

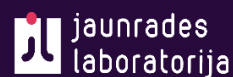


4. ZIŅOJUMS
“MIJIEDARBĪBAS STARP ILGTERMIŅA SOCIĀLĀS
APRŪPES UN VESELĪBAS APRŪPES
PAKALPOJUMIEM (SADARBĪBAS MODEĻI,
ORGANIZĀCIJAS FORMA, FINANSĒŠANAS PLŪSMA)
NOVĒRTĒŠANA, PRIEKŠLIKUMI ATTĪSTĪBAI UN TĀS
IETEKMES UZ ILGTERMIŅA SOCIĀLĀS APRŪPES
PAKALPOJUMU NEPIECIEŠAMĪBU NOVĒRTĒŠANA”

IZVĒRTĒJUMAM
“PAR ILGTERMIŅA SOCIĀLĀS APRŪPES
FINANSĒŠANAS MODEĻIEM UN PRIEKŠLIKUMIEM
ILGTSPĒJĪGA FINANSĒŠANAS MODEĻA
IEVIEŠANAI”

Pasūtītājs: Labklājības ministrija

Izpildītājs: Personu apvienība BCP JL,
kuru veido SIA “Baltic Communication Partners” un SIA “Jaunrades laboratorija”



Autori: Alina Dūdele, Jana Muižniece, Modris Dzenītis,
Edgars Voļskis, Lilita Seimuškāne, Solvita Rudoviča,
Elīna Ozoliņa, Roberts Ceruss, Linda Paegle, Lilita Cīrule

2025. gada marts

Saturs

Saturs.....	2
Tabulu saraksts.....	3
Attēlu saraksts	3
Lietotie saīsinājumi	4
Ievads	6
1. Izvērtējuma metodoloģija	7
2. Starptautiskās prakses izvērtēšana mijiedarbībai starp ilgtermiņa sociālo aprūpi un veselības aprūpi.....	9
3. Mijiedarbības novērtēšana starp ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumiem.....	20
Secinājumi un priekšlikumi	54
Kopsavilkums	59
Pielikums.....	65
Izvērtējuma izstrādes procesa ietvaros organizētās aktivitātes	65

Tabulu saraksts

Tabula 3.1. Piemēri par veselības aprūpes komponentes iekļaušanu pašvaldības sociālā dienesta struktūrā	23
Tabula 3.2. Piemēri par veselības aprūpes komponentes integrēšanu personas vajadzību identificēšanā un novērtēšanā.....	28
Tabula 3.3. Piemēri par sociālā darba pakalpojumu stacionārajās veselības aprūpes iestādēs.....	30
Tabula 3.4. Piemērs integrētā aprūpes modeļa īstenošanai SAC, kur ir izveidots veselības punkts	43
Tabula 3.5. Integrētās aprūpes modeļa piemērs SAC, kur nav izveidots veselības punkts.....	44
Tabula 3.6. Koordinēta aprūpes modeļa piemērs SAC, kur nav izveidots veselības punkts.....	46
Tabula 3.7. Piemēri par veselības aprūpes komponentes integrēšanu ISA pakalpojumos dzīvesvietā	48

Attēlu saraksts

2.1. attēls. ICOPE nodrošināšana integrētā veidā.	15
3.1. attēls. ISA pakalpojumu un veselības aprūpes pakalpojumu mijiedarbības virzieni	22
3.2. attēls. BUKS sociālā darba pakalpojuma nodrošināšanas shēma	33
3.3. attēls. BKUS Sociāla dienesta struktūra.	34

Lietotie saīsinājumi

AM pakalpojums	Aprūpes mājās pakalpojums
ANO	Apvienoto Nāciju Organizācija
UNICEF	ANO Bērnu fonds
AB pakalpojums	Atelpas brīža pakalpojums
DAC pakalpojuma	Dienas aprūpes centra pakalpojums
DAC	Dienas aprūpes centrs
ES	Eiropas Savienība
e-veselība	Vienota veselības nozares elektroniskā informācijas sistēma
FT	Funkcionālie traucējumi
GRT	Garīga rakstura traucējumi
GM pakalpojums	Grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojums
ICOPE	Vecāka gadagājuma cilvēku integrētās aprūpes modeli
ISA pakalpojumi	Ilgtermiņa sociālās aprūpes pakalpojumi
Izvērtējums	Izvērtējuma “Par ilgtermiņa sociālās aprūpes finansēšanas modeļiem un priekšlikumiem ilgtspējīga finansēšanas modeļa ieviešanai” 4. ziņojums “Mijiedarbības starp ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumiem (sadarbības modeļi, organizācijas forma, finansēšanas plūsma) novērtēšana, priekšlikumi attīstībai un tās ietekmes uz ilgtermiņa sociālās aprūpes pakalpojumu nepieciešamību novērtēšana”
IZM	Izglītības un zinātnes ministrija
LM	Labklājības ministrija
NVO	Nevalstiskās organizācijas, piemēram, biedrības, nodibinājumi
NVD	Nacionālais veselības dienests
MK noteikumi Nr. 138	Ministru kabineta 2019. gada 2. aprīļa noteikumi Nr. 138 “Noteikumi par sociālo pakalpojumu saņemšanu”
MK noteikumi Nr. 555	Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”
OECD	Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija
persona ar GRT	Persona ar garīga rakstura traucējumiem
PEP mamma	Pirmās emocionālās palīdzības mamma
privātie	Pakalpojuma sniedzējs – juridiskas personas, piemēram, SIA
PMLP	Pilsonības un migrācijas lietu pārvalde
PVO	Pasaules Veselības organizācija
SAC pakalpojums	Ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojums institūcijā
SAC / aprūpes iestāde	Ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcija
SOPA	Pašvaldību sociālās palīdzības un sociālo pakalpojumu

	administrēšanas lietojumprogramma
SPSPL	Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums
SPS reģistrs	Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrs
VDEĀVK	Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija
VM	Veselības ministrija
VI	Veselības inspekcija
VSAA	Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra
Ziņojums	Veselības inspekcijas un Labklājības ministrijas 2020. gada tematiskās pārbaudes „Par sociālās aprūpes institūcijās klientiem nodrošinātās aprūpes kvalitāti” KOPZIŅOJUMS (Veselības inspekcijas un Labklājības ministrijas integrētā pārbaude)

Ievads

Mijiedarbība starp veselības aprūpi un sociālo aprūpi ir būtiski svarīga, lai nodrošinātu ilgtspējīgu un visaptverošu sabiedrības labklājību, jo īpaši ņemot vērā mūsdienu demogrāfiskās un sabiedrības veselības tendences, tostarp sabiedrības novecošanos un hronisko slimību pieaugumu. Novecojoša sabiedrība saskaras ar arvien lielāku pieprasījumu pēc holistiskas pieejas aprūpei, kas vienlaikus aptver gan fizisko, gan emocionālo un sociālo labklājību. Hroniskas slimības bieži prasa ilgstošu un integrētu aprūpi, kur veselības aprūpes sistēma nodrošina medicīnisko uzraudzību un ārstēšanu, savukārt sociālās aprūpes sistēma palīdz ikdienas funkcionēšanā un dzīves kvalitātes saglabāšanā.

Šīs jomas, lai gan šķietami darbojas atšķirīgās sfērās, ir savstarpēji neatraujami saistītas un cita citu papildina. Veselības aprūpe fokusējas uz slimību ārstēšanu, profilaksi un fiziskās veselības uzturēšanu, bet sociālā aprūpe nodrošina atbalstu cilvēkiem ar funkcionālajiem traucējumiem, vecāka gadagājuma cilvēkiem vai personām ar GRT, palīdzot risināt ikdienas izaicinājumus un veicinot neatkarību. Cieša šo sistēmu sadarbība ir svarīga, lai izveidotu vienotu atbalsta sistēmu, kas spēj efektīvi pielāgoties katra cilvēka vajadzībām un mainīgajām situācijām.

Turklāt integrēta mijiedarbība starp veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumiem palīdz nodrošināt nepārtrauktu un personalizētu aprūpi, kuras centrā ir cilvēks, nevis atsevišķas sistēmas vai struktūras. Šāda pieeja ļauj novērst nepilnības, piemēram, dublētu darbu vai komunikācijas trūkumu starp iestādēm, un veicina resursu efektīvu izmantošanu. Līdz ar to mijiedarbība starp šīm sistēmām ne tikai uzlabo individuālu cilvēku dzīves kvalitāti, bet arī stiprina kopējo sabiedrības veselību un sociālo stabilitāti. Tādējādi sadarbības uzlabošana starp veselības aprūpes un sociālās aprūpes jomām ir būtiska, lai nākotnē nodrošinātu ilgtspējīgu un efektīvu aprūpi.

Izvērtējuma mērķis ir izvērtēt mijiedarbību starp ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumiem (sadarbības modeļi, organizācijas forma, finansēšanas plūsma), sniegt priekšlikumus attīstībai un tās ietekmes uz ilgtermiņa sociālās aprūpes pakalpojumu nepieciešamību novērtēšanai.

Izvērtējums izstrādāts Labklājības ministrijas un personu apvienības BCP JL, kuru veido SIA “Baltic Communication Partners” un SIA “Jaunrades laboratorija”, 2024. gada 21. martā noslēgtā pakalpojuma līguma “Par ilgtermiņa sociālās aprūpes finansēšanas modeļiem un priekšlikumiem ilgtspējīga finansēšanas modeļa ieviešanai” (Nr. LM2024/24-1-1341/12) ietvaros, kas tiek finansēts no ES kohēzijas politikas programmas 2021.–2027. gadam tehniskās palīdzības līdzekļiem.

1. Izvērtējuma metodoloģija

Lai nodrošinātu padziļinātu izpratni par mijiedarbību starp ISA un veselības aprūpes sistēmām, pētījumā izmantota daudzpusīga metodoloģija, kas ietver kvalitatīvo datu analīzi, normatīvo aktu izvērtējumu, ekspertu intervijas un diskusiju, kā arī starptautisko praksi. Šī pieeja ļāva identificēt galvenās problēmas un iespējas abu sistēmu sadarbībā, vienlaikus sniedzot pierādījumus balstītus priekšlikumus turpmākai attīstībai:

1. **Normatīvo aktu izvērtējums:** pētījuma ietvaros tika analizēti spēkā esošie normatīvie akti, kas regulē veselības aprūpes un sociālās aprūpes jomu Latvijā, lai identificētu mijiedarbību starp abām sistēmām.
2. **Intervijas ar ekspertiem:** laika periodā no 2024. gada 19. novembra līdz 28. novembrim tika veiktas daļēji strukturētas intervijas ar sociālajiem dienestiem, ISA pakalpojumu sniedzējiem, veselības aprūpes speciālistiem un NVO pārstāvjiem. Interviju dalībnieki tika izvēlēti, ņemot vērā pakalpojumu veidu, mērķa grupas, ģeogrāfisko pārklājumu un juridisko formu. Kopumā tika organizētas 18 attālinātas intervijas (17 ZOOM platformā un viena telefoniski), kurās piedalījās pieci sociālo dienestu pārstāvji, seši ISA pakalpojumu sniedzēji, trīs veselības aprūpes speciālisti un četri NVO pārstāvji (Pielikuma 1.2. nodaļa). Visiem respondentiem tika uzdoti vienādi jautājumi, lai iegūtos datus varētu viegli salīdzināt, nodrošināt precizitāti un izcelt kopīgās tendences reprezentatīvai analīzei (Pielikuma 1.1. nodaļa).

Visās intervijās tika ievērots pētnieciskās ētikas princips – tika saņemta katra Izvērtējuma dalībnieka informētā piekrišana un atļaujas saņemšana iegūto rezultātu izmantošanai Izvērtējumā. Saņemot intervijas dalībnieku piekrišanu, tika veikti interviju audioieraksti. Katrai intervijai ir sagatavots tās atšifrējums rakstiskā formā – transkripts, kas izmantots turpmākajai kvalitatīvo datu analīzei, ieskaitot salīdzinošo analīzi ar citiem Izvērtējumā iegūtajiem datiem.

Analīzē izmantota kvalitatīvā induktīvā pieeja, kurā interviju dati tika apstrādāti ar atvērto kodēšanu. Identificētie kodi tika apkopoti plašākās, iekšēji saskaņotās kategorijās, kuras vēlāk tika apvienotas lielākās grupās, lai iegūtu nozīmīgas tematiskās grupas (Pielikuma 1.3. nodaļa) un to kopsavilkumu (Pielikuma 1.4. nodaļa).

3. **Fokusgrupas diskusija:** 2024. gada 26. novembrī tika organizēta fokusgrupa, lai iegūtu politikas veidotāju vērtējumu par mijiedarbību starp ISA un veselības aprūpes pakalpojumiem (sadarbības modeļi, organizācijas forma, finansēšanas plūsmas), priekšlikumus mijiedarbības attīstībai. Fokusgrupā piedalījās deviņi politikas veidotāji no nacionālā un pašvaldību līmeņa, tostarp pārstāvji no LM, VM, Latvijas Pašvaldību savienības, Latvijas Lielo pilsētu asociācijas un Reģionālo attīstības centru apvienības.

Lai nodrošinātu saturīgu un jēgpilnu diskusiju fokusgrupā, tika sagatavotas vadlīnijas, kuras savlaicīgi tika nosūtītas dalībniekiem (Pielikuma 2.1. nodaļa). Fokusgrupa norisinājās tiešsaistē, izmantojot ZOOM platformu. Diskusijas laikā tika ievēroti

pētnieciskās ētikas principi, tostarp tika saņemta katra dalībnieka informētā piekrišana un atļauja izmantot viņu viedokļus Izvērtējumā.

Ar diskusijas dalībnieku piekrišanu tika veikts audioieraksts, kas vēlāk pārvērsts rakstiskā formā – transkriptā. Tas tika izmantots tālākai kvalitatīvo datu analīzei, tostarp salīdzinošai analīzei ar citiem Izvērtējumā iegūtajiem datiem un informāciju. Analīzē izmantota kvalitatīvā induktīvā pieeja, kurā interviju dati tika apstrādāti ar atvērto kodēšanu. Identificētie kodi tika apkopoti plašākās, iekšēji saskaņotās kategorijās, kuras vēlāk tika apvienotas lielākās grupās, lai iegūtu nozīmīgas tematiskās grupas (Pielikuma 2.2. nodaļa) un to kopsavilkumu (Pielikuma 2.3. nodaļa).

4. Informācijas ieguve

- ▶ **Informācijas apkopošana no pašvaldību mājaslapām:** apzinātas pašvaldību un sociālo dienestu tīmekļvietnes, lai identificētu veselības aprūpes komponentes iesaisti ISA pakalpojumu nodrošināšanā.
- ▶ **Telefonaptauja:** tika veiktas telefonintervijas ar pašvaldību sociālo dienestu un pakalpojumu sniedzēju pārstāvjiem, lai izgūtu informāciju par ISA un veselības aprūpes mijiedarbību.

Starptautiskās pieredzes analīze – analizēti PVO, OECD un ES ziņojumi un pētījumi, kas aplūko integrētās veselības aprūpes un sociālās aprūpes pieejas un to ieviešanas praksi.

2. Starptautiskās prakses izvērtēšana mijiedarbībai starp ilgtermiņa sociālo aprūpi un veselības aprūpi

Termins “integrācija” attiecas uz procesiem un modeļiem, kas uzlabo aprūpes koordināciju, pielāgojot to individuālajām vajadzībām un novēršot sistēmas darbības dublēšanos. Hronisku slimību un ilgtermiņa aprūpes gadījumos bieži ir nepieciešama sarežģītāka un elastīgāka pieeja, kas ņem vērā katras personas vajadzības, piedāvā izvēles iespējas un aktīvi iesaista personas aprūpes plānošanā un īstenošanā. Šāda pieeja uzlabo pakalpojumu saņēmēju pieredzi un rezultātus, vienlaikus nodrošinot labāku piekļuvi resursiem un veicinot lielāku apmierinātību ar sniegto aprūpi.¹

Integrētā aprūpe ir plašs jēdziens, kas aptver veselības un sociālās aprūpes apvienošanu, lai labāk atbilstu personu vajadzībām. Piemēram, Apvienotajā Karalistē tā tiek definēta kā individuāli pielāgota un koordinēta aprūpe, kas balstās uz holistisku pieeju. Tomēr, lai gan veselības un sociālās aprūpes integrācija ir būtiska ilgstošu veselības problēmu risināšanā un saņem skaidru politisko atbalstu, tās praktiskā ieviešana joprojām ir sarežģīta.²

Saskaņā ar PVO novērtējumu 2021. gadā aptuveni 1,3 miljardi cilvēku jeb 16% pasaules iedzīvotājiem bija invaliditāte, un tās izplatība pieaug neinfekcijas slimību izplatības, ilgākas dzīves un novecošanas dēļ. Personas ar invaliditāti biežāk saskaras ar sliktāku veselību, agrīnu mirstību un smagākiem funkcionēšanas ierobežojumiem.³

ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām, kuras dalībniece ir ES un tās 27 dalībvalstis, ir vērsta uz to, lai nodrošinātu, ka personas ar invaliditāti var vienlīdzīgi izmantot visas cilvēktiesības un brīvības, kā arī tiktu ievērota viņu cieņa. Īpaša uzmanība tiek pievērsta bērniem ar invaliditāti, paredzot, ka dalībvalstis nodrošina, ka bērni ar invaliditāti vienlīdzīgi ar citiem bērniem pilnībā izmanto visas cilvēktiesības un pamatbrīvības, un visos lēmumos, kas skar šos bērnus, prioritāte tiek piešķirta viņu vislabākajām interesēm.⁴

ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 19. pants garantē tiesības uz neatkarīgu dzīvi personām ar invaliditāti, un dalībvalstīm ir pienākums nodrošināt, lai personām ar invaliditāti būtu iespēja brīvi izvēlēties dzīvesvietu, piekļūt nepieciešamajiem atbalsta pakalpojumiem, izmantot sabiedrības pakalpojumus un infrastruktūru, kas ir pielāgota viņu vajadzībām.⁵

¹ Kelly, L., Harlock, J., Peters, M., Fitzpatrick, R., & Crocker, H. (2020). Measures for the integration of health and social care services for long-term health conditions: A systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 20, Article 358. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32336288/>

² Turpat.

³ World Health Organization. (2022). *Global report on health equity for persons with disabilities*. Geneva: World Health Organization. Pieejams: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>

⁴ Pieejams: <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1630>

⁵ European Commission. (2024). *Commission Notice: Guidance on independent living and inclusion in the community of persons with disabilities in the context of EU funding* (C(2024) 7897 final). Brussels, Belgium. Pieejams: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/news/commission-adopts-guidance-independent-living-persons-disabilities-2024-11-20_en?prefLang=lv&etrans=lv

2013. gadā PVO uzsāka globālu iniciatīvu, lai pārorientētu veselības aprūpes sistēmu no slimnīcās centrētas pieejas uz integrētu, cilvēkcentrētu modeli, kas pielāgots personu vajadzībām visos dzīves posmos, nodrošinot savlaicīgu, koordinētu un nepārtrauktu aprūpi. Šī pieeja ietver mehānismus skaidras informācijas plūsmai, atbalsta speciālistu ieviešanu personu orientēšanai sistēmā un komandas darba modeļu attīstīšanu veselības aprūpes speciālistu vidū. Īpaša uzmanība tiek pievērsta arī sociālo pakalpojumu integrācijai, lai risinātu ar veselību saistītus sociālos un ekonomiskos faktorus. Šāda stratēģija samazina izmaksas, uzlabo aprūpes nepārtrauktību un rezultātus, vienlaikus stiprinot sabiedrības uzticību veselības aprūpei.⁶ 2023. gadā arī Latvija pievienojās šai iniciatīvai, parakstot ar PVO sadarbības stratēģiju uz četriem gadiem, lai veicinātu cilvēkcentrētas un integrētas veselības aprūpes attīstību.⁷

Sociālās aizsardzības sistēmas ir būtiskas, lai nodrošinātu personām ar invaliditāti piekļuvi veselības aprūpei, pielāgojot tās šo personu vajadzībām un veicinot sadarbību starp veselības un sociālās jomas nozarēm. Lai gan ne visas valstis var uzreiz ieviest universālu aizsardzību, pakāpeniska pieeja ļauj paplašināt atbalstu. Īpaša uzmanība jāpievērš dzimumu vienlīdzībai, atbalstot sievietes ar invaliditāti un aprūpētājas, kuru neapmaksātais darbs bieži ierobežo piekļuvi nodarbinātībai un sociālajam nodrošinājumam. Ir svarīgi atzīt neformālo aprūpētāju lomu, nodrošināt atbalsta mehānismus, piemēram, elastīgu darba laiku, un rūpēties par viņu labklājību. Piemēram, Slovākijā neformālie aprūpētāji, kas rūpējas par personām ar smagu invaliditāti, saņem aprūpes pabalstu minimālās algas apmērā, aprūpētajiem pensionēšanās vecumā tiek maksāts 50% no šīs summas papildu pensijai, un pabalsts ir lielāks, ja tiek aprūpēts bērns, kā arī valsts sedz aprūpētāju veselības un sociālās apdrošināšanas iemaksas.⁸

Deinstitutionalizācija, īpaši garīgās veselības jomā, tiek plaši atzīta par nozīmīgu pieeju. Lai gan sabiedrībā balstīti pakalpojumi tiek uzskatīti par labāko risinājumu garīgās veselības aprūpei, daudzās zemā un vidējā ienākumu līmeņa valstīs joprojām lielākā daļa resursu tiek novirzīta institūciju uzturēšanai. Tomēr pieredze rāda, ka sabiedrībā sniegtie pakalpojumi personām ar garīgās veselības problēmām un psihosociāliem traucējumiem ir efektīvi, un šī pieeja jau tiek īstenota daudzās valstīs. Piemēram, Īrijā ir ieviests jauns veselības un sociālās aprūpes modelis, kas vērsts uz pakalpojumu sniegšanu pēc iespējas tuvāk personas dzīvesvietai, īpaši attīstot primārās un sabiedrības veselības aprūpes pakalpojumus, ar uzsvaru uz personām ar invaliditāti. Starpdisciplināras komandas, tostarp fizioterapeiti un psihologi, nodrošina ģimenēm pielāgotu aprūpi bērniem līdz 18 gadu vecumam ar sarežģītām vajadzībām, sniedzot atbalstu maksimāli tuvu viņu dzīvesvietai un ievērojot individuālās vajadzības. Pakāpeniski institucionālo aprūpi aizstāj sabiedrībā balstīti risinājumi, kas veicina

⁶ World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat* (A69/39). Pieejams: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf
Ja konkrētā dokumenta pieejamības saite ir cita, tad norādiet attiecīgo URL.

⁷ [Latvija un PVO sadarbības uz cilvēku orientētas integrētas un ilgtspējīgas veselības aprūpes veidošanā - LV portāls](#)

⁸ World Health Organization. (2022). *Global report on health equity for persons with disabilities*. Geneva: World Health Organization. Pieejams: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>

aprūpi un atbalstu, nodrošinot personu integrāciju sabiedrībā un dzīves kvalitātes uzlabošanu.⁹

Veselības aprūpes un sociālās aprūpes darbinieku kapacitātes stiprināšana ir būtisks priekšnoteikums ilgtspējīgas attīstības mērķu un globālo veselības prioritāšu īstenošanai. Invaliditātes iekļaušanas kontekstā jau ilgstoši tiek uzsvērtā nepieciešamība integrēt mācības par invaliditāti veselības aprūpes profesionāļu izglītībā, ko aktīvi pieprasījusi arī pilsoniskā sabiedrība. Lai gan pastāv daži piemēri, trūkst pierādījumu par šādu mācību sistēmisku ieviešanu nacionālā līmeņa izglītības programmās, un pēdējās desmitgades laikā šajā jomā būtisks progress nav panākts.¹⁰

Ierosinātās mācības ietver prasmi atpazīt personu ar invaliditāti veselības aprūpes vajadzības, gan saistībā ar specifiskiem veselības stāvokļiem (piemēram, izgulējumu ārstēšana personām ar kustību traucējumiem vai diabēta profilakse personām ar garīgās veselības problēmām), gan piekļūstot vispārējiem veselības pakalpojumiem, piemēram, grūtniecības aprūpei sievietēm ar invaliditāti. Šādās mācībās liela nozīme tiek piešķirta iekļaujošai valodai un komunikācijai. Piemēram, ASV Nacionālās invaliditātes padomes izdots Veselības vienlīdzības ietvars personām ar invaliditāti uzsver efektīvas komunikācijas kā galvenās kompetences nozīmi invaliditātes klīniskajā aprūpē, līdztekus tādiem aspektiem kā profesionalitāte, personu centrēta aprūpe un komandas vai sistēmiskā pieeja.¹¹

Mācības par invaliditāti nepieciešams integrēt visu veselības aprūpes darbinieku izglītības programmās, padarot to par obligātu daļu medicīnas, māsu un vecmāšu programmu akreditācijā. Šāda izglītība sagatavotu profesionāļus sniegt iekļaujošus pakalpojumus, izprast personu ar invaliditāti vajadzības un komunikācijas īpatnības, kā arī izaicinājumus, ar kuriem viņi un viņu ģimenes saskaras veselības aprūpes pieejamībā.¹²

2021. gada martā EK pieņēma Personu ar invaliditāti tiesību stratēģiju 2021.–2030. gadam, kuras mērķis ir nodrošināt, ka personas ar invaliditāti var pilnībā izmantot savas cilvēktiesības, vienlīdzīgas iespējas un pilnvērtīgi piedalīties sabiedrībā un ekonomikā. Stratēģija kalpo kā instruments, lai veicinātu personu iespējas izvēlēties, kur un kā dzīvot, brīvi pārvietoties ES, saņemt nepieciešamo atbalstu un novērst diskrimināciju. Tā aptver dažādus invaliditātes veidus un ietver pasākumus deinstitucionalizācijai, sociālajai aizsardzībai un vienlīdzīgas piekļuves nodrošināšanai veselības aprūpē. Iniciatīvu ietvaros paredzēts nodrošināt iespējas personām ar invaliditāti dzīvot piekļūstamos grupu mājokļos ar aprūpi vai savās mājās, kā arī izveidot augstas kvalitātes sociālo pakalpojumu sistēmu.¹³

⁹ World Health Organization. (2022). *Global report on health equity for persons with disabilities*.

