/statistika>
97. Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrs. Pieejams:
<https://vspmis.lm.gov.lv/Public/PublicetsPakalpojums>
98. Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002. Pieejams:
<https://likumi.lv/ta/id/68488>¹
99. Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002.
<https://likumi.lv/ta/id/68488>
100. Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002.
<https://likumi.lv/ta/id/68488>
101. Sociālo un darba lietu komisija, “Likums par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību”(reģ. nr. 1275) izskatīšanai 2.lasījumam. Pieejams: https://www.saeima.lv/L_Saeima7/lasa-LP1275_2.htm
102. Sofie Kuppens, Goele Bossaert, Wil Buntinx, Catherin Molleman, Ann Van den Abbeele, Bea Maes (2010).Factorial Validity of the Supports Intensity Scale (SIS). Pieejams: <https://doi.org/10.1352/1944-7558-115.4.327>
103. SPKC, Kodu tabulsaraksts un skaidrojumi - V Psihiski un uzvedības traucējumi (F00-F99). Pieejams:
https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g_5
104. Stratēģiskās analīzes komisijas darba grupas atskaite (2006). Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitātes indekss. Rīga.
105. U.S. Department of Health and Human Services, Department of Aging(2017). What Is Long-Term Care. Pieejams: <https://www.nia.nih.gov/health/what-long-term-care>
106. Van Nieuwenhuizen, C., Schene, A. H., Boevink, W. A., & Wolf, J. R. L. M. (1997). Measuring the quality of life of clients with severe mental illness: A review of instruments. PSYCHIATRIC REHABILITATION JOURNAL, 20(4), 33–41.
107. Vispusīgā dzīves kvalitātes skala (The Comprehensive Quality of Life Scale)
108. WHO (2011). Whoqol-disabilities module. Pieejams:
https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL_DIS_Manual.pdf?ua=1

109. World Health Organization (2004). Quality of Life (WHOQOL) (visi moduļi)
110. World Health Organization (2011). WHOQOL-DISABILITIES MODULE
111. World Health Organization (2016). Integrated care models: an overview.
112. World Health Organization. (1998). Programme on mental health : WHOQOL user manual, 2012 revision. World Health Organization. Pieejams: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>
113. Zobena Aija (2005). Pārskats par tautas attīstību 2004/2005: Rīcībspēja reģionos. Latvijas Universitāte. Sociālo un politisko pētījumu institūts. Pieejams: <https://dspace.lu.lv/dspace/handle/7/2760>