Geneva: World Health Organization. Pieejams:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>

¹⁰ Turpat.

¹¹ Turpat.

¹² Turpat.

¹³ Pieejams: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/persons-disabilities/union-equality-strategy-rights-persons-disabilities-2021-2030_lv

Neskatoties uz progresu, daudzas personas ar invaliditāti ES joprojām dzīvo institūcijās¹⁴, tostarp vairāk nekā 1 miljons jaunāku par 65 gadiem un vairāk nekā 2 miljoni vecāku par 65 gadiem. EK izstrādātās vadlīnijas, kas ir galvenā iniciatīva Personu ar invaliditāti tiesību stratēģijā 2021.–2030. gadam, veicina neatkarīgu dzīvi un iekļaušanu sabiedrībā, pildot saistības saskaņā ar ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām, un atbalsta Eiropas Sociālo tiesību pīlāra īstenošanu, neieviešot jaunus kritērijus vai juridiskus pienākumus dalībvalstīm finansējuma periodam 2021.–2027. gadam. Vadlīnijas tostarp ietver:¹⁵

- ▶ uz personu orientētu pieeju, izmantojot profesionālu aprūpi mājās, kas nodrošina gan medicīniskus, gan nemedicīniskus pakalpojumus, piemēram, palīdzību ikdienas darbos un atbalstu ģimenes aprūpētājiem, tādējādi veicinot neatkarīgu dzīvi;
- ▶ nepieciešamību novērst izolāciju un veicināt iekļaušanos sabiedrībā, nodrošinot, ka visi pakalpojumi ir pieejami un pielāgojami personām ar invaliditāti, ko iespējams panākt, veicot investīcijas vienlīdzīgas piekļuves nodrošināšanā sociālās un veselības aprūpes jomā.

Sabiedrības nākotnes veselība un labbūtība¹⁶ sākas jau pirms dzimšanas, kad gan ģenētiskie faktori, gan vide veido pamatu bērnu attīstībai, tāpēc ir būtiski radīt apstākļus, kas ļauj pilnībā īstenot viņu potenciālu. Saskaņā ar PVO un UNICEF izstrādātajām vadlīnijām valstu valdības ir aicinātas īstenot šādus pasākumus:¹⁷

- ▶ **Profilakse un agrīna problēmu atklāšana:** Uzsvars jāliek uz traucējumu un slimību agrīnu atklāšanu, profilaksi un veselības veicināšanu. Bērniem un aprūpētājiem nepieciešami daudzveidīgi pakalpojumi, īpaši bērniem ar invaliditāti vai specifiskām vajadzībām. Pakalpojumiem jābūt vienlīdz pieejamiem un jāņem vērā bērna, ģimenes un sabiedrības mijiedarbība, kā arī jānodrošina starpsektoru sadarbība un atbilstoša vide.
- ▶ **Papildu atbalsts un specializētie pakalpojumi:** Regulāro profilaktisko vizīšu laikā iespējams identificēt bērnus un ģimenes, kuriem nepieciešams papildu atbalsts, īpaši gadījumos, kad bērniem ir veselības vai attīstības traucējumi, garīgās veselības problēmas vai invaliditāte. Šāds atbalsts var ietvert biežākas vizītes, ilgtermiņa aprūpi, speciālistu konsultācijas, palīgīdzekļu nodrošināšanu vai mājas apmeklējumus.
- ▶ **Agrīna iejaukšanās un multidisciplinārs atbalsts:** Savlaicīga problēmu identificēšana ir būtiska, lai veicinātu atveseļošanos vai nodrošinātu optimālu funkcionēšanu gadījumos, kad pilnīga atveseļošanās nav iespējama. Bērniem ar

¹⁴ Ilgtermiņa aprūpes iestādes.

¹⁵ European Commission. (2024). *Commission Notice: Guidance on independent living and inclusion in the community of persons with disabilities in the context of EU funding* (C(2024) 7897 final). Brussels, Belgium. Pieejams: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/news/commission-adopts-guidance-independent-living-persons-disabilities-2024-11-20_en?prefLang=lv&etrans=lv

¹⁶ Labbūtība (wellbeing, well-being) ir cilvēka vai grupas garīgās un fiziskās veselības, sociālā un ekonomiskā stāvokļa raksturojums. Labbūtība ir cieši saistīta ar jēdzieniem “veselība” un “dzīves kvalitāte”. Labbūtību var definēt kā stāvokli, kad cilvēks var jēgpilni īstenot savus mērķus un baudīt viņa/viņas izpratnē apmierinošu dzīves kvalitāti. Tādējādi labbūtība ietver ne tikai sociālekonomiskos rādītājus, bet arī ētiskus ideālus/vērtības un ar tiem saistītas prakses. Labbūtība attiecas gan uz individuālo, gan uz kolektīvo izjūtu par dzīvi vai dzīves vērtējumu. (Sociālā darba vārdnīca, 221. lpp. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/23154/download?attachment>)

¹⁷ World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2023). *Improving the health and wellbeing of children and adolescents: Guidance on scheduled child and adolescent well-care visits*. Geneva: World Health Organization and UNICEF. Pieejams: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240085336>

attīstības traucējumiem vai hroniskām slimībām nepieciešams multidisciplinārs atbalsts, kas ietver gan novērtēšanu, gan sadarbību ar citiem dienestiem, lai nodrošinātu ģimenei visaptverošu palīdzību.

- ▶ **Holistiska pieeja veselības veicināšanai:** Lai uzlabotu bērnu veselību un labklājību, nepieciešams visaptverošs ģimenes, sabiedrības un institūciju atbalsts. Regulāras veselības pārbaudes palīdz identificēt individuālās vajadzības, un tās var papildināt ar digitālajām tehnoloģijām, piemēram, telemedicīnu, mobilajām lietotnēm un e-veselības rīkiem. Šie risinājumi veicina efektīvāku saziņu, nodrošina nepārtrauktu aprūpi un uzlabo veselības uzraudzību.
- ▶ **Iekļaujoša politika:** Veselību un labklājību veicinošai politikai jābūt vērstai uz problēmu apzināšanu un efektīvu risinājumu ieviešanu, lai nodrošinātu labāku pieejamību un iekļaušanu. Tā var ietvert likumdošanas iniciatīvas, finansiālus atbalsta mehānismus un organizatoriskas izmaiņas. Nepieciešama starpnozaru sadarbība un aktīva iesaistīšanās visos līmeņos – valsts, reģionālajā un vietējā. Pakalpojumiem jābūt pieejamiem visiem bērniem, pielāgojoties viņu individuālajām vajadzībām.

Lai nodrošinātu bērniem ar invaliditāti un viņu ģimenēm nepieciešamo atbalstu, dažādās valstīs tiek īstenota integrēta veselības un sociālās aprūpes pieeja, piemēram:

- ▶ Slovēnijā no 2019. gada 1. janvāra stājās spēkā Likums par integrētu agrīnu pirmsskolas vecuma bērnu ar īpašām vajadzībām aprūpi. Tas paredz agrīnu atbalstu bērniem ar īpašām vajadzībām un viņu ģimenēm, lai uzlabotu dzīves kvalitāti, nodrošinot individualizētas mācību programmas, speciālistu – speciālo pedagogu, logopēdu un psihologu – palīdzību, kā arī asistēšanu mobilitātes un pašaprūpes veikšanā.¹⁸
- ▶ Anglijā integrēta sociālās un veselības aprūpes sistēma bērnu labklājībai balstās uz fiziskās, mentālās un sociālās aprūpes apvienošanu, lai nodrošinātu visaptverošu atbalstu bērniem un viņu ģimenēm. Īpaši nozīmīga ir sadarbība starp veselības aprūpes un izglītības iestādēm, kas ļauj agrīni identificēt bērnu vajadzības un koordinēt speciālistu darbu. Šāda pieeja ne tikai uzlabo bērnu veselību un emocionālo labklājību, bet arī sekmē viņu izglītības iespējas un sociālo iekļaušanos.¹⁹

Novecojošā sabiedrībā pieaug pieprasījums pēc aprūpes, ko galvenokārt izraisa hronisku un ilgtermiņa slimību skaita pieaugums. Vecāka gadagājuma personām, lai saglabātu neatkarību, bieži ir dažādas un sarežģītas vajadzības veselības, labklājības, mājokļa, transporta un atbalsta jomās. Viņu vajadzības atšķiras atkarībā no veselības stāvokļa, dzīvesveida un personības, turklāt tās mainās dzīves gaitā. Pieaugot vecumam, vairāki veselības traucējumi rada nepieciešamību pēc plašākiem aprūpes un pakalpojumu veidiem. Tāpēc daudzās valstīs tiek veicināta uz personu centrēta integrēta aprūpe, lai uzlabotu personu dzīves kvalitāti.

PVO ir izstrādājusi vecāka gadagājuma personu integrētās aprūpes modeli, kas piedāvā nepārtrauktu atbalstu – no slimību profilakses līdz aprūpei. Tas ietver kopīgu lēmumu

¹⁸ Eurydice. (2024). *Special education needs provision within mainstream education*. Eiropas Komisija. Pieejams: [Special education needs provision within mainstream education](#)

¹⁹ Baxter, V., Speed, E., Ioakimidis, V., & Ross, M. (2023). *Lessons learnt while integrating services for children: Qualitative interviews with professional stakeholders*. BMC Health Services Research, 23(323). Pieejams: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09322-w>

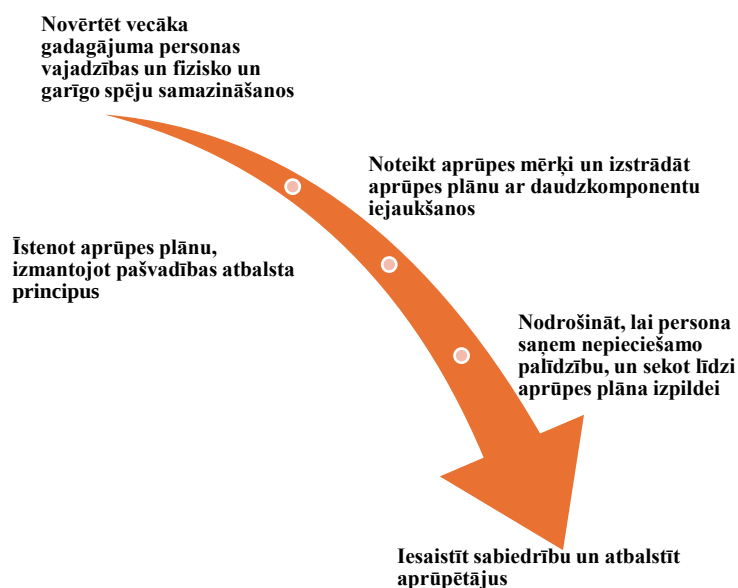
pieņemšanu, pašaprūpes veicināšanu, speciālistu komandu darbu un informācijas apmaiņu. Ieteikumi palīdz veselības aprūpes sniedzējiem atklāt un novērst vecāka gadagājuma personu fizisko un garīgo spēju samazināšanos, kā arī sniegt nepieciešamo atbalstu aprūpētājiem. Šie standarti var tikt izmantoti, lai izstrādātu nacionālās vadlīnijas un uzlabotu vecāka gadagājuma personu veselības aprūpi, iekļaujot to primārajās aprūpes programmās. ICOPE vadlīnijas un ieviešanas ceļvedis ir galvenie instrumenti, kas tika apstiprināti Pasaules Veselības asamblejā 2016. gadā, lai īstenotu PVO stratēģiju un rīcības plānu novecošanas un veselības jomā.²⁰

ICOPE integrācija notiek trīs līmeņos: politikas (makro), organizāciju (mezo) un klīniskā (mikro). Šī pieeja veicina veselības aprūpes pakalpojumu un sabiedrības savstarpēju sadarbību, lai uzturētu vecāka gadagājuma personu fiziskās un garīgās spējas, kā arī funkcionālās spējas.

Pieci soļi ICOPE ieteikumu ieviešanai integrētā veidā (skatīt 2.1. attēlu):

1. **Novērtēt vecāka gadagājuma personu vajadzības un fizisko un garīgo spēju samazināšanos:** Šis solis ietver personas veselības, funkcionālo spēju un sociālās vides rūpīgu izvērtēšanu. Tas nav tikai slimības vēstures un fiziskās pārbaudes veikšana, bet arī personas vērtību, prioritāšu un vēlmju noskaidrošana, lai labāk plānotu veselības aprūpi.
2. **Noteikt aprūpes mērķi un izstrādāt aprūpes plānu ar daudzkomponentu ieviešanu:** Pamatojoties uz novērtējumu, tiek noteikti kopīgi aprūpes mērķi un izveidots individuāli pielāgots aprūpes plāns. Šajā plānā iekļauj nepieciešamās darbības un risinājumus, kas atbilst konkrētām personas vajadzībām.
3. **Īstenot aprūpes plānu, izmantojot pašvaldības atbalsta principus:** Tiek nodrošināti resursi un zināšanas, kas palīdz personai aktīvi rūpēties par savu veselību. Tas ietver palīdzību uztura uzlabošanā, fizisko aktivitāšu veicināšanā un ārstēšanas plāna ievērošanā.
4. **Nodrošināt, lai persona saņem nepieciešamo palīdzību, un sekot līdzi aprūpes plāna izpildei:** Regulāri jāsadarbojas un jāpārbauda, vai viss norit kā plānots, lai laikus pamanītu problēmas vai izmaiņas un sniegtu papildu palīdzību, ja vajadzīgs.
5. **Iesaistīt sabiedrību un atbalstīt aprūpētājus:** Šis solis aicina iesaistīties gan aprūpētājus, gan sabiedrību, lai palīdzētu vecāka gadagājuma personām. Aprūpētāji saņem zināšanas, prasmes un emocionālu atbalstu, bet sabiedrībai tiek piedāvāts veidot palīdzības tīklus, piemēram, brīvprātīgo programmas.

²⁰ World Health Organization. (2017). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Geneva: World Health Organization. Pieejams: <https://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.



2.1. attēls. ICOPE nodrošināšana integrētā veidā.

Paaugstinoties dzīves līmenim OECD valstīs, pieaug pieprasījums pēc ilgtermiņa aprūpes pakalpojumiem, piemēram, aprūpes vietas izvēles, pakalpojumu pieejamības un finansēšanas risinājumiem. Veselības sistēmām jābūt gatavām, ka personas vēlas vairāk iesaistīties aprūpes organizēšanā un saņemt vairāk informācijas par pakalpojumiem. Šīm izmaiņām jābalstās uz drošību, veidojot jaunus pakalpojumu modeļus. Ilgtermiņa aprūpē ārstēšana tiek apvienota ar ikdienas dzīves nodrošināšanu, paplašinot tradicionālās medicīnas jomas robežas.²¹

OECD valstīs atzīst aprūpes koordinēšanu starp veselības un sociālās aprūpes darbiniekiem par galveno prioritāti ilgtermiņa aprūpes politikā. Apmēram trešdaļa valstu ir ieviesušas pasākumus, lai uzlabotu pakalpojumu koordināciju un veicinātu integrētāku aprūpi. Šīs politikas galvenokārt fokusējas uz veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu integrāciju. Papildu uzmanība tiek pievērsta iniciatīvām, kas stiprina sadarbību starp formālajiem aprūpētājiem (profesionāļiem) un neformālajiem aprūpētājiem, piemēram, ģimenes locekļiem, draugiem un brīvprātīgajiem, kuri ir svarīga aprūpes sistēmas daļa. Vienlaikus daudzās valstīs pastāv šķēršļi, kas apgrūtina darbinieku spēju sniegt saskaņotus aprūpes pakalpojumus. Ilgtermiņa aprūpes finansējums bieži ir sadrumstalots, un, ja tas nāk no dažādām institūcijām, rodas izmaksu pārlikšana, nevis vienota aprūpes nodrošināšana. Turklāt stingri noteikumi var traucēt darbiniekiem sniegt pakalpojumus efektīvi un ierobežo viņu iespējas veikt vai uzticēt uzdevumus kolēģiem.²²

²¹ de Bienassis, K., Llana-Nozal, A., & Klazinga, N. S. (2020). The Economics of Patient Safety Part III: Long-Term Care: Valuing Safety for the Long Haul (OECD Health Working Papers No. 121), lpp. 22-23. Organisation for Economic Co-operation and Development.

Pieejams: <https://doi.org/10.1787/be07475c-en>

²² OECD. (2020). Who Cares? Attracting and retaining care workers for the elderly. OECD Health Policy Studies, pp. 132-134. OECD Pieejams: <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>

Nepietiekama speciālistu sadarbība un ierobežotas aprūpes iespējas vecāka gadagājuma personām, īpaši tām, kas pārsniegušas 65 gadu vecumu, bieži izraisa nevajadzīgas hospitalizācijas, ilgāku uzturēšanos slimnīcā un atkārtotus uzņemšanas gadījumus. Šī personu grupa veido nozīmīgu daļu no akūtās aprūpes saņēmējiem un slimnīcās uzturas ilgāk nekā jaunākas personas. Grūtības pārejā no slimnīcas uz citiem aprūpes veidiem un nepietiekams atbalsts negatīvi ietekmē viņu veselību, palielinot apjukuma epizodes, infekciju rašanās risku un mirstību. Uzlabojumi aprūpē mājās vai efektīvāka aprūpe slimnīcā var būtiski veicināt viņu veselības saglabāšanu.²³

Sociālās aprūpes un veselības aprūpes savstarpējā saistība pēdējās desmitgadēs ir kļuvusi nozīmīgāka, jo medicīnas sasniegumi ir pagarinājuši cilvēku dzīves ilgumu. Ilgtermiņa aprūpe arvien biežāk ietver sarežģītu aprūpi, kas agrāk bija pieejama tikai slimnīcās. Taču biežā pārvietošanās starp slimnīcām un aprūpes iestādēm var radīt drošības riskus un nevēlamas sekas pārejas procesā. Personām ar ilgtermiņa aprūpes nepieciešamību, kuras tiek nogādātas slimnīcā, ir augstāks risks piedzīvot ar veselības aprūpi saistītus sarežģījumus, medikamentu kļūdas, apziņas traucējumus, apjukumu vai nevajadzīgas medicīniskās procedūras. Pētījums Austrālijā atklāja, ka 80% aprūpes iestāžu iemītnieku, kas tika pārvietoti uz neatliekamo aprūpi, piedzīvoja potenciāli invazīvas iejaukšanās, un 34% nomira slimnīcā. Papildu pētījumi rāda, ka 31% pārvietošanas gadījumu bija potenciāli novēršami.²⁴

Sarežģījumi ilgtermiņa aprūpes sistēmā bieži izraisa personu atkārtotu hospitalizāciju. Pārejas periods no slimnīcas uz aprūpes iestādi ir īpaši kritisks nelabvēlīgu notikumu riskam. ASV veiktais pētījums atklāja, ka gandrīz 40% personu, kuras tika izrakstītas no slimnīcas un atgriezās aprūpes iestādē, 45 dienu laikā pēc izrakstīšanas piedzīvoja nelabvēlīgu notikumu.²⁵

Ilgtermiņa aprūpe galvenokārt atbalsta personas ar fiziskiem vai garīgiem ierobežojumiem, kurām ir grūtības veikt ikdienas aktivitātes, piemēram, ēst, mazgāties, ģērbties vai pārvaldīt finanses. Atšķirībā no citiem aprūpes veidiem, tā vairāk koncentrējas uz funkcionālo problēmu risināšanu, nevis slimību ārstēšanu. Lai gan daudzi ilgtermiņa aprūpes saņēmēji nav smagi slimī, viņi bieži izmanto daudz veselības aprūpes pakalpojumu. Šāda aprūpe bieži pārklājas ar citiem pakalpojumiem, piemēram, garīgās veselības aprūpi, personu ar invaliditāti atbalstu un rehabilitāciju.²⁶

Personu drošības problēmas bieži rada lielākas izmaksas nekā profilakses un riska vadības pasākumi. Zemas kvalitātes aprūpe var izraisīt nevēlamus gadījumus, piemēram, nevajadzīgas hospitalizācijas, kas palielina kopējās izmaksas. Lai gan profilakse prasa ieguldījumus, tādu problēmu kā kritienu, infekciju vai izgulējumu novēršana parasti ir salīdzinoši lēta. Savukārt kvalificēta personāla nodrošināšana, kas ir būtiska aprūpes kvalitātes uzlabošanai, prasa lielākus finansiālus resursus.²⁷

²³ OECD. (2020). Who Cares? Attracting and retaining care workers for the elderly. OECD Health Policy Studies, pp. 134-142. OECD Pieejams: <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>

²⁴ de Bienassis, K., Llana-Nozal, A., & Klazinga, N. S. (2020). The Economics of Patient Safety Part III: Long-Term Care: Valuing Safety for the Long Haul (OECD Health Working Papers No. 121), pp. 24-26. Organisation for Economic Co-operation and Development. Pieejams: <https://doi.org/10.1787/be07475c-en>

²⁵ Turpat, lpp. 24-26.

²⁶ Turpat, lpp. 24-26.

²⁷ Turpat, lpp. 26-30.

Ilgtermiņa aprūpe jāizvērtē ciešā saistībā ar veselības aprūpes sistēmu. Sociālo pakalpojumu pieejamība vai trūkums ievērojami ietekmē veselības aprūpes sistēmas noslodzi un personu veselības iznākumus. Problēmas ilgtermiņa aprūpē palielina slodzi visai veselības aprūpes sistēmai, kā arī rada papildu izdevumus neatliekamajai palīdzībai, akūtās aprūpes uzsākšanai un rehabilitācijas procesam pirms personu atgriešanās mājās.²⁸

Ilgtermiņa aprūpes drošība jāvērtē plašākā veselības aprūpes sistēmas kontekstā, sasaistot tās izmaksas ar akūtās un sociālās aprūpes izdevumiem. Tā kā ilgtermiņa aprūpe ir cieši saistīta ar citām aprūpes sistēmām, tās drošība ir atkarīga no efektīvas pakalpojumu sadarbības un savstarpējās ietekmes. Sociālo pakalpojumu pieejamība vai trūkums būtiski ietekmē sistēmas noslodzi, personu veselības rezultātus un aprūpes drošību. Problēmas ilgtermiņa aprūpē rada papildu slodzi visai veselības aprūpes sistēmai, palielinot izmaksas, kas saistītas ar neatliekamo palīdzību, akūtās uzsākšanas gadījumiem un rehabilitāciju pirms personu atgriešanās mājās.

Neraugoties uz to, ka personu drošībai slimnīcās tiek pievērsta liela uzmanība, aptuveni 50% no visiem veselības riskiem personām rodas primārajā un ambulatorajā aprūpē. Problēmu novēršana ārpus slimnīcas, tostarp primārajā, ambulatorajā un ilgtermiņa aprūpē, kļūst arvien svarīgāka sabiedrības novecošanas apstākļos.²⁹

Vecāka gadagājuma personām aprūpe, īpaši aprūpes iestādēs, prasa arvien augstākas kvalifikācijas, jo aprūpes vajadzības kļūst sarežģītākas. Taču bieži vien darbiniekiem trūkst nepieciešamo prasmju. Visbiežākie trūkumi saistīti ar nepietiekamām zināšanām par geriatriskiem stāvokļiem, piemēram, demenci, drošības nodrošināšanu aprūpes procesā, stresa vadību, efektīvu komunikāciju ar personām un viņu ģimenēm, kā arī jaunāko tehnoloģiju lietošanu.³⁰

Politikas veidotāji arvien vairāk cenšas uzlabot sadarbību starp sociālo aprūpi un veselības aprūpi. Aptuveni trešdaļa OECD valstu norāda, ka ilgtermiņa aprūpes koordinācija ir būtisks izaicinājums. Vecāka gadagājuma personām nepieciešami organizēti un pieejami pakalpojumi, taču hroniskas slimības bieži prasa vairāku pakalpojumu sniedzēju iesaisti, kas sadrumstalotās sistēmās ir grūti īstenojama. Tādēļ valstis izstrādā integrētus veselības aprūpes un sociālās aprūpes risinājumus.³¹

1. Vecāka gadagājuma personu veselības uzlabošanai svarīgi ir pilnveidot slimnīcas pieredzi un izrakstīšanas procesu, piedāvājot **mobilos veselības aprūpes pakalpojumus mājās**, kas sniedz slimnīcas līmeņa aprūpi, izvairoties no hospitalizācijas vai saīsinot tās ilgumu. Šie pakalpojumi ietver medicīnisko palīdzību, hronisku slimību aprūpi, paliatīvo aprūpi un rehabilitāciju, pielāgojoties personu vajadzībām. Piemēram:

²⁸ de Bienassis, K., Llana-Nozal, A., & Klazinga, N. S. (2020). The Economics of Patient Safety Part III: Long-Term Care: Valuing Safety for the Long Haul (OECD Health Working Papers No. 121), lpp. 26-30. Organisation for Economic Co-operation and Development. Pieejams: <https://doi.org/10.1787/be07475c-en>

²⁹ Turpat, lpp. 26-30.

³⁰ Turpat, lpp. 47-57.

³¹ OECD. (2020). Who Cares? Attracting and retaining care workers for the elderly. OECD Health Policy Studies, lpp. 134-153. OECD Pieejams: <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>

- ▶ Kanādā mājas aprūpe nodrošina sarežģītas procedūras, piemēram, intravenozo terapiju un dialīzi, kas aizstāj veselības aprūpi slimnīcā.
 - ▶ Austrālijā veselības aprūpe mājās ir guvusi ievērojamu politisko atbalstu, un likumdošana ir pielāgota, lai padarītu šos pakalpojumus pieejamus arī vecāka gadagājuma personām ar privāto apdrošināšanu.
 - ▶ Apvienotajā Karalistē šie pakalpojumi ir dažādi un atšķiras atkarībā no mērķa (agrīna izrakstīšana vai hospitalizācijas novēršana), personas stāvokļa, klīniskās atbildības (slimnīcas speciālists vai ģimenes ārsts) un sociālo pakalpojumu pieejamības, kas prasa ciešu sadarbību starp veselības un sociālās aprūpes speciālistiem.
 - ▶ Portugālē pirms personas izrakstīšanas sociālais darbinieks novērtē mājas apstākļus un aprūpētāja pieejamību, savukārt slimnīcas komanda sagatavo novērtējumu un nodrošina diennakts atbalsta kontaktus. Pēc izrakstīšanas personu apmeklē māsa, nākamajā dienā – ārsts, un turpmāko aprūpi mājās koordinē primārās aprūpes centra māsas un aprūpētāji sadarbībā ar slimnīcu.
2. **Geriatrijas zināšanas** palīdz novērst vecāka gadagājuma personu veselības pasliktināšanos:
- ▶ **Slimnīcās** tiek pielāgotas nodaļas un pakalpojumi, kur māsas ir apmācītas geriatrijas slimību un blakusslimību aprūpē. Aprūpes komandas sastāvā, papildu ārstiem, pēc vajadzības tiek iekļautas geriatrijas māsas, sociālie darbinieki, fizioterapeiti un farmaceiti.
 - ▶ **Pārejas aprūpes māsa** pārvalda vecāka gadagājuma personu aprūpi akūtu slimību laikā, lai novērstu veselības pasliktināšanos un samazinātu hospitalizāciju biežumu. Personas tiek izvērtētas 24-48 stundu laikā, un, ja nepieciešams, tiek nodrošināta individualizēta aprūpe, kas ietver mājas apmeklējumus, pirmreizējās ārsta vizītes un aprūpes nepārtrauktību. Pētījumi liecina, ka šie pakalpojumi ievērojami samazina atkārtotu hospitalizāciju, neatliekamās palīdzības apmeklējumu skaitu un veselības aprūpes izmaksas.
 - ▶ Atkārtotu hospitalizāciju novēršanai būtiska ir piemērota **aprūpe mājās un starpposma aprūpes pakalpojumi**. Vecāka gadagājuma personām ar sarežģītām vajadzībām bieži nepieciešams papildu atbalsts, ko primārās aprūpes ārsti nespēj pilnībā nodrošināt.
3. **Profesionāļu sadarbība:**
- ▶ Koordinēta aprūpe, piemēram, Kvebekas programmas "PRISMA" modelis, kur gadījuma vadītājs – māsa vai sociālais darbinieks – sadarbojas ar ārstiem un speciālistiem, palīdz samazināt funkcionālo spēju pasliktināšanos, atkārtotas hospitalizācijas un ilgtermiņa aprūpes nepieciešamību.
 - ▶ Geriatrijas ārsti un māsas ir būtiski vecāka gadagājuma cilvēku aprūpes koordinācijā, palīdzot uzlabot viņu veselību un mazināt kritienu un hospitalizāciju skaitu. Piemēram, Nīderlandē, ASV un Anglijā speciāli apmācītas māsas nodrošina mērķtiecīgu atbalstu un profilaksi.
4. **Starpposma aprūpes** jeb īslaicīgās aprūpes pakalpojumu palielināšana samazina ilgtermiņa aprūpes nepieciešamību un atkārtotu hospitalizāciju:
- ▶ Starpposma aprūpe vecāka gadagājuma personām ar veselības problēmām piedāvā alternatīvu hospitalizācijai, nodrošinot atbalstu un rehabilitāciju, kas samazina nepieciešamību pēc ilgtermiņa aprūpes un hospitalizācijas. Norvēģijas pieredze rāda, ka tā rezultātā ir samazinājies pieprasījums pēc aprūpes iestādēm un aprūpes mājās.
 - ▶ Starpposma aprūpes gultu skaita palielināšanai nepieciešams daudzveidīgs personāls ar prasmēm atveseļošanās veicināšanā un hronisku slimību

pārvaldībā. Portugālē Nacionālais integrētās ilgtermiņa aprūpes tīkls apvieno veselības un sociālos pakalpojumus, piedāvājot intensīvu aprūpi (līdz 30 dienām), vidēja termiņa aprūpi (līdz 90 dienām) un ilgstošu aprūpi (virs 90 dienām).

5. Ar **gadījuma vadītāju iesaisti** tiek atviegloti administratīvie procesi, nodrošināta labāka vajadzību koordinācija, sekmēta aprūpe mājās un samazināta gan hospitalizācija, gan ilgstošas aprūpes nepieciešamība līdz pat 50%:
 - ▶ Austrijā aprūpētāji var saņemt palīdzību vietējos atbalsta centros, kas sadarbojas ar aprūpes māsām, lai izvērtētu personu vajadzības un ieteiktu piemērotus pakalpojumus, tādējādi mazinot plaisu starp veselības un sociālo aprūpi un atbalstot ikdienas jautājumu risināšanā.
 - ▶ Japānā ir izveidota licencēta ilgtermiņa aprūpes vadītāju profesija, kuras pārstāvji koordinē aprūpi vecāka gadagājuma personām ar sarežģītām vajadzībām un darbojas kā pirmais kontaktpunkts personām un viņu ģimenēm.
 - ▶ Nīderlandē gadījuma vadītāji atbalsta personas ar sarežģītām aprūpes vajadzībām, īpaši personas ar demenci, sniedzot konsultācijas, nosakot vajadzības, koordinējot aprūpi, sniedzot informāciju un emocionālo atbalstu.
 - ▶ Vācijā māsas koordinē vecāka gadagājuma personu aprūpi mājās, saņemot papildu apmācību saziņā, konfliktu risināšanā un starpprofesionālajā sadarbībā, lai novērtētu vajadzības, uzraudzītu stāvokli un veicinātu sadarbību ar citiem speciālistiem, piemēram, farmaceitiem.
6. **Multidisciplinārās komandas** ilgtermiņa aprūpē veicina autonomiju un rehabilitāciju, palīdzot personām ilgāk uzturēties mājās. Šādas komandas samazina ikdienas aktivitāšu grūtības, uzlabo pašpārvaldību, samazina kritienu risku, uzlabo sociālās aktivitātes un palielina personu apmierinātību ar aprūpi.
7. **Starpprofesionālās komandas** nodrošina kompleksu aprūpi. Piemēram, ASV starpprofesionālās komandas ir veiksmīgi integrētas primārajā aprūpē, lai rūpētos par vecāka gadagājuma personām ar sarežģītām vajadzībām. Šādās komandās darbojas primārās aprūpes ārsti, specializētas māsas, dietologi, logopēdi, sociālie darbinieki un dažkārt sabiedrības veselības darbinieki, kā arī geriatrijas un paliatīvās aprūpes speciālisti, kuri pielāgo vidi personu vajadzībām.
8. **Neformālie aprūpētāji** ir būtiska ilgtermiņa aprūpes daļa, un OECD valstīs aprūpi nodrošina gan profesionālie, gan neformālie aprūpētāji. Darbinieku trūkuma apstākļos cieša sadarbība starp šīm grupām kļūst īpaši nozīmīga.
 - ▶ Koordinācija starp formālajiem un neformālajiem aprūpētājiem joprojām ir zemas prioritātes jautājums, un tikai 45% OECD valstu ir ieviesušas politikas, kas veicina šo sadarbību.
 - ▶ Formālā un neformālā aprūpe var gan papildināt, gan aizstāt viena otru, atkarībā no valsts un formālās aprūpes pieejamības. ASV apmaksāta aprūpe mājās bieži tiek nodrošināta personām, kuras jau saņem neformālo aprūpi no pieaugušajiem bērniem. Savukārt Eiropā neformālā aprūpe bieži aizstāj formālo aprūpi, īpaši valstīs, kur formālā aprūpe ir ierobežota.

3. Mijiedarbības novērtēšana starp ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumiem

Ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes mijiedarbība ir būtisks faktors, kas ietekmē sabiedrības veselību un dzīves kvalitāti. Pieaugot dzīves ilgumam un līdz ar to arī hronisko slimību un FT izplatībai, arvien vairāk personu, īpaši vecāka gadagājuma cilvēki un personas ar invaliditāti, saskaras ar sarežģītiem dzīves izaicinājumiem. Šīm grupām bieži vien ir nepieciešams holistisks atbalsts, kas apvieno medicīnisko aprūpi ar sociālajiem pakalpojumiem, psiholoģisku atbalstu un palīdzību ikdienas dzīves organizēšanā. Šādas mijiedarbības nozīme ir īpaši svarīga situācijās, kad nepieciešama ne tikai ārstniecība, bet arī ilgstoša aprūpe, piemēram, pēc izrakstīšanas no slimnīcas vai hronisku slimību saasinājumiem. Holistiska pieeja, kas aptver gan medicīniskos, gan sociālos aspektus, ir būtiska, lai novērstu plaisas starp abām sistēmām, radot vienotus un pielāgotus risinājumus, kas atbilst katras personas vajadzībām un dzīves apstākļiem.

Interviju dalībnieku viedokļi norāda uz būtiskiem trūkumiem ISA un veselības aprūpes pakalpojumu mijiedarbībā, īpaši attiecībā uz nepārtrauktību, resursu pieejamību un koordināciju starp sistēmām (Pielikuma 1.4. nodaļa):

- ▶ **Sociālo dienestu viedoklis** – Sociālo dienestu un veselības aprūpes iestāžu sadarbība ir būtiska, lai nodrošinātu nepieciešamo atbalstu iedzīvotājiem. SAC piedāvā pastāvīgu aprūpi, kas aptver arī veselības vajadzības: *"SAC mijiedarbība ar veselības aprūpes pakalpojumiem atšķiras, jo šajās institūcijās cilvēki dzīvo pastāvīgi, un personāls ikdienā rūpējas arī par viņu veselības vajadzībām."* Problēmas rada pāreja starp slimnīcu un sociālo aprūpi, kad personas pēkšņi tiek izrakstītas no slimnīcas, radot grūtības ģimenēm: *"Ģimenes tam nav gatavas – nepieciešams laiks, lai atrastu aprūpētāju, sakārtotu vidi un iegādātos speciālo gultu, medicīniskos palīg līdzekļus un visu pārējo."*
- ▶ **Pakalpojumu sniedzēju viedoklis** – aprūpes iestāde³² nodrošina medicīnisko aprūpi uz vietas, mazinot hospitalizācijas nepieciešamību: *"Mēs veicam aprūpi un dažādas medicīniskās manipulācijas uz vietas, kas ir ievērojami lētāk nekā klienta uzturēšana slimnīcā."* Piekļuve valsts apmaksātiem izmeklējumiem ir ierobežota, īpaši vecāka gadagājuma cilvēkiem, kuri nereti gaida pārāk ilgi: *"Uz valsts apmaksātiem izmeklējumiem jāgaida pusgadu, bet nereti pēc šī laika pakalpojumu saņemšana vairs nav aktuāla, jo nav vairs kam sniegt."* Mijiedarbība starp sociālo un veselības aprūpi ir nepietiekama visās mērķgrupās. *"Es nevarētu teikt, ka kādā no šīm grupām būtu izcila sadarbība, ar ko lepoties."* Privātais pakalpojumu sniedzējs sadarbojas ar mediķiem un ģimenes ārstiem, lai savlaicīgi diagnosticētu un novērstu veselības problēmas, izvairoties no hospitalizācijas, kas vecāka gadagājuma cilvēkiem var būt traumējoša, un piedāvā plašu speciālistu klāstu pakalpojumu kvalitātes uzlabošanai.
- ▶ **Veselības aprūpes speciālistu viedoklis** – veselības aprūpes pakalpojumi mājās kļūst arvien pieejamāki, piedāvājot palīdzību klientiem ar nopietnām vajadzībām: *"Pakalpojumi ietver brūču ārstēšanu, mākslīgās ventilācijas atbalstu un citas nepieciešamās procedūras."* Tomēr resursu trūkums un vāja mijiedarbība ar sociālo

³² Pašvaldības SAC.

aprūpi, īpaši pensijas vecuma cilvēkiem, pasliktina pakalpojumu efektivitāti: *"Garīgās veselības problēmas bieži pasliktina sistēmas efektivitāti šajā vecuma grupā."*

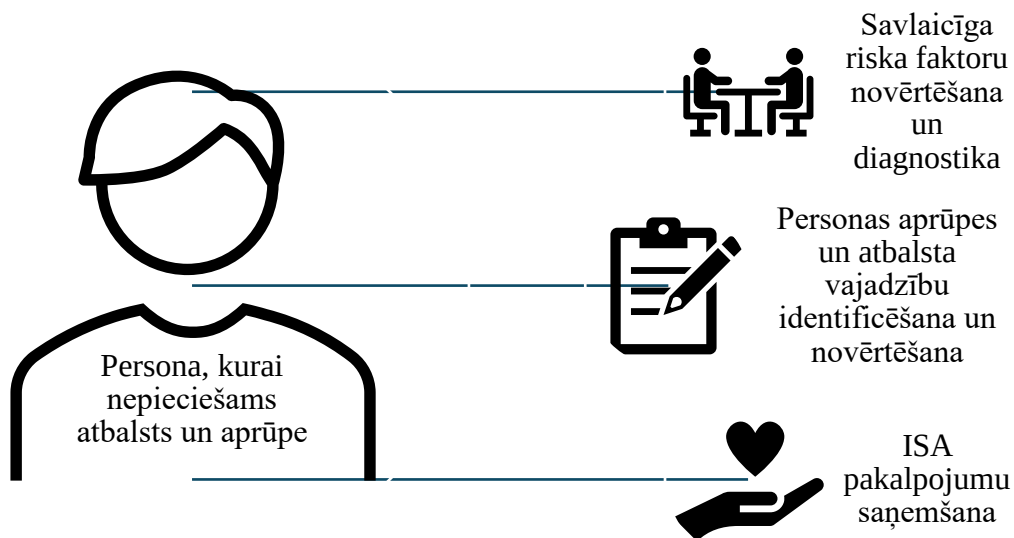
- ▶ **NVO viedoklis** – tuvinieki, kas aprūpē ģimenes locekļus, bieži vien nevar pilnvērtīgi izmantot pašvaldības piedāvāto atbalstu: *"Praksē ir gadījumi, kad šādu iespēju nav izdevies realizēt."* Īpašas problēmas rodas personām ar smagiem FT, kuriem mijiedarbība ar sistēmu ir nepietiekama: *"Viņiem nepieciešams daudz vairāk atbalsta nekā pārējiem."* Līdz 18 gadu vecumam pakalpojumi ir pieejami, taču pēc tam *"lielais pārrāvums notiek, kad tuvinieki nezina, ko darīt un kur vērsties,"* jo bērniem paredzētie pakalpojumi pieaugušajiem vairs netiek nodrošināti.

Mūsdienās, kad medicīnas inovācijas un profilakses skrīningi veicina dzīves ilguma pieaugumu, kļūst arvien svarīgāk pielāgot veselības un sociālo aprūpi jauniem izaicinājumiem. „Pacientiem, dzīvojot ilgāk, rodas nepieciešamība pēc īpaši pielāgotas veselības aprūpes, kas ņem vērā viņu vecumu un specifiskās vajadzības.” Vecākiem pacientiem bieži nepieciešama ne tikai rutīnas aprūpe, bet arī individuāla pieeja, kas aptver gan fiziskos, gan emocionālos aspektus. „Klientam jau nav tikai veselības vajadzības, viņam ir sociālās vajadzības, viņam ir arī materiālas vajadzības un vēl citas vajadzības.” Resursu trūkums, īpaši laukos, kur *"pieprasījums pēc pakalpojumiem pārsniedz piedāvājumu,"* bieži noved pie krīzes situācijām. Nepietiekama sadarbība starp slimnīcām un SAC rada plaisas sistēmā: *"Klients tiek 'mētāts' starp SAC un slimnīcām, jo trūkst sinerģijas starp šīm sistēmām."* Tomēr savlaicīga palīdzība uzlabo dzīves kvalitāti un samazina izmaksas: *"Jo savlaicīgāk tiek nodrošināts nepieciešamais atbalsts, jo lētāk tas izmaksā."* Lai gan ir pozitīvas pašvaldību iniciatīvas, kopumā pieeja pakalpojumiem ir ierobežota, kur ģimenes bieži vien uzņemas galveno aprūpes slogu: *"Tieši viņiem rodas problēmas, jo, ja jāaprūpē tuvinieks, viņi bieži vien nevar pilnvērtīgi strādāt."* (Pielikuma 2.3. nodaļa.)

Intervijās izskanēja viedoklis, ka Latvijā dominē profesionāļu modelis, kur lēmumi par personu bieži tiek pieņemti bez viņa līdzdalības. *"Lai veidotu efektīvāku aprūpes sistēmu, svarīgi ir iesaistīt ne tikai klienta tuviniekus, bet arī pašu klientu"*. Risinājumam nepieciešama koordinēta pieeja, iesaistot klientus, viņu ģimenes locekļus un profesionāļus kopīgā plānošanā. Tas ļautu *"redzēt klientu kā cilvēku, ne tikai objektu"*. Vienlaikus būtu jārada informatīvi materiāli, kas palīdzētu cilvēkiem izprast pieejamos resursus un atbalsta iespējas. *"Nepieciešami informatīvi materiāli, piemēram, brošūras, lai skaidrotu, kur un kā saņemt palīdzību veselības aprūpes un sociālās aprūpes jautājumos."* (Pielikuma 1.4. nodaļa.)

Izvērtējuma eksperti analizēja ISA un veselības aprūpes pakalpojumu mijiedarbību Latvijā, strukturējot analīzi **trīs galvenajos virzienos**, kas orientēti uz personu vajadzībām (skatīt 3.1. attēlu):

- ▶ Savlaicīga riska faktoru novērtēšana un diagnostika.
- ▶ Personas aprūpes un atbalsta vajadzību identificēšana un novērtēšana.
- ▶ ISA pakalpojumu saņemšana.



3.1. attēls. ISA pakalpojumu un veselības aprūpes pakalpojumu mijiedarbības virzieni

Pirmais virziens – savlaicīga riska faktoru novērtēšana un identificēšana

Riska faktoru savlaicīga izvērtēšana un diagnostika ir vērsta uz problēmu agrīnu noteikšanu un novēršanu. Tas ietver regulāras veselības pārbaudes, diagnostikas procedūras un profilaktisku pieeju, lai atklātu hroniskas slimības, FT un citus faktorus, kas var ietekmēt personas dzīves kvalitāti. Agrīna diagnostika ne tikai uzlabo ārstēšanas efektivitāti, bet arī samazina ilgtermiņa slodzi veselības aprūpes un sociālās aprūpes sistēmām.

Interviju dalībnieki no veselības aprūpes sektora izteica viedokli, ka sabiedrības izglītošana ir svarīgs elements, lai savlaicīgi atklātu un risinātu problēmas. Daudzos gadījumos ģimenes atklāj nopietnas slimības, piemēram, Alcheimera slimību, tikai smagās stadijās. Lai to novērstu, noderīgas būtu izglītojošas kampaņas, kas palīdzētu atpazīt slimības agrīnās pazīmes. Papildu uzmanība būtu jāpievērš aprūpes kritēriju precizēšanai, iekļaujot gan diagnozi, gan ikdienas aktivitāšu spējas kā nozīmīgus faktorus. Vienlaikus aprūpes kvalitāti ietekmē gan finansiāli ierobežojumi, gan plānošanas trūkums. Senioru skaits pieaug, taču *"kvalitatīvāka aprūpe ir dārga, un bieži vien arī tās kvalitāte nav pietiekama"*. Bieži netiek savlaicīgi plānota hronisku slimību, piemēram, Parkinsona slimības, aprūpe, kas vēlāk izraisa nopietnas problēmas. Kā norādīts, *"agrīna plānošana varētu novērst problēmas vēlāk, taču bieži pacienti un piederīgie to atliek, radot sarežģījumus nākotnē"*. Nepietiekama uzmanība tiek pievērsta arī lemtspējas jautājumiem, jo *"psihiatra iesaiste bieži vien ir novēlota, kas kavē palīdzības sniegšanu un rada nesakārtotību visā procesā"*. (Pielikuma 1.4. nodaļa.)

Izvērtējuma eksperti konstatēja, ka daļa pašvaldību ir iekļāvušas veselības aprūpes komponenti sociālo dienestu struktūrā (skatīt tabulu 3.1.).

Tabula 3.1. Piemēri par veselības aprūpes komponentes iekļaušanu pašvaldības sociālā dienesta struktūrā

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
Valmieras novada Sociālo lietu pārvalde	Valmieras novada Sociālo lietu pārvaldes³³ struktūrā ir iekļauta Veselības aprūpes nodaļa, kurā strādā nodaļas vadītājs, ārsta palīgi un speciālists veselības veicināšanas jautājumos. Veselības aprūpes nodaļas funkcijas ietver: ▶ sociālās vides izpēti, problēmu diagnosticēšanu, veselības aprūpes un veselības veicināšanas attīstības koncepciju izstrādāšanu un piedalīšanos pašvaldības attīstības plānu izstrādē; ▶ veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanu novada iedzīvotājiem; ▶ iedzīvotāju veselības veicināšanu un slimību profilaksi; ▶ datu apkopošanu un analīzi par veselības aprūpes un veselības veicināšanas pakalpojumu pieprasījumu, tam nepieciešamā finansējuma plānošanu; ▶ iedzīvotāju informēšanu par veselības aprūpes un veselības veicināšanas pakalpojumu pieejamību; ▶ līdzdarbību ES un citu finanšu instrumentu finansējuma piesaistē un apguvē; ▶ bērnu tiesību aizsardzību; ▶ veselības aprūpes pakalpojumu deleģēšanas nepieciešamības izvērtēšanu un deleģēto funkciju uzraudzību. Lai nodrošinātu minēto funkciju izpildi, Veselības aprūpes nodaļa veic šādus uzdevumus:³⁴ ▶ sadarbībā ar ģimenes ārstu praksēm, nodrošina primārās veselības aprūpes pieejamību attālās pašvaldības teritorijās mazaizsargātām iedzīvotāju grupām; ▶ ārsta palīgiem (feldšeriem) nodrošina mājas vizītes pie klientiem, kuriem nepieciešama aprūpe mājās, kā arī pie bērniem līdz 18 gadiem, I grupas invalīdiem, personām, kas vecākas par 80 gadiem, personām, kurām nepieciešama paliatīvā aprūpe; ▶ nodrošina ar veselības aprūpi saistītas konsultācijas ģimenēm, kurās ir bērna attīstībai nelabvēlīgi apstākļi, audžuģimenēm, aizbildņiem, personām, kuras aprūpē kādu no ģimenes locekļiem, invalīdiem, pensijas vecuma personām, personām ar GRT un citām personu grupām, kurām tas nepieciešams;

³³ Valmieras novada Sociālo lietu pārvaldes tīmekļvietnē pieejamā informācija.

Pieejams: <https://www.valmierasnovads.lv/pasvaldiba/par-pasvaldibu/kontakti/socialo-lietu-parvalde/>

³⁴ Valmieras novada pašvaldības Sociālo lietu pārvaldes struktūrvienības Veselības aprūpes nodaļa nolikums. Pieejams: <https://www.valmierasnovads.lv/pasvaldiba/par-pasvaldibu/kontakti/socialo-lietu-parvalde/>

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
	▶ nepieciešamības gadījumā veic ģimenes ārsta vai citas ārstniecības personas noteiktās procedūras ārstniecības iestādē vai mājas apstākļos; ▶ veic klientu un viņu piederīgo izglītošanu veselības veicināšanas un veselības aprūpes jautājumos; ▶ sniedz informāciju par profilaktisko potēšanu; ▶ sadarbībā ar ģimenes ārstu praksēm rūpējas par vakcinācijas procesa īstenošanu; ▶ veic riska grupu, kā arī vides ietekmi uz veselību, izvērtēšanu un novērošanu; ▶ nodrošina medicīniskās uzskaites dokumentu uzglabāšanu atbilstoši normatīvo aktu prasībām; ▶ administrē pašvaldības budžeta līdzekļus, kas novirzīti veselības veicināšanas, primārās veselības aprūpes nodrošināšanai un citu Veselības aprūpes nodaļai deleģēto funkciju veikšanai; ▶ apzina pašvaldības iedzīvotāju vajadzības pēc primārās veselības aprūpes un veselības veicināšanas, analizē un prognozē nepieciešamo pakalpojumu veidus un apjomus; ▶ informē sabiedrību par Veselības aprūpes nodaļas funkcijām un uzdevumiem, nodrošina informācijas pieejamību par primārās veselības aprūpes pakalpojumiem, veselības veicināšanas un sabiedrības integrācijas iespējām.
Rīgas valstspilsētas pašvaldības Labklājības departaments	Rīgas valstspilsētas pašvaldības Labklājības departamenta struktūrā ir iekļauta Veselības pārvalde, kurā ir divas nodaļas:³⁵ ▶ Veselības aprūpes pieejamības uzraudzības nodaļa; ▶ Sabiedrības veselības veicināšanas un profilakses nodaļa. Veselības aprūpes pieejamības uzraudzības nodaļas funkcijas ietver:³⁶ ▶ ģimenes ārstu pieejamības nodrošināšana; ▶ atbalsts tuberkulozes slimniekiem zāļu ambulatorai saņemšanai; ▶ atbalsts asinsdonoru kustības veicināšanai; ▶ sadarbība ar Rīgas pašvaldības veselības aprūpes kapitālsabiedrībām – SIA „Rīgas 1. slimnīca”, SIA „Rīgas 2. slimnīca”, SIA „Rīgas Dzemdību nams”, SIA „Rīgas Veselības centrs”.

³⁵ Rīgas valstspilsētas pašvaldības Labklājības departamenta tīmekļvietnē pieejamā informācija. Pieejams: <https://ld.riga.lv/departaments/par-mums/struktura/>

³⁶ Gada grāmata “Sociālā sistēma un veselības aprūpe Rīgā 2023. gadā”, 168. lpp. Pieejams: <https://ld.riga.lv/wp-content/uploads/2024/05/Sociala-sistema-un-veselibas-aprupe-Riga-2023.-gada.pdf>

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
	Sabiedrības veselības veicināšanas un profilakses nodaļa veic savu darbību atbilstoši Pašvaldību likuma 4. panta pirmās daļas 6. punktam, kas nosaka pašvaldībām autonomo funkciju rūpēties par iedzīvotāju veselību, veicinot veselīgu dzīvesveidu un nodrošinot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību.³⁷ Sabiedrības veselības veicināšanas un profilakses nodaļa līdzdarbojas dažādos projektos:³⁸ ▶ Dalība Eiropas sadarbības tīklā „EuroHealthNet”. Kopš 2014. gada Rīgas Labklājības departaments ir „EuroHealthNet” tīkla dalībnieks. Tīkls, apvienojot dalībniekus no 28 valstīm, strādā pie veselības, vienlīdzības un labklājības uzlabošanas, veicina sadarbību starp politikas veidotājiem un ieviesējiem, kā arī fokusējas uz ilgtspējīgu attīstību un veselības nevienlīdzības mazināšanu. ▶ Biedrības „Latvijas Sarkanais Krusts” Veselības istabu darbības nodrošināšana. Veselības istabas Rīgā veicina iedzīvotāju informētību par veselību, slimību riskiem un profilaksi. Tajās bez maksas iespējams saņemt medicīnas darbinieka konsultācijas, noteikt ķermeņa masas indeksu, izmērīt asinsspiedienu, kā arī veikt HIV, B un C hepatīta profilakses eksprestestus. ▶ Pašvaldība īsteno sabiedrības veselības pasākumus, koncentrējoties uz fizisko aktivitāšu veicināšanu, iedzīvotāju izglītošanu par veselību, traumatisma un infekciju slimību profilaksi, veselīga uztura un dzīvesveida popularizēšanu, atkarību novēršanu, reproduktīvās veselības un mutes higiēnas izglītošanu, kā arī dzīves prasmju stiprināšanu ģimenēm. Tiek organizētas diskusijas skolās, jauniešu apmācības un profesionāļu izglītošana. ▶ Demences un traumatisma profilakse vecāka gadagājuma personām – organizēts informatīvi izglītojošs darbs vecāka gadagājuma personām, apvienojot demences tēmu ar traumatisma profilakses jautājumiem. Pasākumi notiek semināru formā, kur teorētiskās lekcijas papildina praktiskās nodarbības, rosinot dalībniekus izprast un iekļaut fiziskās aktivitātes savā ikdienā. ▶ ESF projekta „Mēs par veselīgu Rīgu!” īstenošana (no 2017. gada līdz 2023. gadam). Projekts tika īstenots, lai uzlabotu veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumu pieejamību Rīgas iedzīvotājiem, īpaši

³⁷ Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/336956-pasvaldibu-likums>

³⁸ Gada grāmata “Sociālā sistēma un veselības aprūpe Rīgā 2023. gadā”, 179. lpp. Pieejams: <https://ld.riga.lv/wp-content/uploads/2024/05/Sociala-sistema-un-veselibas-aprupe-Riga-2023.-gada.pdf>

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
	sociāli neaizsargātām grupām, piemēram, bērniem un vecāka gadagājuma personām. Aktivitātes koncentrējās uz fiziskās, garīgās un sociālās veselības veicināšanu, pievērsties prioritārām jomām – sirds un asinsvadu, onkoloģisko saslimšanu un psihoemocionālās veselības profilaksei, kā arī bērnu veselības stiprināšanai.

Vienlaikus sociālie dienesti intervijās minēja, ka sadarbība bieži notiek tikai krīzes situācijās, un, kā norādīts, *"katrs strādā savas kompetences un pienākumu robežās."* Trūkst pārejas no slimnīcas uz sociālajiem pakalpojumiem, un *"pāreja ne vienmēr notiek saudzīgi un savlaicīgi."* Sistēmas nepilnības rada lielu slodzi gan speciālistiem, gan tuviniekiem, kas bieži kļūst par neformāliem aprūpētājiem. Finansiālās un praktiskās problēmas saistībā ar aprūpes pakalpojumiem un speciālistu trūkumu, kā arī birokrātija un administratīvie procesi apgrūtina darbu un sadarbību starp iestādēm. (Pielikuma 1.4. nodaļa.)

Sociālie dienesti akcentēja, ka *"nav skaidri definētas struktūras, lomu un atbildības sadalījuma veselības aprūpes un sociālo pakalpojumu sadarbībā,"* un *"trūkst noteikumu par komunikācijas veidu un atbildību sadali."* Šādas nepilnības apgrūtina pakalpojumu sniegšanu, bieži vien radot situācijas, kad *"puzles gabaliņi nesaliekas kopā."* Sociālie dienesti organizē sanāksmes, lai koordinētu ārpaakalpojumus, piemēram, aprūpi mājās, taču tieša sadarbība ar ģimenes ārstiem ir reta, jo *"ģimenes ārsti un psihiatri ir ļoti aizņemti."* Trūkst vadlīniju, kas uzlabotu sadarbību starp institūcijām un skaidri noteiktu katras iestādes lomu. Komunikācija bieži notiek sarunu līmenī, kas kavē efektīvu darbu, un tiek uzsvērts, ka slimnīcu sociālajiem darbiniekiem būtu jāuzņemas lielāka loma klientu atbalstā, piemēram, *"tieši sarunājot pakalpojumus smagiem klientiem."* Integrējot sociālo un veselības aprūpi, fokusējoties uz kopīgu klientu un vienojoties par atbildībām, varētu tikt veidoti efektīvāki risinājumi, kas novērstu smagus stāvokļus un samazinātu ilgstošas aprūpes nepieciešamību. Kā norādīts, *"mēs varam strādāt ar vienu klientu no dažādām pusēm, bet būtu efektīvāk vienoties par katra atbildībām un sadarbības."* Bērnu ar invaliditāti jomā nepieciešama sadarbība starp vairākām ministrijām, jo *"sociālais dienests risina problēmas, kas radušās izglītības jomā,"* un pieejamie speciālisti nespēj apmierināt pieaugošo pieprasījumu. (Pielikuma 1.4. nodaļa.)

Otrais virziens – personas aprūpes un atbalsta vajadzību identificēšana un novērtēšana

Personas aprūpes un atbalsta vajadzību identificēšana un novērtēšana ietver visu nepieciešamo pakalpojumu spektra izvērtēšanu, sākot no veselības aprūpes un beidzot ar sociālo atbalstu un aprūpi. Šajā procesā būtiska ir sadarbība starp ģimenes ārstiem, gan veselības jomas, gan sociālās jomas speciālistiem un sociālajiem darbiniekiem, lai izveidotu holistisku un pielāgotu aprūpes plānu.

Izvērtējuma eksperti, apkopojot informāciju par personas vajadzību identificēšanu un novērtēšanu ISA pakalpojumu saņemšanai, kur veselības aprūpes un sociālās aprūpes komponentes cieši mijiedarbojas, izdalīja trīs veidus:

- ▶ starpprofesionālu komanda, kas veic personas pašaprūpes, neatkarības un patstāvīgās dzīves spēju un prasmju izvērtēšanu saskaņā ar Ministru kabineta noteikumos Nr. 138 noteikto kārtību;
- ▶ ergoterapeiti, kuri strādā pašvaldību sociālajos dienestos un veic personu vajadzību novērtēšanu;
- ▶ sociālie darbinieki stacionārajās ārstniecības iestādēs, kuri veic personas situācijas izvērtēšanu un palīdz personai saņemt nepieciešamos ISA pakalpojumus.

Pašvaldības sociālā dienesta vai pakalpojuma sniedzēja **sociālais darbinieks, sociālais aprūpētājs vai starpprofesionālu komanda** veic personas vajadzību izvērtēšanu saskaņā ar Ministru kabineta noteikumu Nr. 138:

- ▶ 22. punktu personas vajadzību izvērtēšanu un aprūpes līmeņa noteikšanu var veikt šādu institūciju speciālisti – sociālie darbinieki vai sociālie aprūpētāji:
 - pašvaldības sociālā dienesta vai tā pakalpojuma sniedzēja speciālisti, ar kuru sociālais dienests noslēdzis līgumu par personu vajadzību izvērtēšanu un aprūpes līmeņa noteikšanu;
 - SAC speciālisti, tai skaitā VSIA "Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs", VSIA "Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca", VSIA "Slimnīca "Ģintermuiža"", VSIA "Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca" (4. pielikums) speciālisti;
- ▶ 2. pielikumu "Novērtēšanas karte (protokols) un fizisko un garīgo spēju izvērtēšanas un aprūpes līmeņa noteikšanas kritēriji klientam ar funkcionāliem traucējumiem" pilngadīgas personas pašaprūpes, neatkarības un patstāvīgās dzīves spēju un prasmju izvērtēšanu veic starpprofesionālas komandas speciālisti, pamatojoties uz viņu profesionālo kompetenci;
- ▶ 3. pielikumu "Novērtēšanas karte (protokols) un fizisko un garīgo spēju izvērtēšanas un aprūpes līmeņa noteikšanas kritēriji klientam ar garīga rakstura traucējumiem" pilngadīgas personas pašaprūpes, neatkarības un patstāvīgās dzīves spēju un prasmju izvērtēšanu veic starpprofesionālas komandas speciālisti atbilstoši viņu profesionālajai kompetencei.

Pakalpojumu sniedzējs izmanto starpdisciplināro pieeju³⁹, lai sasniegtu vienotu mērķi – izvērtētu konkrētās personas vajadzības, noteiktu aprūpes līmeni un izstrādātu aprūpes plānu.

Atkarībā no personas vajadzībām un ISA pakalpojuma veida, starpprofesionālajā komandā var tikt iekļauti gan sociālās jomas, gan veselības jomas speciālisti, piemēram:

³⁹ Starpdisciplināra pieeja (interdisciplinary approach) ir viena no sociālā darba prakses pieejām, kas tiek īstenota, integrējot divu vai vairāku nozaru speciālistu uzdevumus, lai sasniegtu vienotu mērķi. Starpdisciplināra pieeja tiek izmantota kompleksās situācijās, darbā ar multiplām problēmām (piem., specifiski gadījuma vadīšanas modeļi ar 3–5 starpdisciplināras komandas locekļiem darbā ar cilvēkiem, kuriem vienlaikus ir GRT un atkarība). Starpdisciplināra pieeja ir augstāks dažādu nozaru integrācijas līmenis salīdzinājumā ar multidisciplināru (daudznozaru) pieeju, kuras ietvaros sociālie darbinieki praktizē līdztekus citu jomu speciālistiem un profesijām, kurām katrai ir savi intervences mērķi. Starpdisciplinārā pieejā katras atsevišķas profesijas robežas pārklājas un kļūst elastīgākas. Starpdisciplināritātei ir nepieciešama dažādu nozaru speciālistu sadarbība, zināšanu un rīcības integrēšana, kā arī kopīga prakses modeļa veidošana saskaņā ar vienoto mērķi. Starpdisciplināra pieeja pastiprina sociālā darba tuvināšanos citām nozarēm, vienlaikus padziļinot atšķirības un specifiku no dominējošās prakses sociālajā darbā. (Sociālā darba vārdnīca, 451. lpp. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/23154/download?attachment>)

- ▶ SAC pakalpojuma gadījumā: sociālais darbinieks, sociālais rehabilitētājs, sociālais aprūpētājs, ģimenes ārsts, medmāsa, psihiatrs, fizioterapeits;
- ▶ ISA pakalpojuma dzīvesvietā gadījumā: sociālais darbinieks, ergoterapeits un, pēc nepieciešamības, citi speciālisti, tostarp veselības aprūpes speciālisti.

Speciālisti – sociālie darbinieki / sociālie aprūpētāji – izvērtē ārstniecības personu vai citu speciālistu iesaistes nepieciešamību un veidu (tai skaitā analizējot klienta lietā esošajās izziņās, atzinumos, aprakstos esošo informāciju) (MK noteikumu Nr. 138 24.3. punkts).

Atbilstoši klienta veselības stāvoklim, individuālajām vajadzībām un spējām aprūpes plāns tiek pārskatīts ne retāk kā reizi 12 mēnešos, bet nepieciešamības gadījumā – biežāk.

Daudzu pašvaldību sociālie dienesti nodrošina **ergoterapeita pakalpojumu**, pieņemot patstāvīgā darbā ergoterapeitu vai iegādājoties pakalpojumu, piemēram, Rīgas valstspilsētas, Mārupes novada, Ogres novada, Bauskas novada⁴⁰, Olaines novada⁴¹ un Jēkabpils novada pašvaldības (skatīt tabulu 3.2.).

Fokusgrupas diskusijā tika izcelts, ka integrētas veselības un sociālās aprūpes sistēmas attīstība prasa vienotu finansēšanas modeli un ciešu sadarbību starp institūcijām, taču pašreiz pieeja ir fragmentāra: „*Mēs nekad nepadēsim integrētu veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu, kā arī sistēmu, ja nebūs izveidots integrēts finansēšanas modelis.*” DI projekti atklāja, ka starpnozaru pakalpojumi, piemēram, ergoterapija un fizioterapija, tiek finansēti tikai no vienas nozares budžeta: „*Nav skaidrs, kāpēc šie pakalpojumi tika finansēti tikai no LM budžeta, neiesaistot IZM un VM.*” Sadarbības trūkums starp speciālistiem negatīvi ietekmē klientus, īpaši vecāka gadagājuma cilvēkus: „*Realitātē vecāks cilvēks var nesaprast vai neatcerēties, ko viņam teica, un, izejot no ārsta kabineta, viņš var apjukt par to, kas ir bijis.*” Nākotnē būtiski veidot vienotu sistēmu ar efektīvu resursu izmantošanu: „*Mans sapnis ir, ka sociālā un veselības aprūpe kādreiz sadosies rokās, un mēs strādāsim kopā uz vienas baltas lapas.*” (Pielikuma 2.3. nodaļa.)

Tabula 3.2. Piemēri par veselības aprūpes komponentes integrēšanu personas vajadzību identificēšanā un novērtēšanā

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
Rīgas valstspilsētas pašvaldības Sociālais dienests	Rīgas valstspilsētas pašvaldības Sociālajā dienestā ⁴² katrā rajona nodaļā strādā divi ergoterapeiti, kopā seši ergoterapeiti visā dienestā. Ergoterapeita pakalpojuma mērķis ir veikt personu funkcionālā stāvokļa novērtēšanu,

⁴⁰ Bauskas novada pašvaldības tīmekļvietnē pieejamā informācija. Pieejams: <https://www.bauskasnovads.lv/lv/pakalpojumi/ergoterapeita-pakalpojums-bauskas-novads>

⁴¹ Olaines novada pašvaldības tīmekļvietnē pieejamā informācija. Pieejams: <https://www.olaine.lv/lv/jaunumi/olaines-novada-pasvaldibas-agentura-olaines-socialais-dienests-aicina-pieteikties-ergoterapeitu>

⁴² Rīgas valstspilsētas pašvaldības sociālā dienesta struktūra. Pieejams: https://ld.riga.lv/wp-content/uploads/2024/11/struktura_01.10.2024.pdf

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
	vides pieejamības un tehnisko palīgīdzekļu nepieciešamības izvērtēšanu. Ergoterapeita darba uzdevumi:⁴³ - informēt un konsultēt klientu vai tā likumisko pārstāvi par tiesībām un iespējām, kā arī par kārtību, kādā var saņemt sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu; - veikt personu funkcionālā stāvokļa un vides pieejamības izvērtēšanu; - novērtēt tehnisko palīgīdzekļu nepieciešamību un sniegt informāciju par tehniskā palīgīdzekļa saņemšanas kārtību. Ergoterapeiti ir nodarbināti uz darba līguma pamata, un atlīdzību par viņu sniegtajiem pakalpojumiem nodrošina no pašvaldības budžeta līdzekļiem.
Mārupes novada pašvaldības Sociālais dienests	Mārupes novada pašvaldības Sociālajā dienestā ergoterapeita pakalpojums⁴⁴ tiek nodrošināts personām, kuras: - nevar iekļauties valsts apmaksāto pakalpojumu rindā; - nespēj nokļūt pakalpojuma saņemšanas vietā smagu kustību traucējumu vai veselības stāvokļa dēļ; - ir nepieciešams sniegt pakalpojumu personas dzīvesvietā. Ergoterapeita pakalpojums tiek sniegts kā konsultācijas vai nodarbību kurss, piemēram, Ikdienas aktivitāšu un pašaprūpes apmācība: ģērbšanās, ēšanas apmācība pielāgotā veidā pēc insulta vai smagām traumām, palīdzot atvieglot ikdienu un uzlabot drošību, piemeklējot atbilstošus palīgīdzekļus. Vides pielāgošana: konsultācijas par tehnisko palīgīdzekļu izvēli un vides pārplānošanu. Radinieku un aprūpētāju apmācība: instrukcijas par pārvietošanu, grozīšanu vai mobilizāciju gultā. Ilgstošs atbalsts: gadījumos, kad veselības stāvoklis vai funkcionālā spēja mainās, tiek nodrošināts regulārs atbalsts aprūpes organizēšanai. Ergoterapeits ir nodarbināts uz darba līguma pamata, un viņa sniegtos pakalpojumus finansē no pašvaldības budžeta. Lai saņemtu ergoterapeita pakalpojumus, nepieciešams sociālā darbinieka nosūtījums.

⁴³ Pieejams: <https://ld.riga.lv/wp-content/uploads/2024/10/Ergoterapeits.pdf>

⁴⁴ Mārupes novada Sociālā dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija. Pieejams: <https://www.marupe.lv/lv/pakalpojumi/ergoterapeita-pakalpojums-socialaja-dienesta>

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
Bauskas novada pašvaldības Sociālais dienests	Bauskas novada pašvaldības Sociālais dienests ⁴⁵ strādā ergoterapeits, kurš pēc nepieciešamības piedalās personas vajadzību izvērtēšanā, aprūpes līmeņa noteikšanā un aprūpes plāna izstrādē. Ergoterapeits ir nodarbināts, slēdzot darba līgumu, un viņa atlīdzību finansē no pašvaldības budžeta līdzekļiem.

Ņemot vērā, ka ISA pakalpojumu saņēmēji ir personas ar FT un pensijas vecuma personas, tad lielākai daļai no viņām ir hroniskās saslimšanas, kas paaugstina iespējamību nonākt stacionārajā ārstniecības iestādē. Līdz ar to pašvaldība, lai savlaicīgi identificētu un novērtētu atbalsta un aprūpes nepieciešamību, nodrošina sociālā darba pakalpojumu stacionārajās iestādēs (skatīt tabulu 3.3.).

Tabula 3.3. Piemēri par sociālā darba pakalpojumu stacionārajās veselības aprūpes iestādēs

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca”	SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” ⁴⁶ nodrošina sociālā darba pakalpojumu, ko sniedz sociālais darbinieks. Sociālais darbinieks: ▶ nodrošina slimnīcas klientiem kvalitatīvu un drošu palīdzību atbilstoši normatīvo aktu prasībām un profesijas standartam; ▶ konsultē klientus sociālo pakalpojumu jomā; ▶ nosaka klienta sociālas vajadzības un identificē sociālās problēmas, nosaka klienta situācijai nepieciešamo palīdzības veidu un risinājumu; ▶ palīdz rast alternatīvus sociālo problēmu risinājumus, izmantojot atbilstošas metodes darbā ar klientiem; ▶ sadarbojas ar slimnīcas speciālistiem un citu institūciju speciālistiem. Slimnīca pieņem darbā sociālo darbinieku, slēdzot ar viņu darba līgumu, un maksā atlīdzību no sava budžeta līdzekļiem.
Rīgas valstspilsētas pašvaldības Labklājības departaments	Rīgas valstspilsētas pašvaldības Labklājības departaments ⁴⁷ nodrošina sociālā darba pakalpojumu Rīgas stacionārajās ārstniecības iestādēs. Pakalpojuma mērķis ir sniegt sociālo darbinieku atbalstu personām, kuras atrodas veselības aprūpes iestādēs, lai veicinātu sociālās

⁴⁵ Bauskas novada pašvaldības Sociālā dienesta sniegtā informācija.

⁴⁶ SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” Aprūpes nodaļas speciālistu sniegtā informācija un SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” mājas lapā sniegtā informācija. Pieejams: <https://slimnica.daugavpils.lv/vakances/citi-darbinieki/socialais-darbinieks/>.

⁴⁷ Rīgas valstspilsētas pašvaldības Labklājības departamenta tīmekļvietnē pieejamā informācija. Pieejams: <https://ld.riga.lv/pakalpojumi/veselibas-aprupe/socialais-darbs-slimnicas/>

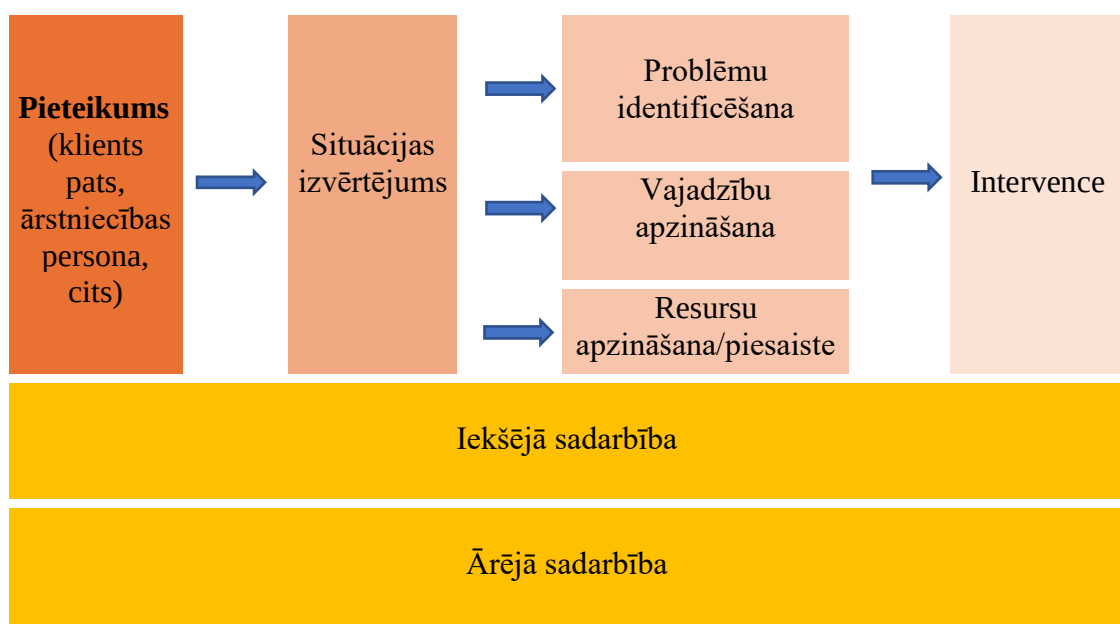
Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
	aprūpes nepārtrauktību pēc izrakstīšanās un palīdzētu risināt dažādas sociālās problēmas. Rīgas valstspilsētas pašvaldība ir noslēgusi pārvaldes uzdevuma deleģēšanas līgumus ar deviņām ārstniecības iestādēm, lai nodrošinātu sociālā darba pakalpojumu: ▶ SIA „Rīgas Dzemdību nams”; ▶ VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”; ▶ VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs”; ▶ VSIA „Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca”; ▶ SIA „Rīgas 2. slimnīca”; ▶ SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” stacionārs “Gaiļezers”, stacionārs “Latvijas Onkoloģijas centrs”, stacionārs “Bīķernieki” un “Tuberkulozes un plaušu slimību centrs”; ▶ VSIA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca”; ▶ A/S Latvijas Jūras medicīnas centrs; ▶ SIA “Rīgas 1. slimnīca” (Īslaicīgas sociālās aprūpes pakalpojums). Sociālā darba pakalpojuma ietvaros ārstniecības iestādēs Rīgas pilsētas pašvaldības iedzīvotājiem piedāvā šādu atbalstu: ▶ Klientu sociālās situācijas izvērtēšana, sociālo problēmu identificēšana un nepieciešamo darbību veikšana to risināšanai, tostarp palīdzība personu apliecinošu dokumentu atjaunošanā un iesniegumu sagatavošanā, lai nodrošinātu klientam vajadzīgos sociālos pakalpojumus un palīdzību. Vajadzības gadījumā tiek nodrošināta arī klienta interešu pārstāvība valsts un pašvaldību institūcijās. ▶ Sadarbojas ar Rīgas Sociālo dienestu un citām valsts un pašvaldības institūcijām, lai nodrošinātu, ka klients pēc izrakstīšanās no slimnīcas saņem viņa sociālajai situācijai un vajadzībām atbilstošus pakalpojumus. Tas ietver medicīnisko vai sociālo aprūpi, SAC pakalpojumu, transporta nodrošināšanu un citu nepieciešamo pakalpojumu pieejamību. ▶ Sniedz konsultācijas un informē par pieejamiem sociālajiem pakalpojumiem un palīdzības saņemšanas iespējām. ▶ Nodrošina psihosociālo atbalstu klientam un/vai viņa ģimenes locekļiem u.c. Lai saņemtu ārstniecības iestādes sociālā darbinieka atbalstu, klients vai viņa ģimenes locekļi var vērsties pie ārstniecības personāla informācijas iegūšanai vai tieši pie sociālā darbinieka. Rīgas iedzīvotājiem sociālā darbinieka konsultācijas ārstniecības iestādēs ir pieejamas bez maksas.

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
	Pakalpojumu finansē Rīgas valstspilsētas pašvaldība saskaņā ar Rīgas domes saistošajiem noteikumiem Nr. 3 “Rīgas valstspilsētas pašvaldības sniegto sociālo pakalpojumu saņemšanas un samaksas kārtība”. Atbilstoši šo noteikumu 146. punktam, neizvērtējot personas vai mājsaimniecības ienākumus un materiālo stāvokli, pašvaldības budžeta līdzekļi tiek izmantoti, lai segtu noteiktu sociālo pakalpojumu izmaksas, tostarp 146.19. punktā paredzēto sociālā darba pakalpojumu.⁴⁸
VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”	BKUS Sociālais dienests⁴⁹ nodrošina sociālā darba pakalpojumu, kurš ietver šādus uzdevumus: ▶ sociālo situāciju izvērtēšanu; ▶ problēmu identificēšanu; ▶ intervenci, krīzes intervenci; ▶ resursu piesaisti; ▶ atbalsta nodrošināšanu; ▶ sadarbību ar citām institūcijām, piemēram, bērna dzīvesvietas sociālo dienestu, bāriņtiesu, Rīgas Dzemdību namu, Bērnu slimnīcas fondu, NVD, Rīgas pilsētas Dzimtsarakstu nodaļu, Paliatīvās aprūpes dienestu, VDEĀK, VSAA, pirmsskolas izglītības iestādēm, skolām u.c.; ▶ cits (bērna dzimšanas reģistrēšana Rīgas pilsētas Dzimtsarakstu nodaļā; dokumentu sagatavošana un/vai iesniegšana VDEĀK, Bērnu slimnīcas fondā, VSAA, NVD; bērna personu apliecinoša dokumenta fotogrāfiju izņemšana no salona (klātienē); vecāka pavadīšana uz PMLP). Sociālo darbu ar klientu ārpus stacionāra veic šādos gadījumos: ▶ Vecāks vēršas pie sociālā darbinieka, lai saņemtu papildu konsultācijas vai atbalstu, balstoties uz iepriekšējo sadarbību stacionārā, vai precizētu informāciju. ▶ Ārsti pieprasa informāciju konkrētu situāciju risināšanai, piemēram, ja bērns neierodas uz noteikto vizīti vai ārstēšanu, ir aizdomas par kaitējumu bērna veselībai, vai tiek apstiprināts, ka medikamenti netiek lietoti. ▶ Pēc informācijas pieprasījuma vēršas citas institūcijas, piemēram, Bāriņtiesa, Sociālais dienests vai Krīzes centri. Sociālais darbinieks BKUS sāk darbu šādos gadījumos:

⁴⁸ Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/313649>

⁴⁹ BUKS Sociālā dienesta speciālistu sniegtā informācija.

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
	▶ Ārsts pieprasa konsultāciju, reģistrējot to BKUS informācijas sistēmās Andromeda vai Saule, rakstot e-pastu, zvanot vai sazinoties klātienē. ▶ Klients vai tuvinieks pats izsaka vēlmi saņemt pakalpojumu, informējot ārstu vai sazinoties ar speciālistu tieši. ▶ Saņemta informācija no citām institūcijām, piemēram, Sociālā dienesta, bāriņtiesas, policijas vai skolas. Saņemot informāciju vai pieteikumu konsultācijai, darbinieks vispirms izvērtē situāciju, nosaka problēmas un vajadzības, apzina pieejamos un nepieciešamos resursus, un uzsāk gadījuma risināšanu. Risināšanas procesā tiek veikta gan "iekšēja sadarbība" ar citiem BKUS speciālistiem, gan "ārēja sadarbība" ar institūcijām un speciālistiem ārpus BKUS, pielāgojoties konkrētā gadījuma vajadzībām (skatīt 3.2.attēlu).

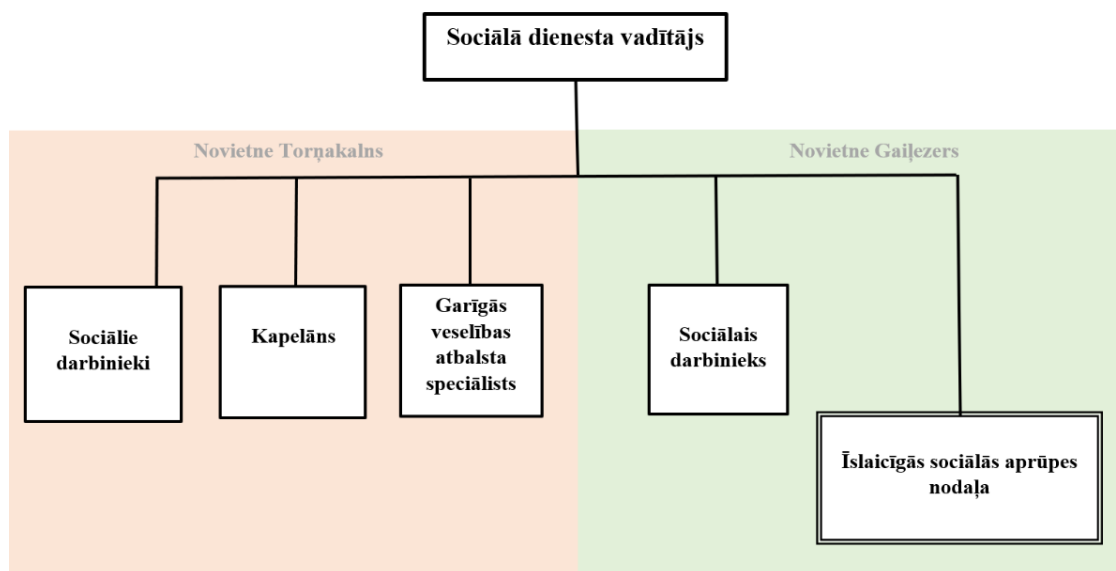


3.2. attēls. BUKS sociālā darba pakalpojuma nodrošināšanas shēma

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"	BKUS Sociālā dienesta struktūra⁵⁰ Sociālais dienests nodrošina sociālā darba pakalpojumu, kā arī piedāvā kapelāna konsultācijas un īslaicīgās sociālās aprūpes pakalpojumus. Pašlaik sociālo darbu veic četri sociālie darbinieki, kuru kopējā slodze ir 3,25, turklāt

⁵⁰ BUKS Sociālā dienesta speciālistu sniegtā informācija.

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
	Sociālā dienesta vadītājs papildu saviem pienākumiem iesaistās arī sociālā darba veikšanā (skatīt 3.3. attēlu). BKUS nodarbina Sociālā dienesta darbiniekus, un Rīgas pašvaldība finansē viņu darbu, pārskaitot līdzekļus BKUS. Sociālais dienests sniedz atbalstu visiem BKUS klientiem, arī tiem, kuri nāk no citām pašvaldībām, taču par šo darba daļu, kas attiecas uz citu pašvaldību klientiem, BKUS Sociālā dienesta darbinieki apmaksu nesaņem. BKUS Sociālais dienests katru mēnesi iesniedz Rīgas sociālajam dienestam pārskatu par ārstniecības iestādes sociālo darbinieku darbu, kurā norādīta šāda informācija: ▶ klientu skaits, vecums un saņemto konsultāciju skaits; ▶ klientu pieteikšanās veids; ▶ sociālās situāciju izvērtējumu skaits; ▶ krīzes atklāto situāciju skaits; ▶ sadarbība ar institūcijām – reižu skaits; ▶ sadarbība ar speciālistiem – reižu skaits; ▶ citi veiktie darbi (vēstule sagatavošana, tikšanās ar speciālistiem) – skaits.



3.3. attēls. BKUS Sociāla dienesta struktūra.

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” projekts “Atbalsts	BKUS no 2022. gada 1. novembra ⁵¹ līdz 2027. gada 31. jūlijam īsteno projektu “Atbalsts bērniem ar smagu

⁵¹ Projekta praktiskās īstenošanas darbības uzsākšanas datums.

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
bērniem ar smagu diagnozi vai funkcionāliem traucējumiem, iespējamu vai esošu invaliditāti un viņu ģimenes locekļiem”	diagnozi vai funkcionāliem traucējumiem, iespējamu vai esošu invaliditāti un viņu ģimenes locekļiem”.⁵² Projekta mērķis – izveidot mehānismu psihosociālā atbalsta sniegšanai bērniem, kas nav sasnieguši 18 gadu vecumu, ar smagu slimību, FT, iespējamu vai esošu invaliditāti un viņu ģimenes locekļiem (bērna likumiskie pārstāvji, audžuģimene vai personas, ar ko bērns dzīvo vienā mājsaimniecībā). Projekta mērķa grupa – bērni, kas nav sasnieguši 18 gadu vecumu, ar smagu slimību vai FT, iespējamu vai esošu invaliditāti, kuri saslimšanas brīdī nonāk BKUS vai regulārā ambulatorā uzraudzībā un kuriem ir nepieciešams psihosociāls atbalsts, un viņu ģimenes locekļi (bērna likumiskie pārstāvji, audžuģimene vai personas, ar ko bērns dzīvo vienā mājsaimniecībā). Projekta atbalstāmās darbības: ▶ mehānisma izstrāde un aprobēšana psihosociālā atbalsta sniegšanai, tai skaitā: • rokasgrāmatas izstrāde psihosociālā atbalsta sniegšanai; • izmēģinājumu projekta īstenošana psihosociālā atbalsta sniegšanai un tā rezultātu efektivitātes novērtēšana; • elektroniskā datu apmaiņas rīka izstrāde datu apmaiņai starp finansējuma saņēmēja informācijas sistēmām un pašvaldību sociālās palīdzības un sociālo pakalpojumu administrēšanas lietojumprogrammu SOPA; • informatīvo materiālu izstrāde par psihosociālā atbalsta saņemšanas iespējām un digitālā risinājuma izstrāde šo materiālu publiskošanai; ▶ profesionālās veikspējas paaugstināšanas pasākumu īstenošana, tai skaitā: • mācību un supervīzijas nodrošināšana finansējuma saņēmēja projekta īstenošanas personālam; • informatīvo semināru īstenošana psihosociālā atbalsta sniegšanā iesaistītajiem speciālistiem;

⁵² Eiropas Savienības kohēzijas politikas programmas 2021.–2027. gadam 4.3.6. specifiskā atbalsta mērķa "Veicināt nabadzības vai sociālās atstumtības riskam pakļauto cilvēku, tostarp vistrūcīgāko un bērnu, sociālo integrāciju" 4.3.6.3. pasākuma "Atbalsts bērniem ar smagu diagnozi vai funkcionāliem traucējumiem, iespējamu vai esošu invaliditāti un viņu ģimenes locekļiem" ievaros. LM tīmekļvietne. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/atbalsts-berniem-ar-smagu-diagnozi-vai-funkcionaliem-traucējumiem-iespejamu-vai-esosu-invaliditati-un-vinu-gimenes-locekliem>

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
	► informācijas un publicitātes pasākumi par projekta īstenošanu; ► projekta vadība un tā īstenošanas nodrošināšana. Projekta ietvaros plānots sniegt psihosociālo atbalstu 4 550 bērniem ar smagu slimību vai FT. Informācija par projekta norisi⁵³ Psihosociālais atbalsts ir atbalsts, kas tiek sniegts, lai palīdzētu apmierināt bērna un viņa ģimenes mentālās, emocionālās, sociālās un garīgās vajadzības. Psihosociālais atbalsts ietver – konsultatīvo darbu, izglītošanu, grupas atbalstu, garīgo atbalstu. Psihosociālā atbalsta mērķis ir stabilizēt mērķa grupas emocionālo stāvokli un veicināt adaptāciju, lai novērstu mērķa grupas sociālās funkcionēšanas pasliktināšanos, risinātu emocionālās grūtības un sociālās problēmas, kas saistītas ar bērna smagu slimību, invaliditāti un/vai funkcionāliem traucējumiem un iespējamu smagu slimību vai invaliditāti. Vienlīdz psihosociālais atbalsts paredz atbalstu mērķa grupas garīgo vērtību stiprināšanā. Projekta ietvaros nodrošināto pakalpojumu klāsts BKUS klātienē un mērķa grupas dzīvesvietā: ► sociālā darbinieka konsultācijas; ► psihologa konsultācijas; ► kapelāna konsultācijas; ► PEP mammas konsultācijas; ► atbalsta grupas; ► pediatrijas spēles speciālista konsultācijas (tikai klātienē BKUS); ► auklītes pakalpojums (tikai klātienē BKUS). Sociālais darbinieks ir gadījuma vadītājs BKUS, kas veic sākotnējo izvērtējumu – apzina grūtības un resursus; piesaista nepieciešamos BKUS speciālistus – veido multidisciplināru komandu; veido starpinstitucionālo sadarbību; konsultē, sniedz krīzes intervenci; atbalsta praktisku jautājumu risināšanā; sagatavo rekomendācijas, t.sk. apkopo citu BKUS speciālistu sniegtās rekomendācijas; atbalsta ģimeni, tai esot dzīvesvietā turpina gadījuma vadīšanu, ja ģimene nesadarbojas ar sociālo dienestu; apkopo atgriezenisko saiti no ģimenēm un sociālā dienesta.

⁵³ BKUS tīmekļvietne – projekta informatīvā semināra materiāls. Pieejams: <https://www.bkus.lv/lv/par-projektu-atbalsta-sistemas-izveide-berniem-ar-smagam-saslimsanam-un-vinu-ģimenes-locekliem>

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
	Kapelāns sniedz garīgo aprūpi un atbalstu cilvēkiem ar jebkuru ticību, konfesiju un garīgo pārliecību. Palīdz meklēt un no jauna atklāt garīgos resursus kā svarīgu ārstniecības un atveseļošanās procesa sastāvdaļu. PEP mamma sniedz atbalstu un izglīto par mērķa grupas bērna emocionālām vajadzībām, mazuļa ikdienas aprūpi, audzināšanas jautājumiem bērnu vajadzību apmierināšanai, bērna attīstību, vecumposmiem, veidu kā palīdzēt mazulim adaptēties pasaulē pēc piedzimšanas – stresa mazināšanu, atbalstīšanu viņa vajadzībās, komunikāciju, nēsāšanu. Palīdz atšķirt grūtības, kas saistītas ar mērķa grupas bērna augšanas un attīstības krīzēm no grūtībām, kuras jārisina, piesaistot profesionāli (ārstu, psihologu, psihoterapeitu). PEP mammas atbalsts var tikt nodrošināts mammām ar bērniem līdz 3 gadu vecumam. Pakalpojumu nodrošina biedrība “PEP mammu apvienība”. Pediatrijas spēles speciālists – bērnam un viņa likumiskajiem pārstāvjiem pastāsta un uzskatāmā veidā parāda to, kā tiks veiktas dažādas ārstnieciskās manipulācijas, pirms kurām bērns jūtas satraukts. Bērniem ir iespēja speciālista vadībā izspēlēt gaidāmās procedūras un situācijas, kas ar tām saistītas, tādējādi mazinot neziņu, bailes un satraukumu. Auklītes nodrošina bērna uzraudzību, kad tas ir nepieciešams un likumiskais pārstāvis to nespēj. Auklītes sniedz bērniem emocionālu atbalstu, drošības sajūtu, nedalītu uzmanību, nodrošina praktisku aprūpi, atbilstoši bērna vecumposmam un attīstības līmenim (piemēram, ēdināšana, personīgā higiēna, ģērbšanās, lielākiem bērniem arī atbalsts mācībās, u.tml.). Kopā ar bērnu iet pastaigās pa Bērnu slimnīcas teritoriju, ja to ir atļāvis ārstējošais ārsts. Pakalpojumu nodrošina biedrība „Latvijas Kristīgā alianse bāreņiem”. Mērķa grupas ieguvumi: ▶ atbalsts savu vajadzību apzināšanā un resursu piesaistīšanā; ▶ informācija, kur vērsties pēc nepieciešamā atbalsta un palīdzības; ▶ priekšstats par sociālā dienesta kompetencēm un atbalstu – reālistiskas gaidas; ▶ veicināta motivācija sadarboties ar sociālo dienestu, jo iepriekš ir skaidri definēti mērķi sadarbībai ar sociālo dienestu.

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
	Pašvaldības ieguvumi: ▶ sociālajam dienestam mazāk laika jāvelta ģimenes sociālās situācijas izvērtēšanai, jo Projekta speciālisti būs snieguši rekomendācijas, kurās norādītas grūtības un turpmāk nepieciešamais atbalsts; ▶ tiek mazināti riski ģimenes grūtībām kļūt komplicētākām, tādējādi nākotnē paredzot mazāku sociālā dienesta iesaisti; ▶ var virzīt jaunu pakalpojumu attīstību pašvaldībā – identificējot mērķa grupai nepieciešamos pakalpojumus, kuri pašlaik nav pieejami. Ieguvumi starpinstitutionālai sadarbībai: ▶ jebkurš speciālists var būt kā papildu komandas loceklis, lai sniegtu atbalstu ģimenei un risinātu grūtības; ▶ atgriezeniskā saite dos iespēju izvērtēt sniegtā atbalsta pietiekamību un pilnvērtīgumu, lai uzlabotu pakalpojumus; ▶ atbalsta sistēmas uzlabošana valsts mērogā. Projektā sasniegtie rezultāti⁵⁴ No projekta sākuma līdz 2024. gada beigām atbalsts sniegts 1398 bērniem (31%). Norit darbs pie projektā paredzēto atbalstāmo darbību īstenošanas, tai skaitā: ▶ izstrādāta un periodiski tiek precizēta rokasgrāmata psihosociālā atbalsta sniegšanai; ▶ pielietots izstrādātais rīks datu apmaiņai starp BKUS informācijas sistēmu un pašvaldību izmantoto pašvaldību sociālās palīdzības un sociālo pakalpojumu administrēšanas lietojumprogrammu SOPA, identificēti nepieciešamie uzlabojumi; ▶ īstenoti informatīvi izglītojoši semināri psihosociālā atbalsta nodrošināšanā iesaistītajiem speciālistiem; ▶ nodrošinātas supervīzijas sociālajiem darbiniekiem; ▶ izplatīti informatīvie materiāli par psihosociālā atbalsta saņemšanas iespējām; ▶ uzsākts īstenot atbalsta grupas vecākiem, kuri audzina bērnus ar smagu saslimšanu vai FT; ▶ nodrošināta aktīva un regulāra sadarbība ar pašvaldību sociālajiem dienestiem, lai veicinātu atbalsta pakalpojumu pēctecību un tuvinātu ģimeņu,

⁵⁴ LM ekspertu sniegtā informācija.

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
	kurās aug bērns ar smagu saslimšanu vai FT, dzīvesvietai.

Psihiatrisko pacientu aprūpe ir sarežģīta, jo pēc ārstēšanās slimnīcā daudzi tiek izrakstīti bez nepieciešamā atbalsta. Kā akcentēja interviju dalībnieki: *"Bieži cilvēki pēc psihiatriskās ārstēšanas tiek izrakstīti ārā bez atbalsta, kas izraisa problēmas, piemēram, nonākšanu sociālajā dienestā, kur bieži nevar sniegt palīdzību."* Medicīnas darbinieki bieži nepievērš pietiekamu uzmanību somatiskajām problēmām, *"Attiecībā uz somatiskajām problēmām bieži vien, kad pacientam ir psihiska rakstura problēmas, medicīnas darbinieki nepievērš pietiekamu uzmanību veselības problēmām, mēģinot ātrāk novirzīt pacientu uz psihiatrijas iestādēm vai pakalpojumiem."* Lai uzlabotu sistēmu, nepieciešams stiprināt sadarbību un informācijas apmaiņu: *"Slimnīcās būtu jānodrošina sociālie darbinieki, kas sniegtu atbalstu un reālu informāciju par iespējām un rīcību, pielāgojoties pacienta dzīvesvietai."* Medicīniskā aprūpe slimnīcās bieži ir īslaicīga, un pēc tam sākas neatrisinātas problēmas, jo aprūpes pakalpojumi ne vienmēr ir pietiekami pieejami vai efektīvi organizēti: *"Jānodrošina kvalitatīva ilgtermiņa sociālā aprūpe, kas turpina medicīnisko palīdzību smagi slimiem cilvēkiem pēc izrakstīšanas no slimnīcas."* Pāreja no veselības uz sociālo aprūpi bieži ir smaga. *"Pāreja no veselības uz sociālo aprūpi ir smagnēja, sarežģīta un traumējoša gan cilvēkam, gan viņa radniekiem. Bieži medicīnas iestāde pieprasa trīs dienu laikā pārņemt pacientu, bet radnieki nezina, kur viņu novietot, jo nepieciešama aprūpe 24/7"*. Šo situāciju saasina ISA pakalpojumu trūkums, kas spētu pārņemt aprūpi īsā laikā. (Pielikuma 1.4. nodaļa.)

Veselības aprūpes speciālisti intervijās norādīja, ka trūkst koordinācijas un atgriezeniskās saites starp sociālajiem darbiniekiem un ārstiem. Šī kontroles mehānisma trūkuma dēļ aprūpe bieži ir formāla un nekvalitatīva. Sistēmiskas problēmas pastiprina informācijas trūkums un nesaskaņota sadarbība starp ģimenes ārstiem, gan veselības jomas, gan sociālās jomas speciālistiem un sociālajiem darbiniekiem. Lai uzlabotu informācijas apriti, tiek ierosināts *"elektronisks formāts, kur sociālais darbinieks saņem korektu un tiešu informāciju"*. Tāpat ieteikts veidot kopīgu pieeju klientu aprūpes plānošanai, izmantojot "čekiļus", kas apvienotu dažādu speciālistu un sociālo darbinieku skatījumus, rīkojot reizi gadā konsīliju, kur visi iesaistītie apspriež situāciju. (Pielikuma 1.4. nodaļa.)

Trešais virziens – ISA pakalpojumu saņemšana

Iespēja savlaicīgi saņemt gan ISA, gan veselības aprūpes pakalpojumus ir būtiska cilvēkiem ar ilgstošām veselības problēmām, kuriem nepieciešama pastāvīga palīdzība. Lai nodrošinātu nepārtrauktu atbalstu, ir būtiski veidot ciešu sadarbību starp veselības aprūpes un sociālās aprūpes sistēmām. Tas ietver ne tikai savlaicīgu pakalpojumu sniegšanu, bet arī efektīvu komunikāciju un koordināciju starp visām iesaistītajām institūcijām, lai nodrošinātu nepārtrauktu un kvalitatīvu aprūpi.

Fokusgrupas dalībnieki diskusijas laikā uzsvēra, ka integrētas sociālās un veselības aprūpes sistēmas izveide joprojām ir sarežģīts uzdevums, ko kavē resursu un atbildības sadalījums: *"Sadarbība un koordinācija ir atkarīga no tā, vai ir viens atbildīgais, kas pieņem galīgo lēmumu."* Vēsturiski mākslīgais nodalījums starp sociālo un veselības

aprūpi negatīvi ietekmē pakalpojumu efektivitāti, jo „bez veselības aprūpes sociālajā aprūpē neko nav iespējams panākt, jo aprūpē esošie ir veci un bieži vien slimi cilvēki.” Lai gan ir veikti atsevišķi uzlabojumi, piemēram, mobilo paliatīvās aprūpes pakalpojumu nodrošināšana, tie ir tikai daļējs risinājums: „*Tas nav pilnīgs risinājums, bet tas ir solis uz priekšu.*” (Pielikuma 2.3. nodaļa.)

SAC pakalpojums

Lielākajai daļai SAC pakalpojuma saņēmēju ir hroniskas slimības un dažādi FT, tāpēc viņiem nepieciešams ne tikai sociālais atbalsts, bet arī kvalitatīva veselības aprūpe. Lai nodrošinātu šo abu jomu pakalpojumu pieejamību, Latvijā pēdējo gadu laikā tiek īstenots integrētās aprūpes modelis, kura ietvaros veido veselības punktus un dažādu speciālistu (tai skaitā ārstniecības personu) kabinetus, lai klientiem sniegtu visaptverošu atbalstu.

Saskaņā ar 2020. gada tematiskās pārbaudes "Par sociālās aprūpes institūcijās klientiem nodrošinātās aprūpes kvalitāti" kopziņojumu⁵⁵, kuru veica VI un LM, tika konstatēts, ka SAC palielinās to personu īpatsvars, kurām ir noteikts 3. vai 4. aprūpes līmenis, t.i., aprūpē ir cilvēki ar būtiski ierobežotām fiziskajām un garīgajām spējām, kuriem nepieciešama pastāvīga uzraudzība. Īpatsvars dažādos SAC svārstījās no 22% līdz 100%. Aprūpe šiem klientiem prasa sarežģītus ārstniecības procesus, kuru veikšanai nepieciešams personāls ar medicīnisko izglītību un aprūpētāji ar specifiskām prasmēm.

Pamatojoties uz veiktajiem secinājumiem, VM 2021. gadā ierosināja grozījumus SPSPL, piedāvājot izveidot veselības punktus SAC, lai nodrošinātu efektīvāku veselības aprūpi, tostarp uzlabotu piekļuvi medikamentiem, medicīniskajiem ierakstiem un e-veselības sistēmai⁵⁶. Veselības punktu izveidošana un reģistrēšana nemazinātu ģimenes ārsta lomu SAC klientu aprūpē, bet kvalificētas ārstniecības personas klātbūtne SAC uzlabotu saziņu ar ģimenes ārstu, ļautu savlaicīgi pamanīt klientu veselības stāvokļa izmaiņas un ziņot par to ģimenes ārstam.

Saskaņā ar šobrīd spēkā esošo SPSPL 28. panta 1.¹ daļu, SAC **var veidot** struktūrvienību veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai. Veselības aprūpes pakalpojumus drīkst sniegt tikai ārstniecības iestāde, kas atbilst noteiktajām prasībām⁵⁷, kuras aplicina tās reģistrēšana Ārstniecības iestāžu reģistrā⁵⁸.

⁵⁵ Pieejams: https://www.vi.gov.lv/sites/vi/files/media_file/kopzinojums-par-sac-nodrosinatas-aprupes-riskiem_vi_lm_2020.pdf

⁵⁶ VM priekšlikums likumprojekta "Grozījumi Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā" (Nr.1105/Lp13) otrajam lasījumam.

Pieejams:

<https://titania.saeima.lv/LIVS13/SaeimaLIVS13.nsf/0/1911989FA04D2AD3C2258767003D1CBE?OpenDocument>

⁵⁷ MK 20.01.2009. noteikumi Nr. 60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām". Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/187621-noteikumi-par-obligatajam-prasibam-arstniecibas-iestadem-un-to-strukturvienibam>

⁵⁸ MK 08.03.2005. noteikumi Nr. 170 "Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru". Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/334690-arstniecibas-iestazu-registra-noteikumi>

No 227 Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā reģistrētajiem SAC⁵⁹ 8 jeb 4% ir ārstniecības iestādes⁶⁰ un 46 jeb 20% ir Ārstniecības iestāžu reģistrā reģistrēti veselības punkti vai speciālistu kabineti.⁶¹ Piemēram:

- ▶ pašvaldības SIA “Veselības un sociālās aprūpes centrs – Sloka” ir reģistrēti: fizioterapeita kabinets, māsas (medicīnas māsas) kabinets, podologa kabinets;
- ▶ Augšdaugavas novada Sociālā dienesta struktūrvienībā “Višķu sociālās aprūpes centrs” ir reģistrēts māsas (medicīnas māsas) kabinets;
- ▶ SIA “MILUR” “Sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas centrs “Auce”” ir reģistrēti: ārsta palīga kabinets, mobilais kabinets.

Ņemot vērā, ka lielākajā daļā SAC nav reģistrētu veselības punktu, pastāv bažas, ka šajās iestādēs nav iespējams nodrošināt veselības aprūpi atbilstošā apjomā un kvalitātē, kas nepieciešama SAC klientiem. Šīs bažas apstiprina arī Kopziņojums, kurā norādītas problēmas, piemēram, grūtības piesaistīt kvalificētu personālu, ārstēšanas procesa nepārtrauktības uzraudzības trūkums, nepietiekama medicīnisko ierakstu kvalitāte, epidemioloģiskās drošības neievērošana un zāļu aprites uzraudzības nepietiekamība.

Ar VM 2024. gada 29. janvāra rīkojumu Nr.01-01.1/16 ir izveidota darba grupa veselības aprūpes pakalpojumu satura un apmaksas nosacījumu izstrādei un pakāpeniskai ieviešanai SAC. Darba grupā piedalās VM, LM, NVD, Rīgas pašvaldības, Latvijas Pašvaldību savienības un SAC pārstāvji, diskutējot par veselības aprūpes komponentes stiprināšanu, tostarp cilvēkresursu piesaisti. Lai veicinātu veselības punktu izveidi SAC, ir veikti grozījumi SPSPL, nosakot, ka SAC ar 49 un vairāk vietām jāveido veselības aprūpes pakalpojumu struktūrvienība (veselības punkts), kas jāreģistrē ārstniecības iestāžu reģistrā (SPSPL 28. 1.¹ panta daļa). Šie grozījumi stāties spēkā 2028. gada 1. janvārī, un līdz 2027. gada beigām pašvaldībām tiks piešķirtas mērķdotācijas veselības punktu izveidei SAC, kuras reģistrētas SPS reģistrā vai darbojas uz līguma pamata ar valsti vai pašvaldību. No 2025. gada 1. janvāra tiks uzsākta vienota veselības aprūpes pakalpojuma klāsta ieviešana, prioritāti piešķirot SAC ar vairāk nekā 149 vietām, ņemot vērā šo institūciju spēju nodrošināt nepieciešamos cilvēkresursus. Pasākuma ieviešana tiks īstenota pakāpeniski, balstoties uz pieejamo finansējumu.⁶²

2024. gada novembrī tika veikti grozījumi MK noteikumos Nr. 555⁶³, ka no 2025. gada tiks ieviests vienots veselības aprūpes pakalpojumu klāsts SAC, prioritāri aptverot lielākos centrus ar vairāk nekā 149 vietām. Saskaņā ar normatīvo regulējumu SAC slēgs līgumus ar NVD, lai nodrošinātu valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, ko nodrošinās māsa, ārsta palīgs vai fizioterapeits. Finansējums tiks piešķirts pakāpeniski, un NVD segs pakalpojumu izmaksas ar fiksētiem ikmēneša maksājumiem, ietverot speciālistu darba samaksu un valsts sociālās apdrošināšanas

⁵⁹ Informācija iegūta no SPS reģistra 2024. gada 18. decembrī.

⁶⁰ Tajā skaitā 3 valsts kapitālsabiedrības – psihoneiroloģiskās slimnīcas, ar kurām ir noslēgti valsts pārvaldes deleģētā uzdevuma veikšanas līgumi.

⁶¹ LM speciālistu sniegtā informācija 2024. gada decembrī.

⁶² Anotācija MK noteikumu Nr.555 grozījumiem. Pieejams:

<https://tapportals.mk.gov.lv/annotation/8e691163-b640-4612-8c83-8bf6743ef830>

⁶³ MK 26.11.2024. noteikumi Nr.737 “Grozījumi MK noteikumos Nr.555”. Pieejams:

<https://likumi.lv/ta/id/356687-grozijumi-ministru-kabineta-2018-gada-28-augusta-noteikumos-nr-555-veselibas-aprupes-pakalpojumu-organizesanas-un-samaksas-kart...>

iemaksas. Šī reforma nodrošinās integrētās aprūpes modeļa praktisku ieviešanu un uzlabos veselības aprūpes pieejamību SAC, vienlaikus ņemot vērā pieejamos resursus.

No 25 valsts SAC⁶⁴ filiālēm 23 jau šobrīd ir izveidoti un Ārstniecības iestāžu reģistrā reģistrēti veselības punkti vai speciālistu kabineti (VSAC "Kurzeme" filiālē "Gudenieki" nav plānots izveidot veselības punktu, bet VSAC "Zemgale" filiālē "Ziedkalne" veselības punkts vēl ir izveides stadijā).

Piecās valsts SAC filiālēs Ārstniecības iestāžu reģistrā ir reģistrēti speciālistu kabineti, bet nav reģistrēts veselības punkts. Piemēram:

- ▶ valsts SAC "Kurzeme" filiālē "Liepāja" ir reģistrēti septiņi speciālistu kabineti – bērnu psihiatra kabinets, ergoterapeita kabinets, fizikālās medicīnas kabinets, fizioterapeita kabinets, masiera kabinets, māsas (medicīnas māsas) kabinets, psihiatra kabinets;
- ▶ valsts SAC "Latgale" filiālē "Litene" ir reģistrēti četri speciālistu kabineti – fizikālās medicīnas kabinets, ginekologa, dzemdību speciālista kabinets, masiera kabinets, psihiatra kabinets;
- ▶ valsts SAC "Rīga" filiālē "Ezerkrasti" ir reģistrēti septiņi speciālistu kabineti – ergoterapeita kabinets, fizikālās medicīnas kabinets, internista kabinets, masiera kabinets, mākslas terapeita kabinets, māsas (medicīnas māsas) kabinets, podologa kabinets.

Veselības punktu un speciālistu kabinetu izveidošanu, uzturēšanu un nodrošināšanu finansē LM no saviem budžeta līdzekļiem, savukārt papildu finansējumu SAC ārstniecības personu darba samaksas paaugstināšanai tiek nodrošināti no VM budžeta līdzekļiem.

Izvērtējuma eksperti ir konstatējuši, ka 92% valsts SAC un 20% citu SAC ir izveidoti veselības punkti vai speciālistu kabineti, kas veicina integrētās aprūpes modeļa⁶⁵ ieviešanu SAC pakalpojuma sniegšanā. Šī pieeja ir būtisks nosacījums, lai nodrošinātu Latvijas iedzīvotājiem vispusīgu atbalstu un aprūpi, iekļaujot veselības komponenti SAC pakalpojumos (skatīt tabulu 3.4.). Vienlaikus intervijā tika norādīts, ka *"Valsts veselības punktu ieviešanu pastāvīgi atliek finanšu trūkuma dēļ."* (Pielikuma 1.4. nodaļa.)

Kā intervijā norādīja pakalpojumu sniedzējs, būtisks ir budžeta ierobežojums *"mēs nevaram atļauties maksas pakalpojumus, jo tie ātri izsmeltu mūsu budžetu."* Lai ietaupītu resursus, tiek izmantotas digitālās vizītes, kas ļauj *"samazināt transporta un pavadošā personāla izmaksas."* Ir ieviesti risinājumi, piemēram, *"diennakts medicīnas māsu pakalpojumi un attālinātas medicīniskās konsultācijas,"* taču nepilnīga slimnīcu aprūpe radījusi problēmas: *"Cilvēki atgriežas SAC daudz sliktākā stāvoklī nekā brīdī, kad viņi tika nogādāti slimnīcā."* Akcentējot sadarbības nozīmi, cits pakalpojumu sniedzējs uzsvēra: *"Mijiedarbība ir ļoti svarīga, jo mēs nevaram darboties viens bez otra."* Tomēr problēmas rada ģimenes ārstu trūkums, piemēram, *"Kad ģimenes ārsti aiziet pensijā, ir grūti atrast aizvietotāju."* Tāpat nepieciešama pieejamāka ambulatorā aprūpe: *"Psihiatra vizītes uz vietas taupa laiku un resursus, bet psihiatru koncentrācija lielajās slimnīcās apgrūtina palīdzību attālākās vietās."* Tiek uzsvērtā nepieciešamība

⁶⁴ LM sniegtā informācija.

⁶⁵ LM sniegtā informācija.

pēc informācijas apmaiņas sistēmas starp veselības un sociālās aprūpes jomu: *"Trūkst vienotas informācijas apmaiņas platformas."* (Pielikuma 1.4. nodaļa.)

Tabula 3.4. Piemērs integrētā aprūpes modeļa īstenošanai SAC, kur ir izveidots veselības punkts

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
Rīgas sociālās aprūpes centrs "Mežciems"	Rīgas sociālās aprūpes centrā "Mežciems"⁶⁶ ir izveidots veselības punkts – Veselības aprūpes nodaļa, kurā ir iekļauts: ▶ māsu kabinets; ▶ masiera kabinets; ▶ fizioterapeita kabinets; ▶ podologa kabinets. Veselības aprūpes nodaļas speciālisti nodrošina klientu veselības aprūpi, sniedzot gan primāro, gan sekundāro aprūpi. Veselības aprūpe SAC ietver darbinieku īstenotu pasākumu kompleksu, kas vērsts uz klientu veselības nodrošināšanu, uzturēšanu un atjaunošanu. Tas ietver pirmo palīdzību, neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukšanu, primārās un sekundārās veselības aprūpes organizēšanu, profilaksi, kā arī rīcību aizdomu gadījumos par infekcijas slimību un tās apstiprināšanas gadījumā. Primārās veselības aprūpes organizēšana ietver informācijas iegūšanu par klienta veselības stāvokli uzņemšanas laikā, reģistrāciju pie ģimenes ārsta, medikamentu lietošanas nodrošināšanu un sadarbību ar ārstiem. Tāpat tiek plānoti un organizēti profilaktiskie pasākumi, piemēram, veselības pārbaudes, vakcinācija un nepieciešamie izmeklējumi. Pakalpojumus klients saņem pēc savas iniciatīvas vai ģimenes ārsta norādījuma. Sekundārās veselības aprūpes organizēšana ietver sadarbību ar veselības aprūpes speciālistiem, vizīšu plānošanu un organizēšanu, kā arī palīdzību tehnisko palīgīdzekļu iegādē. SAC klients sekundāro veselības aprūpi saņem pie tiešās pieejamības speciālistiem (piemēram, psihiatrs, ftiziopneimologs, dermatovenerologs, endokrinologs, onkologs, uztura speciālists, urologs, oftalmologs) vai pēc ģimenes ārsta vai

⁶⁶ Rīgas sociālās aprūpes centrs "Mežciems" speciālistu sniegtā informācija.

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
	cita speciālista nosūtījuma.
	Veselības punkta darbība tiek finansēta no SAC budžeta līdzekļiem.

SAC, kuros nav reģistrēts veselības punkts, šobrīd tiek nodrošināts gan integrētais aprūpes modelis (skatīt tabulu 3.5.), gan koordinētais aprūpes modelis (skatīt tabulu 3.6.).

Tabula 3.5. Integrētās aprūpes modeļa piemērs SAC, kur nav izveidots veselības punkts

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
SIA "Senior Group Latvia"	Veselības aprūpes nodrošināšana privātajā SAC SIA "Senior Group Latvia"⁶⁷ jau šobrīd tiek īstenota, izmantojot integrēto aprūpes modeli. Lielākajai daļai šī SAC klientu ir hroniskas saslimšanas, kas prasa ne tikai sociālo atbalstu, bet arī kvalificētu medicīnisko aprūpi un veselības uzraudzību. Kaut arī šajā SAC nav reģistrēti speciālistu kabineti, tomēr ņemot vērā SAC iespējas un klientu vajadzības, veselības aprūpes nodrošināšanai tiek piesaistītas dažādas ārstniecības personas, piemēram: ▶ Ģimenes ārsts, kurš sniedz veselības aprūpes pakalpojumus SAC klientiem, apmeklējot tos klātienē. Ar ģimenes ārstu ir noslēgts pakalpojuma līgums, un samaksa par pakalpojumu tiek apmaksāta no VM budžeta. ▶ Medicīnas māsa, fizioterapeits un ergoterapeits, kas strādā SAC pilnu slodzi, ar kuriem tiek slēgti darba vai pakalpojuma līgumi. ▶ Dermatologs, ar kuru tiek slēgts pakalpojuma līgums, un kurš sniedz pakalpojumus SAC klientiem, kad rodas nepieciešamība. ▶ Psihiatrs, ar kuru tiek slēgts uzņēmuma vai pakalpojuma līgums, un kuram SAC ir noteiktas konkrētas klientu pieņemšanas dienas. Visas izmaksas SAC sedz klienti un/vai viņu apgādnieki / likumiskie pārstāvji, kā arī pašvaldība, ja klientu uz SAC nosūtījusi pašvaldība atbilstoši normatīvajam regulējumam un pašvaldībā noteiktajai SAC pakalpojuma saņemšanas kārtībai. Kā pakalpojuma sniedzējs norādīja intervijā, ka slimnīcās bieži trūkst personāla, kas var novest pie nepietiekamas aprūpes, piemēram, izgulējumiem, "<i>tas apgrūtina senioru aprūpi pēc hospitalizācijas.</i>" Lai nodrošinātu pilnvērtīgu aprūpi, SAC ir izveidota medicīnas komponente, kas

⁶⁷ SIA "Senior Group Latvia" sniegtā informācija.

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
	piedāvā nepieciešamos pakalpojumus vienuviet, piemēram, kardiogrammas, izgulējumu ārstēšanu un psihiatra vizītes. Pakalpojumu sniedzējs izceļ veiksmīgu sadarbību ar sociālajiem darbiniekiem slimnīcās, kur jau sākotnēji tiek sagatavota dokumentācija, lai nodrošinātu atbalstu pēc izrakstīšanās: <i>"Tas palīdz nodrošināt senioram nepieciešamo atbalstu pēc izrakstīšanās."</i> Tomēr viņi uzsver, ka speciālistu trūkums rada kavējumus, īpaši steidzamās situācijās, lai gan <i>"negatīvās pieredzes gadījumi pakāpeniski samazinās."</i> (Pielikuma 1.4. nodaļa.) Izvērtējuma eksperti secina, ka privātajam SAC ir daudz lielākas iespējas elastīgi reaģēt uz klientu mainīgajām vajadzībām un piesaistīt nepieciešamās ārstniecības personas, lai nodrošinātu klientiem kvalitatīvu integrēto aprūpi, salīdzinot ar pašvaldību un valsts SAC.
SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca"	SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca"⁶⁸ ir izveidots Aprūpes centrs, kas reģistrēts Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā kā SAC pakalpojuma sniedzējs. Šis centrs nodrošina ilgstošu diennakts aprūpi personām, kuras vecuma vai veselības stāvokļa dēļ nespēj parūpēties par sevi (pensijas vecuma personām un personām ar 3. vai 4. aprūpes līmeni). Personām tiek piedāvāts atbalsts problēmu risināšanā un sociālā rehabilitācija, ja klientam nav attiecīgo spēju. Aprūpes centrā netiek uzņemtas personas ar GRT un specifiskām infekcijas slimībām. Klientiem ir iespēja saņemt medicīniskos izmeklējumus un procedūras par maksu, ja nav kontrindikāciju šo izmeklējumu veikšanai. Aprūpes centrā klients tiek uzņemts uz laiku, kamēr viņam nepieciešami sociālās aprūpes, sociālās rehabilitācijas vai veselības aprūpes pakalpojumi. Ar klientu tiek noslēgts līgums par aprūpes pakalpojuma saņemšanu.⁶⁹ Uzturēšanās Aprūpes centrā ir maksas pakalpojums, kas tiek noteikts saskaņā ar Daugavpils reģionālās slimnīcas maksas cenrādi. Samaksa par saņemto pakalpojumu tiek veikta, pamatojoties uz rēķinu, pārskaitot finansējumus uz slimnīcas norēķinu kontu vai iemaksājot nepieciešamo summu slimnīcas kasē.

⁶⁸ SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca" Aprūpes nodaļas speciālistu sniegtā informācija.

⁶⁹ SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca" tīmekļvietnē pieejamais līguma projekts. Pieejams: <https://slimnica.daugavpils.lv/slimnica/nodalas/apruses-nodala/>

Lielākajā daļā SAC nav veselības punkta, tāpēc tiek izmantots koordinētās aprūpes modelis ar multidisciplināru pieeju⁷⁰. Katrs speciālists novērtē un risina problēmas no savas jomas skatupunkta. Veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumu sniedzēji sadarbojas, lai nodrošinātu savlaicīgu un pielāgotu atbalstu. Katrs pakalpojuma sniedzējs veic savu konkrēto funkciju atbilstoši savām zināšanām. Piemēram, ārsts rūpējas par veselību, bet sociālais darbinieks vai cits speciālists nodrošina ikdienas atbalstu, kā tas tiek darīts daudzos SAC (skatīt tabulu 3.6.).

Tabula 3.6. Koordinēta aprūpes modeļa piemērs SAC, kur nav izveidots veselības punkts

Iestāde/organizācija	Darbības apraksts
Smiltenes novada pašvaldības "Gatartas pansionāts" ⁷¹	Smiltenes novada pašvaldības "Gatartas pansionātā"⁷² nav reģistrēti speciālistu kabineti, bet klientu veselības aprūpi nodrošina divas māšas un ģimenes ārsti. Ģimenes ārsts ierodas vizītēs pie SAC klientiem, vai arī klienti dodas pie ģimenes ārsta, kā arī komunikācija ar ģimenes ārstu un citiem speciālistiem tiek nodrošināta attālināti, izmantojot telemedicīnas pakalpojumus.⁷³ Saskaņā ar MK noteikumu Nr. 555 3.6.3. punktu valsts apmaksātas ģimenes ārsta mājas vizītes tiek nodrošinātas noteiktām iedzīvotāju grupām, tai skaitā personām, kuras saņem SAC pakalpojumu. Ar māsām ir noslēgts darba līgums, ar ģimenes ārstu ir noslēgts sadarbības līgums. Samaksa par māsu darbu tiek veikta no klientu un/vai viņu apgādnieku / likumisko pārstāvju, kā arī pašvaldības finanšu līdzekļiem, ja klientu uz SAC nosūtījusi pašvaldība, atbilstoši normatīvajam regulējumam un pašvaldībā noteiktajai SAC pakalpojuma saņemšanas kārtībai.

⁷⁰ Multidisciplināra pieeja (multidisciplinary approach) ir viena no senākajām sadarbības pieejām sociālā darba praksē, kas tiek īstenota, veidojot dažādu specialitāšu pārstāvju komandu kādas konkrētas problēmas risināšanai. Multidisciplinārā pieejā raksturīgi, ka katras jomas speciālists izvērtēšanu, intervenci un novērtēšanu veic no savas disciplīnas pozīcijām. Multidisciplinārās pieejas ietvaros ir attīstījusies starpdisciplināra un starpinstitucionāla sadarbība un komandas darbs, ko vada sociālais darbinieks. Multidisciplinārās pieejas ietvaros sociālā darbinieka uzdevumi ir, piem., apkopot, koordinēt un organizēt iesaistīto speciālistu darbu. Sociālajā darbā ar gadījumu multidisciplināra pieeja ir tipiska vispārīgajā praksē darbā ar gadījumu un gadījuma vadīšanā. (Sociālā darba vārdnīca, 257. - 258. lpp. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/23154/download?attachment>)

⁷¹ Pašvaldības SIA "Gatartas pakalpojumu aģentūra".

⁷² Smiltenes novada pašvaldības "Gatartas pansionāta" speciālistu sniegtā informācija.

⁷³ Ārstniecības likuma 1. panta 29. punkts "telemedicīna — attālināta veselības aprūpes pakalpojuma sniegšana, izmantojot informācijas un komunikācijas tehnoloģijas. Tā ietver ārstniecībai nepieciešamu medicīnisku datu un informācijas drošu pārsūtīšanu teksta, skaņu, attēlu vai citā formātā. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/44108-arstniecibas-likums>

Intervijās veselības sektora speciālisti vērta uzmanību, ka SAC pakalpojumos ģimenes ārstu vizītes ir apmaksātas, taču tas ir atkarīgs no ārstu kapacitātes. *"Ģimenes ārsta mājas vizītes ir apmaksātas, un sociālās aprūpes centri tiek uzskatīti par mājas vizītēm."* Tomēr ģimenes ārsti ir pārslogoti, un pacienti bieži ir smagi slimi, kam nepieciešama īpaša aprūpe. Medicīniskā personāla trūkums, īpaši naktīs, ir liels izaicinājums. *"Ne visos SAC naktīs ir medmāsas, īpaši vietās ar ierobežotiem resursiem."* Tāpat trūkst specializēta transporta un medicīnisko līdzekļu. *"Medmāsu trūkuma dēļ šis atbalsts mājās praktiski nepastāv."* Arī hospisa aprūpe ir nepietiekama, jo *"šo funkciju veic sociālie centri, kuriem trūkst nepieciešamo zināšanu, resursu un kvalifikācijas."* Visu šo problēmu dēļ lielākā daļa aprūpes balstās uz labdarību un cilvēcību, jo *"darbs notiek bez pietiekamiem laika resursiem un finansējuma."* (Pielikuma 1.4. nodaļa.)

ISA pakalpojumi dzīvesvietā

Izvērtējuma eksperti konstatējuši, ka AM pakalpojuma nodrošināšanā trūkst sadarbības starp veselības un sociālās aprūpes sistēmām, lai gan intervijās uzsvērts, ka *"Aprūpē mājās bieži vien nepieciešamas abas sadaļas – gan medmāsa, gan aprūpētājs, jo gadījumi ir dažādi un bieži prasa abu iesaisti."*

- ▶ Valsts apmaksāta (no VM budžeta) veselības aprūpe mājās pieejama klientiem ar hroniskām slimībām, pārvietošanās traucējumiem vai pēc ķirurģiskas ārstēšanas, nodrošinot medicīnisko aprūpi mājās apstākļos. Aprūpe ilgst līdz 30 dienām (hronisku slimību gadījumā) vai līdz 10 dienām (pēc ķirurģiskas ārstēšanas), un tās pagarināšanai nepieciešams ģimenes ārsta atzinums. Pakalpojumi ietver medikamentu ievadīšanu, ādas bojājumu un stomas aprūpi, enterālu barošanu, ilgstošu plaušu ventilāciju, vitālo rādītāju kontroli un pacienta apmācību. Aprūpi nodrošina sertificētas māsas, ārsta palīgi vai rehabilitācijas speciālisti, sniedzot iespēju saņemt nepieciešamo palīdzību mājās vidē.⁷⁴ Vienlaikus klients vai viņa tuvinieki var segt veselības aprūpi mājās no personīgajiem līdzekļiem.
- ▶ Sociālā aprūpe mājās nodrošina palīdzību personīgās aprūpes un ikdienas mājas darbu veikšanā klientiem, kuri paši to nespēj, ietverot higiēnas, pārvietošanās, ēdiena gatavošanas, mājas uzkopšanas un citu sadzīves darbību atbalstu, ko organizē pašvaldības sociālais dienests vai tā līgumpartneri (no pašvaldības budžeta). Tiesības uz šo pakalpojumu ir ikvienai personai, kurai tas objektīvi nepieciešams, bet trūcīgas personas no maksājuma ir atbrīvotas. Vienlaikus klients vai viņa tuvinieki var segt AM pakalpojumu no personīgajiem līdzekļiem.

Intervijās tika minēts, ka nepietiekamas aprūpes mājās iespējas un ierobežotā ISA pakalpojumu pieejamība bieži noved pie situācijām, kur klienti tiek novirzīti uz aprūpes centriem, pat ja tas nav optimālais risinājums. *"Aprūpe mājās ir nepietiekama, tāpēc viņam gandrīz piespiedu kārtā jādodas uz aprūpes centru."* Šo situāciju vēl sarežģī aprūpes pārejas trūkumi, īpaši pēc slimnīcas aprūpes: *"Pēc veselības aprūpes pakalpojuma būtu jāseko sociālajiem pakalpojumiem, taču pāreja ne vienmēr notiek saudzīgi un savlaicīgi."* Aprūpe mājās galvenokārt aprobežojas ar ikdienas palīdzību, piemēram, produktu piegādi vai mājokļa uzkopšanu, un *"medicīnas darbinieki tiek iesaistīti tikai pēc nepieciešamības."* Tas atspoguļo vispārējo nepietiekamību sadarbībā

⁷⁴ Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupe-majas>

starp veselības aprūpes un ISA pakalpojumiem, jo *"pašreizējā sadarbība starp sociālās un veselības aprūpes sniedzējiem ir nepietiekama."* (Pielikuma 1.4. nodaļa.)

Savukārt citos ISA pakalpojumos dzīvesvietā daļēji tiek nodrošināta veselības aprūpes komponente (skatīt tabulu 3.7.).

Tabula 3.7. Piemēri par veselības aprūpes komponentes integrēšanu ISA pakalpojumos dzīvesvietā

Rādītāja nosaukums	Rādītāja apraksts
DAC pakalpojums	Ogres novada pašvaldībā DAC pakalpojuma ietvaros bērniem ar FT⁷⁵ tiek nodrošināti fizioterapeita pakalpojumi gan grupās, gan individuāli. Ar bērniem strādā arī audiologopēds un mākslas terapeits. Šie speciālisti ir pieņemti darbā Sociālās rehabilitācijas pakalpojumu centrā, taču viņi sniedz pakalpojumus arī DAC klientiem. Biedrība "Rīgas pilsētas "Rūpju bērns""⁷⁶ nodrošina DAC pakalpojumu piecās vietās Rīgā un vienā Cēsīs. Rīgā pakalpojums tiek sniegts pilngadīgām personām ar GRT, bet Cēsīs – gan bērniem ar FT, gan pilngadīgām personām ar GRT. DAC pakalpojuma ietvaros tiek sniegti ergoterapeita un fizioterapeita pakalpojumi. Ar šiem speciālistiem tiek slēgti darba vai pakalpojuma līgumi, un samaksa par viņu pakalpojumiem ir iekļauta DAC pakalpojuma cenā. Biedrība "Latvijas Samariešu apvienība"⁷⁷, sniedzot DAC pakalpojumu personām ar GRT, vienu līdz divas reizes mēnesī nodrošina mākslas terapeita nodarbības gan grupā, gan individuāli atbilstoši klientu vajadzībām. DAC pakalpojuma ietvaros bērniem ar FT tiek piedāvātas logopēda un psihoterapijas speciālistu konsultācijas. Ar šiem speciālistiem tiek slēgti uzņēmuma vai pakalpojuma līgumi, un samaksa par pakalpojumiem ir iekļauta DAC pakalpojuma cenā. Balvu novada pašvaldības Sociālā pārvalde⁷⁸ ir izveidojusi Daudzfunkcionālo sociālo pakalpojumu centru, kura ietvaros tiek nodrošināts DAC pakalpojums. DAC klientiem tiek sniegts fizioterapeita pakalpojums, ar speciālistu tiek slēgts līgums, un pašvaldības Sociālais dienests veic samaksu par sniegto fizioterapeita pakalpojumu.

⁷⁵ Ogres novada pašvaldības tīmekļvietnē pieejamā informācija. Pieejams: https://www.ogrenet.lv/kultura/arpus-institucijas-socialie-pakalpojumi-berniem-un-pieaugusajiem-10758#google_vignette

⁷⁶ Biedrības "Rīgas pilsētas "Rūpju bērns"" speciālistu sniegtā informācija.

⁷⁷ Biedrības "Latvijas Samariešu apvienība" speciālistu sniegtā informācija.

⁷⁸ Balvu novada Sociālās pārvaldes speciālistu sniegtā informācija.

Rādītāja nosaukums	Rādītāja apraksts
	Biedrība “Rehabilitācijas centrs “Mēs esam līdzās””⁷⁹ nodrošina DAC pakalpojumu bērniem ar FT, kura ietvaros pakalpojumus sniedz ergoterapeits, fizioterapeits un audiologopēds. Ar šiem speciālistiem ir noslēgti darba līgumi, un samaksa par pakalpojumiem ir iekļauta DAC pakalpojuma cenā. Jūrmalas pilsētas pašvaldības Sociālais dienests nodrošina DAC pakalpojumu bērniem ar FT, kura mērķis ir sniegt atbalstu bērna likumiskajiem pārstāvjiem, mazināt bērna FT sekas un sekmēt bērna sociālo prasmju attīstību.⁸⁰ DAC pakalpojums ietver sociālā atbalsta sniegšanu, audiologopēda, fizioterapeita un ergoterapeita pakalpojumus, kā arī citu speciālistu konsultācijas atbilstoši bērna vajadzībām.⁸¹ Ar šiem speciālistiem tiek slēgti darba līgumi, un samaksa par pakalpojumiem tiek nodrošināta no pašvaldības finanšu līdzekļiem (pakalpojuma cena).⁸² Ventspils valstspilsētas pašvaldības Sociālais dienests⁸³ nodrošina DAC pakalpojumu personām ar FT, tostarp bērniem ar FT un pilngadīgām personām ar GRT, kurām ir noteikta invaliditāte. Pakalpojuma sniedzējs ir nodibinājums "Atbalsta centrs ģimenēm un bērniem ar īpašām vajadzībām "Cimdiņš". DAC pakalpojumu var saņemt, vēršoties tieši pie pakalpojuma sniedzēja vai Sociālajā dienestā. DAC piedāvā: • mūzikas terapijas nodarbības; • medicīna pakalpojumus; • rotaļu terapiju; • fizioterapeita pakalpojumus; • ergoterapeita pakalpojumus; • logopēda pakalpojumus. Ar šiem speciālistiem tiek slēgti darba vai uzņēmuma līgumi, un samaksa par pakalpojumiem tiek nodrošināta no pašvaldības un ESF finanšu līdzekļiem (pakalpojuma cena),

⁷⁹ Biedrības “Rehabilitācijas centrs “Mēs esam līdzās”” speciālistu sniegtā informācija.

⁸⁰ Jūrmalas domes 25.10.2022. saistošo noteikumu Nr. 51 “Par sociālajiem pakalpojumiem Jūrmalas valstspilsētas pašvaldībā” 103. punkts.

⁸¹ Turpat, 104. punkts.

⁸² DAC pakalpojuma sniedzēja speciālistu sniegtā informācija.

⁸³ Ventspils valstspilsētas pašvaldības sociālā dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija. Pieejams: <https://labklajiba.ventspils.lv/dienas-aprupes-centrs-personam-ar-funkcionaliem-traucejumiem/>

Rādītāja nosaukums	Rādītāja apraksts
	kā arī no ziedojumiem un dažādiem Latvijas un ES projektu finansējumiem.⁸⁴ Rēzeknes valstspilsētas pašvaldības Sociālais dienests⁸⁵ nodrošina DAC pakalpojumu bērniem ar FT un pilngadīgām personām ar GRT, kurām ir noteikta invaliditāte. DAC ietvaros tiek nodrošināts fizioterapeita pakalpojums, noslēdzot darba līgumu ar fizioterapeitu, un samaksa par šo pakalpojumu ir iekļauta DAC pakalpojuma cenā.⁸⁶ Talsu novada pašvaldības Sociālais dienests⁸⁷ nodrošina DAC pakalpojumu pilngadīgām personām ar GRT, ko sniedz: ▶ biedrība "Latvijas Sarkanais Krusts", kura ietvaros tiek nodrošināts fizioterapeita pakalpojums; ▶ nodibinājums "Ģimeņu un bērnu attīstības centrs "Brīnumiņš"", kurš nodrošina fizioterapeita, ergoterapeita un mūzikas terapeita pakalpojumus. Pakalpojuma sniedzēji slēdz līgumus (darba vai uzņēmuma) ar speciālistiem, un samaksa par šiem pakalpojumiem ir iekļauta DAC pakalpojuma cenā.⁸⁸ Jēkabpils novada pašvaldības Sociālais dienests⁸⁹ Daudzfunkcionālā sociālo pakalpojumu centra "Rosme" ietvaros sniedz DAC pakalpojumu bērniem ar FT, kur atbalstu nodrošina fizioterapeits, ergoterapeits un mūzikas terapeits. Ar minētajiem speciālistiem tiek slēgts pakalpojuma vai uzņēmuma līgums, un šo DAC pakalpojumu finansē pašvaldība un ESF. DAC galvenā atbildība par veselību bieži vien paliek ģimenes locekļu vai ģimenes ārstu ziņā. Kā intervijā minēja sociālo pakalpojumu sniedzēji, ka "<i>DAC sociālie darbinieki novēro un fiksē klienta uzvedību un izpausmes</i>", palīdzot ārstiem iegūt objektīvāku informāciju, jo klients bieži nevar precīzi izskaidrot savas sajūtas. Diemžēl "<i>vienotas organizācijas formas nav, jo veselības un sociālā sistēma strādā atsevišķi</i>", kas apgrūtina efektīvu sadarbību un

⁸⁴ Nodibinājuma „Atbalsta centrs ģimenēm un bērniem ar īpašām vajadzībām „Cimdiņš”” speciālistu sniegtā informācija.

⁸⁵ Rēzeknes valstspilsētas pašvaldības sociālā dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija. Pieejams: <https://www.sdrezekne.lv/pasvaldibas-finansetie-pakalpojumi#Dienasaprupescentrs>

⁸⁶ Rēzeknes valstspilsētas pašvaldības sociālā dienesta speciālistu sniegtā informācija.

⁸⁷ Talsu novada pašvaldības sociālā dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija. Pieejams: <https://www.talsunovads.lv/lv/pakalpojumi/dienas-aprupes-centra-pakalpojums-pilngadigam-personam-ar-gariga-rakstura-traucejumiem-talsu-novada-pasvaldiba>

⁸⁸ Talsu novada pašvaldības Sociālā dienesta speciālistu sniegtā informācija.

⁸⁹ Daudzfunkcionālā sociālo pakalpojumu centra "Rosme" speciālistu sniegtā informācija.

Rādītāja nosaukums	Rādītāja apraksts
	kopīgu mērķu sasniegšanu. Daudziem klientiem ar nopietnām veselības problēmām ir nepieciešami medikamenti, kuru lietošanas uzraudzība bieži vien netiek veikta pienācīgi, jo trūkst mediķu, īpaši DAC. <i>"Daudziem cilvēkiem, kas apmeklē šos centrus, nepieciešama medikamentu lietošana, un to uzraudzība un ievadīšana būtu jāveic mediķiem, nevis sociālajiem darbiniekiem."</i> (Pielikuma 1.4. nodaļa.)
GM pakalpojums	Biedrības "Rīgas pilsētas "Rūpju bērns""⁹⁰ GM "Mēness Māja"⁹¹, "Cerību dore" un "Šūpoles" klientiem tiek nodrošināta dzīvojamā telpa, sociālā aprūpe, individuāls atbalsts sociālo problēmu risināšanā, kā arī patstāvīgas dzīves prasmju apguve un uzturēšana, kā arī palīdzība svarīgās ikdienas situācijās. Šo pakalpojumu sniedz speciālistu komanda, tai skaitā pēc nepieciešamības piesaistīts ergoterapeits, kurš strādā ar klientu individuāli. Ar speciālistu tiek slēgts darba vai pakalpojuma līgums, un samaksa par ergoterapeita pakalpojumu ir iekļauta GM pakalpojuma cenā. Grupu mājās "Mēness Māja" tiek nodrošināts arī fizioterapeita pakalpojums, kas tiek piedāvāts pēc klientu pieprasījuma kā maksas pakalpojums, kuru pilnībā sedz klienti. Pakalpojumu sniedzējs GM pakalpojuma nodrošināšanā intervijā uzsvēra, ka galvenā sadarbība notiek ar psihiatriem un ģimenes ārstiem, kuri ir <i>"divi galvenie speciālisti šajā procesā."</i> Lai arī sadarbība tiek vērtēta kā laba, pastāv problēmas ar speciālistu trūkumu, kas ietekmē šo pakalpojumu pieejamību: <i>"Mediķu un psihiatru trūkums reizēm ietekmē pakalpojumu pieejamību un saņemšanas ātrumu."</i> Sarežģījumus rada arī klientu vai viņu tuvinieku attieksme pret medikamentiem, piemēram, <i>"vecāks ignorēja psihiatra ieteikumus, nenodrošinot nepieciešamos medikamentus,"</i> kas izraisīja agresiju un apdraudējumu gan klientam, gan darbiniekam. Darbs ar psihiatrijas klientiem ir sarežģīts, jo <i>"mediķi bieži atsakās palīdzēt krīzes situācijās,"</i> radot bezspēcības sajūtu. Tiek norādīts, ka <i>"Psihiatra atzinumu vajadzētu pieprasīt tikai pakalpojuma sākumā, nevis katru gadu"</i> un jāvienkāršo birokrātija. Liela loma ir individuālai ieinteresētībai un attieksmei, piemēram, <i>"GM iemītniecei ar pasliktinātu veselību kolēģi palīdzēja veikt magnētisko rezonansi, jo viņi pazīst šo cilvēku un spēja atrast kopīgu valodu."</i> Tomēr tiek norādīts, ka <i>"vienotas organizācijas formas nav, jo veselības un</i>

⁹⁰ Biedrības "Rīgas pilsētas "Rūpju bērns"" speciālistu sniegtā informācija.

⁹¹ Biedrības "Rīgas pilsētas "Rūpju bērns"" tīmekļvietnē pieejamā informācija. Pieejams: <http://www.rupjuberns.lv/strukturvienibas/grupu-maja-meness-maja/>

Rādītāja nosaukums	Rādītāja apraksts
	<i>sociālā sistēma strādā atsevišķi, katra savos ietvaros, ar savām kārtībām un noteikumiem.” (Pielikuma 1.4. nodaļa.)</i>
AB pakalpojums	BKUS novietnē “Gailezers”⁹² tiek nodrošināts īslaicīgas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojums bērniem “Atelpas brīdis”. Šī pakalpojuma ietvaros bērniem atbalstu un aprūpi sniedz medmāsu palīgi, kuri ir pieņemti darbā BKUS, un atlīdzība par viņu darbu ir iekļauta AB pakalpojuma cenā. Samaksa par AB pakalpojumu tiek veikta no tās pašvaldības līdzekļiem, kura piešķirusi pakalpojumu konkrētajam bērnam, atbilstoši pašvaldības saistošajiem noteikumiem un noteiktajai kārtībai.

Interviju dalībnieki izteica sekojošus viedokļus esošās finansēšanas plūsmas nodrošināšanā (Pielikuma 1.4. nodaļa):

- ▶ Lielākais izaicinājums ir finansējuma trūkums, kas kavē nepieciešamo ISA pakalpojumu nodrošināšanu, īpaši ilgstošas aprūpes jomā, ja tuvinieki nespēj palīdzēt: *“Ja apgādnieki nevar palīdzēt, tas paliek uz pašvaldības pleciem, kur arī budžets ir ierobežots.”*
- ▶ Sarežģītie finansēšanas mehānismi un to neskaidrais sadalījums starp sociālo un veselības aprūpi pasliktina situāciju: *“Ja SAC nav veselības aprūpes finansējuma, bet tikai pašvaldības finansējums, rodas jautājums par finansējuma sadali un efektivitāti.”* Turklāt trūkst speciālistu, piemēram, psihiatru, kas vēl vairāk ierobežo pakalpojumu pieejamību.
- ▶ Sistēmas sarežģītība un sadarbības trūkums starp dažādām institūcijām ir būtisks šķērslis efektīvai aprūpei: *“Finansējumi ir nodalīti. Sadalījums ir neskaidrs un sarežģīts.”* Tāpēc tiek ieteikts ieviest vienkāršāku pieeju, kur *“finansējums sekotu cilvēkam,”* nodrošinot elastīgāku un pieejamāku aprūpes modeli.
- ▶ Divu atsevišķu finansēšanas sistēmu darbība – veselības un sociālajai aprūpei – nav efektīva, jo tās nepietiekami aptver aprūpes vajadzības.
- ▶ Tāpat ir problēmas ar neracionālu līdzekļu izlietojumu: *“Ja naudas resursi ir ierobežoti, jāseko līdzi, lai līdzekļus izlietotu racionāli.”*
- ▶ Ierosināts veidot integrētu finansēšanas modeli, kas koncentrētos uz cilvēka vajadzībām neatkarīgi no tā, vai tas ir sociālais vai veselības aprūpes pakalpojums: *“Šāda sistēma varētu iet caur apdrošinātājiem vai pensiju apdrošināšanu, kas pārstāv cilvēka intereses un nodrošina nepieciešamos pakalpojumus.”*

Savukārt fokusgrupas diskusijā izskanēja viedokļi, ka pašreizējā finansēšanas sistēma veicina sadarbības trūkumu starp sociālās un veselības aprūpes iestādēm: *„Slimnīcas vēlas ātrāk atbrīvoties no pacienta, savukārt sociālās aprūpes centri, sastopoties ar mazāko akūto problēmu, aicina neatliekamo palīdzību un nosūta klientu atpakaļ uz slimnīcu.”* Samazinātās pašvaldību finanšu iespējas ierobežo pakalpojumu pieejamību īpaši tiem, kuri nespēj maksāt, jo *„pašlaik izvēles iespējas ir tikai tiem, kas spēj maksāt.”* Risinājums varētu būt elastīga finansēšanas sistēma ar privātā sektora iesaisti: *„Rīgā ir panākts, ka privāti investē, piemēram, pansionātos, jo ir izveidots skaidrs*

⁹² BKUS Sociālā dienesta speciālistu sniegtā informācija.

finansēšanas modelis, kas nodrošina publisko līdzfinansējumu un pārējo finansējumu no tuviniekiem un klientiem.” Regulējums ar individuālajiem budžetiem ļautu klientiem kontrolēt līdzekļus: „Individuālajā budžetā valsts un pašvaldību atbalstu varētu pārvērst klienta rīcībā esošā finansējumā, ko viņš izmantotu pēc savām vajadzībām.” Tāpat nepieciešams, lai dažādi finansēšanas avoti kopīgi nodrošinātu veselības aprūpes un ISA pakalpojumus: „Ja katrs savus labos nodomus finansētu ar savu daļu, es uzskatu, ka mēs ātri vienotos par lētāko, efektīvāko un klienta interesēm vislabāk atbilstošo pakalpojumu.” (Pielikuma 2.3. nodaļa.)

Secinājumi un priekšlikumi

Secinājumi

Veselības aprūpe un sociālā aprūpe ir savstarpēji saistītas, tādēļ tās jāuzlūko kā vienota sistēma, nevis atsevišķas jomas. Ilgtermiņa aprūpes problēmas palielina slodzi veselības aprūpei un otrādi, kas rada papildu izaicinājumus abu sistēmu darbībai. Lai nodrošinātu pārdomātu resursu izmantošanu un mazinātu noslodzi, nepieciešama integrēta pieeja veselības un sociālās politikas plānošanā.

Starptautiskā pieredze

1. Integrētā aprūpe ir būtiska, lai nodrošinātu cilvēkcentrētu un nepārtrauktu atbalstu personām ar ilgtermiņa aprūpes vajadzībām. Tā vieno veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumus, pielāgojot tos katras personas vajadzībām un mazinot sistēmas sadrumstalotību. Tomēr daudzu valstu pieredze liecina, ka integrētās aprūpes ieviešana ir sarežģīta, jo nepieciešama cieša starpnozaru sadarbība, skaidri noteikta atbildības sadale un nepārtraukta koordinācija starp dažādiem pakalpojumu sniedzējiem.
2. Sabiedrībā balstīti pakalpojumi tiek atzīti par labāku alternatīvu tradicionālajai institucionālajai aprūpei, jo tie sniedz individualizētu atbalstu un veicina sociālo integrāciju. Īrijas un citu valstu pieredze rāda, ka multidisciplināras komandas, kas nodrošina primāro un speciālo aprūpi tuvāk cilvēka dzīvesvietai, samazina hospitalizācijas nepieciešamību un uzlabo dzīves kvalitāti.
3. Uzsvērtā nepieciešamība integrēt mācības par invaliditāti veselības aprūpes profesionāļu izglītībā, ietverot prasmi atpazīt un nodrošināt personu ar invaliditāti veselības vajadzības. Uzsvars likts uz iekļaujošu valodu un komunikāciju. Lai gan pastāv atsevišķi piemēri, trūkst pierādījumu par šādu mācību sistēmisku ieviešanu nacionālā līmeņa izglītības programmās.
4. Novecojošā sabiedrībā pieaug pieprasījums pēc aprūpes hronisku un ilgtermiņa slimību dēļ. Vecāka gadagājuma cilvēkiem nepieciešams plašs atbalsts veselības aprūpes, sociālās aprūpes un ikdienas vajadzību nodrošināšanai, kas mainās līdz ar vecumu. Tāpēc daudzās valstīs tiek veicināta uz personu centrēta integrēta aprūpe, lai uzlabotu dzīves kvalitāti.
5. OECD valstīs aprūpes koordinācija starp veselības aprūpes un sociālās aprūpes jomām ir ilgtermiņa aprūpes politikas prioritāte. Aptuveni trešdaļa valstu jau ieviesušas pasākumus pakalpojumu koordinācijas uzlabošanai un integrētākas aprūpes veicināšanai.

Sadarbības modeļi

1. Integrētas pieejas ieviešana ir būtiska visos veselības un sociālās aprūpes posmos, kas saistīti ar ilgtermiņa aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu. Virzībā uz integrētu aprūpes modeļi ir pieņemts normatīvais regulējums par veselības punktu izveidi SAC, kuros klientu skaits ir 49 un vairāk. Tomēr Latvijā kopumā trūkst sistēmiskas sadarbības starp veselības aprūpes un sociālās aprūpes jomām, tostarp starp ģimenes ārstiem, ambulatorajiem un stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un SAC, AM pakalpojumu sniedzējiem.

2. SAC pakalpojumu ietvaros uzsākta integrētās aprūpes modeļa ieviešana, un līdz šim veselības punkti vai speciālistu kabineti ir izveidoti 92% valsts SAC un 20% citu pakalpojumu sniedzēju SAC.
3. Integrētās veselības aprūpes un sociālās aprūpes formas galvenokārt pastāv SAC pakalpojumā, bet reti tiek pielietotas ISA pakalpojumiem dzīvesvietā.
4. Veselības aprūpes komponente nelielā apjomā ir integrēta tādos ISA pakalpojumos kā DAC pakalpojumā, GM pakalpojumā un minimāli arī AB pakalpojumā.
5. AM pakalpojuma nodrošināšanā tiek īstenots koordinētais aprūpes modelis, taču mijiedarbība starp veselības aprūpi un sociālo aprūpi ir ierobežota un minimāla.
6. Sociālās aprūpes komponentes iekļaušana stacionārajās veselības iestādēs un veselības aprūpes komponentes iekļaušana sociālo dienestu darbā ir būtisks integrētās aprūpes modeļa elements, kas veicina mijiedarbību starp veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu.

Organizācijas formas

1. Dažās pašvaldībās, piemēram, Valmieras novada pašvaldībā, veselības aprūpes komponente ir integrēta sociālā dienesta darbībā, veicinot proaktīvu sabiedrības veselības uzlabošanu un profilakses pasākumus, tomēr tā nav plaši izplatīta un atkarīga no katras pašvaldības iniciatīvas.
2. Sociālie dienesti, ISA pakalpojumu sniedzēji un veselības aprūpes iestādes bieži darbojas atsevišķi savas kompetences ietvaros, bez pietiekamas sadarbības un informācijas apmaiņas. Šādas koordinācijas trūkums rada nepilnības aprūpes procesā, kas var novest pie pakalpojumu pārklāšanās, savlaicīgas palīdzības aizkavēšanās vai pat aprūpes pārtraukuma, īpaši gadījumos, kad personai vienlaikus nepieciešami gan veselības aprūpes, gan sociālās aprūpes pakalpojumi.
3. Pāreja no stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem uz sociālo aprūpi bieži ir sarežģīta un nepietiekami koordinēta speciālistu sadarbības trūkuma dēļ. Gan SAC, gan tuvinieki, gan AM pakalpojuma sniedzēji nereti saņem klientus ar sarežģītiem veselības stāvokļiem bez skaidriem veselības aprūpes norādījumiem, kas apgrūtina aprūpes nodrošināšanu, palielina atkārtotas hospitalizācijas risku, vienlaikus radot papildu slodzi SAC, tuviniekiem un AM pakalpojuma sniedzējiem.
4. Problemātiska situācija ir arī AM pakalpojuma nodrošināšanā klientiem, kuriem nepieciešama veselības aprūpe un sociālā aprūpe. Trūkst sadarbības starp veselības aprūpes un sociālās aprūpes sistēmām, kas apgrūtina klientu vajadzībām pielāgota kompleksa atbalsta un aprūpes nodrošināšanu.

Finansēšanas plūsmas

1. Veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumu finansējums nāk no dažādiem avotiem, taču starp tiem nav skaidra sadalījuma un mehānisma, kas nodrošinātu pārskatāmu līdzekļu izmantošanu. Tas rada situācijas, kur vienā jomā finansējums var būt nepietiekams, bet citā – netiek pilnībā izmantots, savukārt klientiem trūkst nepieciešamo pakalpojumu.
2. Nav skaidras finansēšanas prioritāšu sadales starp veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumiem, jo katra nozare sedz savus izdevumus atsevišķi. Tomēr sociālo pakalpojumu sniedzēji nereti finansē arī veselības aprūpes pakalpojumus, kas ietilpst viņu sniegtajos pakalpojumos, radot neskaidrības un pārklāšanos atbildības un finansējuma sadalījumā.

3. Lai uzlabotu veselības aprūpes pieejamību SAC, 2028. gadā plānots obligāti ieviest veselības punktus SAC ar 49 un vairāk vietām. No 2028. gada pašvaldībām tiks piešķirtas mērķdotācijas šo punktu izveidei, taču pašlaik nav skaidrs mehānisms, kā nodrošināt finansējumu ilgtermiņā un darbības nepārtrauktību.
4. No 2025. gada SAC tiks pakāpeniski ieviests vienots veselības aprūpes pakalpojumu klāsts, prioritizējot lielākos SAC ar vairāk nekā 149 vietām. SAC slēgs līgumus ar NVD, kas nodrošinās valsts apmaksātus pakalpojumus, finansējot tos ar fiksētiem ikmēneša maksājumiem, ietverot speciālistu darba samaksu un valsts sociālās apdrošināšanas iemaksas. Reforma veicinās integrētās aprūpes modeļa ieviešanu un uzlabos veselības aprūpes pieejamību SAC.

Priekšlikumi

1. Balstoties uz ārvalstu un starptautisko publikāciju secinājumiem, kā arī citu valstu integrētas aprūpes pakalpojumu sniegšanas piemēriem, Latvijā būtu pārņemams:
 - ▶ Latvijai, ieviešot PVO cilvēkcentrētu veselības aprūpes modeli, tajā jāintegrē arī sociālās aprūpes pakalpojumi, lai nodrošinātu savlaicīgu, koordinētu un nepārtrauktu aprūpi visos personas dzīves posmos.
 - ▶ Sabiedrībā balstītai aprūpei jānodrošina pakalpojumu pieejamība pēc iespējas tuvāk cilvēka dzīvesvietai, nodrošinot visā Latvijā vienlīdzīgu pieeju personu vajadzību izvērtēšanā, piesaistot starpdisciplināras speciālistu komandas, lai bērni un pilngadīgas personas ar sarežģītām vajadzībām saņemtu pielāgotu un savlaicīgu atbalstu neatkarīgi no dzīvesvietas.
 - ▶ Mācības par personu ar invaliditāti aprūpi nepieciešams iekļaut visu veselības aprūpes speciālistu izglītības līmeņu programmās – sākot no profesionālās izglītības līdz augstākās izglītības studijām medicīnas un sociālās aprūpes jomā. Šāda izglītība sagatavotu speciālistus iekļaujošu pakalpojumu sniegšanai, personu ar invaliditāti vajadzību, komunikācijas īpatnību un ar veselības aprūpes pieejamību saistīto izaicinājumu izpratnei, tādējādi veicinot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un uzlabojot to kvalitāti.
 - ▶ Visās pašvaldībās jānodrošina agrīna problēmu atklāšana, daudzveidīgi pakalpojumi un starpsektoru sadarbība bērniem, īpaši ar invaliditāti, garantējot savlaicīgu atbalstu un pieejamus resursus atbilstoši individuālajām vajadzībām.
 - ▶ Jāizvērtē PVO integrētās aprūpes modeļa ieviešana vecāka gadagājuma personām, nodrošinot personalizētus aprūpes plānus ar visaptverošu pieeju un nepieciešamajiem risinājumiem atbilstoši individuālajām vajadzībām.
 - ▶ Jāievieš labās prakses piemēri veselības aprūpes un sociālās aprūpes integrācijā, īpaši veicinot sadarbību starp formālajiem un neformālajiem aprūpētājiem, lai samazinātu hospitalizāciju gadījumus.
 - ▶ Pieaugot ilgtermiņa aprūpes sarežģītībai, jāinvestē darbinieku mācībās, īpaši par geriatriju, demenci, drošību, stresa vadību, efektīvu komunikāciju un jaunākajām tehnoloģijām aprūpē.
 - ▶ Lai nodrošinātu pieejamus un koordinētus pakalpojumus vecāka gadagājuma personām un hronisku slimību pacientiem, OECD valstīs tiek attīstīti integrēti veselības aprūpes un sociālās aprūpes risinājumi, kas kā labās prakses piemēri būtu īstenojami arī Latvijā, piemēram, mobilie AM pakalpojumi, plašāk

- pieejama īslaicīgā aprūpe⁹³, gadījuma vadītāju, multidisciplinārās komandas un starpprofesionālās komandas iesaiste atbalsta un aprūpes nodrošināšanā.
2. Turpināt īstenot stratēģiju SAC veselības punktu izdevumu (gan izveidošanas, gan uzturēšanas) finansēšanai no valsts pamatbudžeta, paplašinot valsts finansiālo atbalstu arī tiem SAC, kuros personu skaits sasniedz 49 vai vairāk, lai nodrošinātu SAC klientiem vienlīdzīgu piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem.
 3. Lai uzlabotu SAC klientu ārstēšanu un veselības stāvokļa uzraudzību, nepieciešams attīstīt telemedicīnas pakalpojumus, nodrošinot attālinātu saziņu starp klientiem, ģimenes ārstiem un speciālistiem. Definēt sniedzamos pakalpojumus, finansēšanas kārtību, speciālistu un iesaistīto institūciju lomas, mērķa grupas, IT infrastruktūras un datu drošības prasības.
 4. Slimību agrīnas atpazīšanas un savlaicīgas ar to saistīto problēmu risināšanas veicināšanai nepieciešamas īstenot izglītojošas kampaņas, kas palīdzētu sabiedrībai atpazīt dažādu slimību sākotnējās pazīmes, piemēram, Alcheimera slimības. Šādas kampaņas sniegtu informāciju par slimību simptomiem un nepieciešamajām rīcībām, lai novērstu to atklāšanu vēlīnā stadijā, kad ārstēšana un aprūpe kļūst sarežģītāka. Turklāt būtiski izstrādāt skaidrus un viegli pieejamus informācijas resursus dažādos kanālos un formātos, kas palīdzētu iedzīvotājiem labāk izprast pieejamos resursus un atbalsta iespējas, kā arī orientēties valsts, pašvaldības, NVO un citu institūciju piedāvātajos veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalposmos.
 5. Lai nodrošinātu nepārtrauktu un koordinētu pāreju no stacionārās veselības aprūpes uz sociālo aprūpi, nepieciešams ieviest standartizētu informācijas apmaiņas sistēmu starp ārstniecības iestādēm, SAC un AM pakalpojumu sniedzējiem. Jāizstrādā vienots klientu aprūpes vadlīniju kopums, kas ietvertu detalizētu informāciju par klienta veselības stāvokli, nepieciešamo aprūpi un turpmāko ārstēšanu. Šāds risinājums novērstu pārrāvumus aprūpē, samazinātu atkārtotas hospitalizācijas risku un veicinātu efektīvāku sociālās aprūpes un veselības aprūpes resursu izmantošanu.
 6. Būtiski stiprināt slimnīcu sociālo darbinieku lomu, piešķirot tiem lielāku iesaisti klientu un viņu tuvinieku atbalstā, kā arī klientu informēšanu par turpmākajām aprūpes iespējām, pielāgojoties klienta individuālajām vajadzībām un dzīvesvietas apstākļiem. Izveidot skaidru sadarbības modeli, nosakot atbildību sadali, jo kopīgi risinot problēmas, iespējams panākt labāku veselības aprūpes un sociālās aprūpes sistēmu mijiedarbību.
 7. Lai mazinātu sistēmas sarežģītību un veicinātu institūciju sadarbību, būtu lietderīgi, kā vienu no aprūpes finansēšanas modeļiem, ieviest individuālo budžetu, kurā līdzekļi seko klientam. Šāda pieeja ļautu pielāgot atbalstu individuālajām vajadzībām, nodrošinot skaidrāku un pieejamāku finansējuma sadali. Individuālā budžeta regulējums dotu klientiem iespēju pārvaldīt valsts un pašvaldību piešķirtos līdzekļus, ļaujot tos izmantot atbilstoši personiskajām aprūpes vajadzībām.
 8. Izveidot e-veselības un SOPA sistēmu savienojamību, lai nodrošinātu efektīvu informācijas plūsmu starp ārstniecības iestādēm un sociālajiem dienestiem klientu ārstēšanas un aprūpes organizēšanā. Ārstiem e-veselībā jābūt iespējai ne tikai dokumentēt klienta diagnozi un veselības stāvokli, bet arī nosūtīt pieprasījumu sociālajam dienestam par nepieciešamo atbalstu un aprūpi, kas automātiski tiktu pārsūtīts SOPA sistēmai. Saņemot šo informāciju, sociālajam dienestam jānodrošina klienta situācijas analīze un rehabilitācijas / aprūpes plāna

⁹³ Īslaicīgu sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu institūcijā saskaņā ar saistošajiem noteikumiem Latvijā nodrošina piecas pašvaldības – Ventspils, Jūrmalas un Rīgas valstspilsēta, Ventspils un Ludzas novads.

sagatavošana. Lai atbalsts būtu pilnvērtīgs, sociālajam dienestam jābūt pieejamai informācijai par klienta veselības stāvokli, tostarp diagnozi, ārstēšanas gaitu, lietotajiem medikamentiem un ģimenes ārsta, speciālistu aprūpes ieteikumiem.

9. Izstrādāt integrētās aprūpes modeli AM pakalpojumu sniegšanā visām mērķa grupām, kura ietvaros tiktu nodrošināta mijiedarbība starp veselības aprūpi un sociālo aprūpi. Piemēram, lai nodrošinātu personām ar vienlaicīgu veselības aprūpes un sociālās aprūpes nepieciešamību integrētu atbalstu, varētu ieviest mobilās aprūpes pakalpojumu, ko sociālās aprūpes jomā jau šobrīd nodrošina daļa pašvaldību⁹⁴. To nodrošinātu starpdisciplināra komanda, kuras sastāvā būtu māsa, aprūpētājs un, pēc nepieciešamības tiktu piesaistīti citi speciālisti, piemēram, fizioterapeits, ergoterapeits vai neirologs. Ģimenes ārsta praksē strādājošajai mātai un sociālā dienesta vai pakalpojuma sniedzēja sociālajam darbiniekam jānodrošina cieša sadarbība, veicinot elektronisku datu apmaiņu starp e-veselību un SOPA. Mātai jāuzņemas atbildība par veselības aprūpes uzraudzību un plānošanu, bet sociālajam darbiniekam – par sociālās aprūpes koordināciju, veidojot vienotu ārstēšanas un aprūpes plānu. Integrēto AM pakalpojumu primāri veic māsa vai māsas palīgs un aprūpētājs, pēc nepieciešamības piesaistot funkcionālos speciālistus un ārstus speciālistus.
10. Izstrādāt un ieviest integrētā aprūpes modeļa klientu ārstēšanas un aprūpes plāna paraugu, nosakot tā saturu, ieviešanas kārtību un iesaistīto speciālistu atbildību. Plānā jāiekļauj ārstēšanas un aprūpes mērķi, iznākuma rādītāji, riska faktori, klienta pašaprūpes aktivitātes un nepieciešamie veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumi. Ģimenes ārstam un sociālajam darbiniekam, nepieciešamības gadījumā sadarbojoties ar speciālistiem, jānodrošina ārstēšanas un aprūpes plāna izstrāde un īstenošana. Jāattīsta e-veselības un SOPA funkcionalitāte, nodrošinot ārstēšanas un aprūpes plāna reģistrāciju, aktualizēšanu un datu apmaiņu starp iesaistītājām pusēm.
11. Izstrādāt un ieviest klientu pašaprūpes atbalsta programmas ārstniecības iestādēs un sociālajos dienestos, paredzot klientiem grupu atbalstu, mentoringu un izglītošanu pašaprūpes prasmju uzlabošanā (kā efektīvāk pārvaldīt savu veselību un sadzīvi, veicinot cilvēku spēju rūpēties par savu veselību un ikdienas vajadzībām). Lai ieviestu klientu pašaprūpes atbalsta programmas, nepieciešams finansējums mācību programmu izstrādei un īstenošanai, nosakot formātus (klātienē, tiešsaistē) un informācijas izplatīšanu caur ārstniecības iestādēm, pašvaldībām un pacientu organizācijām.
12. AB pakalpojumā ir būtiski iekļaut veselības aprūpes un sociālās aprūpes integrēto pieeju, lai nodrošinātu kvalitatīvu atbalstu visām mērķa grupām, pielāgojoties viņu FT specifikai.
13. Izveidot vienotu veselības un sociālās aprūpes sadarbības pieeju DAC visām mērķa grupām, iekļaujot medicīnas personālu medikamentu lietošanas uzraudzībai un veselības stāvokļa monitoringam, kā arī ārstniecības speciālistus (ergoterapeitus, fizioterapeitus, audiologopēdus u.c.), kas sniegtu veselības aprūpes atbalstu uz vietas DAC. Lai to īstenotu, nepieciešams nodrošināt atbilstošu finansējumu veselības aprūpes speciālistu piesaistei.

⁹⁴ Saskaņā ar pašvaldību saistošajiem noteikumiem par sociālajiem pakalpojumiem astoņas pašvaldības AM pakalpojuma ietvaros nodrošina mobilās aprūpes kompleksa pakalpojumu, piemēram, Aizkraukles, Gulbenes, Madonas, Balvu novads.

Kopsavilkums

Mijiedarbība starp veselības aprūpi un sociālo aprūpi ir būtiski svarīga, lai nodrošinātu ilgtspējīgu un visaptverošu sabiedrības labklājību, jo īpaši ņemot vērā mūsdienu demogrāfiskās un sabiedrības veselības tendences, tostarp sabiedrības novecošanos un hronisko slimību pieaugumu.

Lai gan veselības aprūpe un sociālā aprūpe darbojas atšķirīgās jomās, tās ir cieši saistītas un viena otru papildina. Veselības aprūpe fokusējas uz ārstēšanu un profilaksi, savukārt sociālā aprūpe sniedz atbalstu personām ar FT un vecāka gadagājuma personām, palīdzot viņiem saglabāt neatkarību. Efektīva šo sistēmu sadarbība nodrošina pielāgotu un nepārtrauktu atbalstu atbilstoši personas individuālajām vajadzībām.

Saskaņā ar PVO novērtējumu 2021. gadā aptuveni 1,3 miljardi cilvēku jeb 16% pasaules iedzīvotājiem bija invaliditāte, un tās izplatība pieaug neinfekcijas slimību izplatības, ilgākas dzīves un novecošanas dēļ. Personas ar invaliditāti biežāk saskaras ar sliktāku veselību, agrīnu mirstību un smagākiem funkcionēšanas ierobežojumiem. ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām, kuras dalībniece ir ES un tās 27 dalībvalstis, ir vērsta uz to, lai nodrošinātu, ka personas ar invaliditāti var vienlīdzīgi izmantot visas cilvēktiesības un brīvības, kā arī tiktu ievērota viņu cieņa. Īpaša uzmanība tiek pievērsta bērniem ar invaliditāti.

2013. gadā PVO uzsāka globālu iniciatīvu, lai pārorientētu veselības aprūpes sistēmu no slimnīcās centrētas pieejas uz integrētu, cilvēkcentrētu modeli, kas pielāgots personu vajadzībām visos dzīves posmos un nodrošina savlaicīgu, koordinētu un nepārtrauktu aprūpi. Īpaša uzmanība tiek pievērsta veselības aprūpes un sociālās aprūpes integrācijai. 2023. gadā arī Latvija pievienojās šai iniciatīvai, parakstot sadarbības stratēģiju ar PVO uz četriem gadiem, lai veicinātu cilvēkcentrētas un integrētas veselības aprūpes attīstību.

Deinstitucionalizācija, īpaši garīgās veselības jomā, tiek plaši atzīta par nozīmīgu pieeju. Lai gan sabiedrībā balstīti pakalpojumi tiek uzskatīti par labāko risinājumu garīgās veselības aprūpei, daudzās zemā un vidēja ienākumu līmeņa valstīs joprojām lielākā daļa resursu tiek novirzīta institūciju uzturēšanai. Taču pieredze rāda, ka sabiedrībā sniegtie pakalpojumi personām ar GRT ir rezultatīvi, un šī pieeja jau tiek veiksmīgi īstenota daudzās valstīs. Tomēr, neraugoties uz panākto progresu, ES joprojām institūcijās dzīvo liels skaits personu ar invaliditāti, tostarp vairāk nekā 1 miljons cilvēku jaunāki par 65 gadiem un vairāk nekā 2 miljoni vecāki par 65 gadiem.

2021. gada martā EK pieņēma Personu ar invaliditāti tiesību stratēģiju 2021.-2030. gadam, kas ietver pasākumus deinstitucionalizācijai, sociālajai aizsardzībai un vienlīdzīgas piekļuves nodrošināšanai veselības aprūpē, paredzot iespējas personām ar invaliditāti dzīvot piekļūstamos grupu mājokļos ar aprūpi vai savās mājās, kā arī izveidot augstas kvalitātes sociālo pakalpojumu sistēmu.

PVO un UNICEF aicina valdības nodrošināt atbalsta pasākumus, lai jau no dzimšanas veidotu bērnu attīstībai labvēlīgus apstākļus un veicinātu sabiedrības veselību un labbūtību, īpaši uzsverot profilaksi un agrīnu problēmu atklāšanu, daudzveidīgu

pakalpojumu pieejamību, īpaši bērniem ar invaliditāti vai specifiskām vajadzībām, kā arī multidisciplināra atbalsta nodrošināšanu bērniem ar FT vai hroniskām slimībām.

Novecojošā sabiedrībā pieaug pieprasījums pēc aprūpes, ko galvenokārt izraisa hronisku un ilgtermiņa slimību skaita pieaugums. Pieaugot vecumam, veselības traucējumi rada nepieciešamību pēc plašākiem veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumu veidiem. Tāpēc daudzās valstīs tiek veicināta uz personu centrēta integrēta aprūpe, lai uzlabotu personu dzīves kvalitāti. PVO ir izstrādājusi vecāka gadagājuma personu integrētās aprūpes modeli (ICOPE), kas piedāvā nepārtrauktu atbalstu – no slimību profilakses līdz aprūpei.

Paaugstinoties dzīves līmenim OECD valstīs, pieaug pieprasījums pēc ilgtermiņa aprūpes pakalpojumiem, tostarp izvēles iespējām, pieejamības un finansēšanas risinājumiem. OECD valstis par prioritāti ilgtermiņa aprūpes politikā izvirza veselības aprūpes un sociālās aprūpes integrāciju. Aptuveni trešdaļa valstu jau ieviesušas pasākumus integrētās aprūpes veicināšanai, piemēram:

- ▶ mobilo veselības aprūpes pakalpojumus mājās, kas nodrošina slimnīcas līmeņa aprūpi mājas vidē;
- ▶ koordinētu aprūpi, kur gadījuma vadītājs – māsa vai sociālais darbinieks – sadarbojas ar ārstiem un speciālistiem;
- ▶ starpposma jeb īslaicīgās aprūpes pakalpojumu paplašināšanu, kas ir kā alternatīva hospitalizācijai samazina ilgtermiņa aprūpes nepieciešamību un atkārtotas hospitalizācijas;
- ▶ gadījuma vadītāju iesaisti, kas atvieglo administratīvos procesus un uzlabo aprūpes koordināciju;
- ▶ multidisciplināras komandas ilgtermiņa aprūpē, kas veicina autonomiju, un aprūpi, palīdzot personām ilgāk uzturēties mājās, mazinot ikdienas aktivitāšu grūtības, kritienu risku un uzlabojot sociālo iesaisti;
- ▶ starpprofesionālās komandas, kas nodrošina kompleksu veselības aprūpi un sociālo aprūpi, iesaistot primārās aprūpes ārstus, specializētas māsas, dietologus, logopēdus un sociālos darbiniekus.

Latvijā joprojām pastāv būtiski izaicinājumi veselības aprūpes un sociālās aprūpes integrācijā, jo trūkst skaidri definētu sadarbības mehānismu, vienotu datu apmaiņas sistēmu un stabila finansējuma šāda modeļa īstenošanai. Lai sekmīgi ieviestu integrētu aprūpi, nepieciešams attīstīt vienotu pārvaldības sistēmu, kas nodrošinātu savlaicīgu informācijas apmaiņu starp veselības aprūpes institūcijām un sociālajiem dienestiem, kā arī izstrādāt finansēšanas mehānismus, kas nodrošina pakalpojumu pieejamību un kvalitāti ilgtermiņā.

Izvērtējuma eksperti analizēja ISA un veselības aprūpes pakalpojumu mijiedarbību Latvijā, strukturējot analīzi **trīs galvenajos virzienos**, kas orientēti uz personu vajadzībām:

- ▶ Savlaicīga riska faktoru novērtēšana un diagnostika.
- ▶ Personas aprūpes un atbalsta vajadzību identificēšana un novērtēšana.
- ▶ ISA pakalpojumu saņemšana.

Savlaicīga riska faktoru novērtēšana un diagnostika

Riska faktoru savlaicīga izvērtēšana un diagnostika ir vērsta uz agrīnu problēmu noteikšanu un novēršanu. Tā ietver regulāras veselības pārbaudes, diagnostikas procedūras un profilaktisku pieeju hronisku slimību un FT atklāšanai, uzlabojot ārstēšanas efektivitāti un samazinot ilgtermiņa slodzi veselības un sociālās aprūpes sistēmām.

Veselības aprūpes speciālisti uzsver sabiedrības izglītošanas nozīmi slimību agrīnā atklāšanā. Bieži vien ģimenes nopietnas slimības, piemēram, Alcheimera slimību, atklāj tikai vēlīnā stadijā, tāpēc nepieciešamas izglītojošas kampaņas. Nepietiekama plānošana un finansiālie ierobežojumi apgrūtina kvalitatīvu aprūpi, īpaši hronisku slimību, piemēram, Parkinsona slimības, gadījumā. Psihiatru iesaiste bieži ir novēlota, kas traucē palīdzības sniegšanu.

Daļa pašvaldību iekļauj veselības aprūpes komponenti sociālo dienestu struktūrā. Valmieras novadā izveidota Veselības aprūpes nodaļa, kas nodrošina veselības pieejamību, slimību profilaksi un mājas vizītes mazaizsargātām grupām. Rīgas pašvaldībā Labklājības departamentā ir izveidota struktūrvienība – Veselības pārvalde, kas veicina ģimenes ārstu pieejamību un īsteno sabiedrības veselības pasākumus, tai skaitā izglītošanu un atbalstu veselīga dzīvesveida veicināšanai.

Personas aprūpes un atbalsta vajadzību identificēšana un novērtēšana

Personas aprūpes un atbalsta vajadzību identificēšana un novērtēšana ietver visu nepieciešamo pakalpojumu spektra izvērtēšanu, sākot no veselības aprūpes un beidzot ar sociālo atbalstu un aprūpi. Šajā procesā būtiska ir sadarbība starp ģimenes ārstiem, gan veselības jomas, gan sociālās jomas speciālistiem un sociālajiem darbiniekiem, lai izveidotu holistisku un pielāgotu aprūpes plānu.

Izvērtējuma eksperti, apkopojot informāciju par personas vajadzību identificēšanu un novērtēšanu ISA pakalpojumu saņemšanai, kur veselības aprūpes un sociālās aprūpes komponentes cieši mijiedarbojas, izdalīja trīs veidus:

- ▶ starpprofesionālu komanda, kas veic personas pašaprūpes, neatkarības un patstāvīgās dzīves spēju un prasmju izvērtēšanu saskaņā ar Ministru kabineta noteikumos Nr. 138 noteikto kārtību;
- ▶ ergoterapeiti, kas strādā pašvaldību sociālajos dienestos un veic personu vajadzību novērtēšanu;
- ▶ sociālie darbinieki stacionārajās ārstniecības iestādēs, kuri veic personas situācijas izvērtēšanu un palīdz personai saņemt nepieciešamos ISA pakalpojumus.

Saskaņā ar normatīvo regulējumu pašvaldību sociālie dienesti un pakalpojumu sniedzēji nosaka personas aprūpes līmeni, veic personas vajadzību izvērtēšanu un izstrādātu individuālu aprūpes plānu, un lai sasniegtu vienotu mērķi, tiek izmantota starpdisciplināra pieeja. Atkarībā no personas vajadzībām un sociālās aprūpes pakalpojuma veida, komandā var būt iesaistīti gan sociālās jomas, gan veselības jomas speciālisti. SAC pakalpojumu gadījumā tajā ietilpst sociālais darbinieks, sociālais rehabilitētājs, sociālais aprūpētājs, ģimenes ārsts, medmāsa, psihiatrs un fizioterapeits, savukārt, ja pakalpojums tiek sniegts personas dzīvesvietā, tajā var būt iesaistīts sociālais darbinieks, ergoterapeits un citi nepieciešamie speciālisti. Sociālie darbinieki

un aprūpētāji izvērtē ārstniecības personu vai citu speciālistu iesaistes nepieciešamību un veidu, analizējot pieejamos dokumentus, atzinumus un klienta lietā esošo informāciju.

Daudzās pašvaldībās, tostarp Rīgas valstspilsētas, Mārupes, Ogres un Jēkabpils novados, sociālajā dienestā tiek nodrošināti ergoterapeita pakalpojumi, lai novērtētu personu funkcionālo stāvokli un pielāgotu nepieciešamos tehniskos palīg līdzekļus.

Ņemot vērā, ka ISA pakalpojumu saņēmēji ir personas ar FT un pensijas vecuma personas, tad lielākai daļai no viņām ir hroniskās saslimšanas, kas paaugstina iespējamību nonākt stacionārajā ārstniecības iestādē. Līdz ar to pašvaldība, lai savlaicīgi identificētu un novērtētu atbalsta un aprūpes nepieciešamību, nodrošina sociālā darba pakalpojumu stacionārajās iestādēs.

Piemēram, Rīgas valstspilsētas pašvaldība ir noslēgusi pārvaldes uzdevuma deleģēšanas līgumus ar deviņām Rīgas stacionārajām ārstniecības iestādēm, lai nodrošinātu sociālā darba pakalpojumu, kura ietvaros Rīgas pilsētas pašvaldības iedzīvotājiem tiek sniegts atbalsts, kas ietver klientu sociālās situācijas izvērtēšanu, sociālo problēmu identificēšanu un risināšanas darbības veikšanu, palīdzību dokumentu atjaunošanā un iesniegumu sagatavošanā, kā arī interešu pārstāvību valsts un pašvaldību institūcijās. Nodrošināta sadarbība ar Rīgas Sociālo dienestu un citām institūcijām, lai pēc izrakstīšanās no slimnīcas klienti saņemtu viņam nepieciešamos pakalpojumus, piemēram, sociālo aprūpi vai veselības aprūpi, SAC pakalpojumu un transportu. Klientiem un viņu ģimenes locekļiem tiek nodrošināts psihosociālais atbalsts, sniegtas konsultācijas par sociālajiem pakalpojumiem un palīdzības saņemšanas iespējām.

Sociālo dienestu pārstāvji norāda, ka sadarbība starp veselības aprūpi un sociālo aprūpi bieži notiek tikai krīzes situācijās, un pāreja no stacionārās ārstniecības iestādes uz ISA pakalpojumiem nav savlaicīga. Speciālistu trūkums, birokrātiskie šķēršļi un neskaidrs atbildības sadalījums apgrūtina pakalpojumu sniegšanu. Tieša sadarbība ar ģimenes ārstiem ir reta, jo ārsti ir ļoti noslogoti. Stacionāro ārstniecības iestāžu sociālajiem darbiniekiem būtu jānodrošina efektīvāka pāreja no veselības aprūpes uz sociālo aprūpi.

Veselības aprūpes speciālisti intervijās uzsvēruši, ka aprūpes koordinācijas trūkums ietekmē pakalpojumu kvalitāti. Ierosināti risinājumi, piemēram, elektroniski datu apmaiņas rīki un regulāra starpprofesionāļu komandas sadarbība, lai nodrošinātu labāku informācijas plūsmu starp sociālajiem darbiniekiem un veselības aprūpes speciālistiem. Sistēmas nepilnības bieži rada situācijas, kad klienti pēc ārstēšanas netiek pienācīgi aprūpēti, radot papildu slodzi veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, klienta ģimenes locekļiem, SAC un AM pakalpojuma sniedzējiem.

ISA pakalpojumu saņemšana

Iespēja savlaicīgi saņemt gan ISA, gan veselības aprūpes pakalpojumus ir būtiska cilvēkiem ar ilgstošām veselības problēmām, kuriem nepieciešama pastāvīga palīdzība. Lai nodrošinātu nepārtrauktu atbalstu, svarīga ir cieša sadarbība starp veselības un sociālās aprūpes sistēmām, tostarp savlaicīga pakalpojumu sniegšana, efektīva komunikācija un koordinācija starp iesaistītajām institūcijām.

Lielākajai daļai SAC pakalpojuma saņēmēju ir hroniskas slimības un dažādi FT, tāpēc viņiem nepieciešams ne tikai sociālais atbalsts, bet arī kvalitatīva veselības aprūpe. Lai nodrošinātu šo abu jomu pakalpojumu pieejamību, Latvijā pēdējo gadu laikā tiek īstenots integrētās aprūpes modelis, kura ietvaros veido veselības punktus un dažādu speciālistu (tai skaitā ārstniecības personu) kabinetus, lai klientiem sniegtu visaptverošu atbalstu.

No 227 Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā reģistrētajiem SAC 8 (4%) ir ārstniecības iestādes, bet 46 (20%) – Ārstniecības iestāžu reģistrā reģistrēti veselības punkti vai speciālistu kabineti. No valsts SAC filiālēm 92% jau ir reģistrēti kā veselības punkti vai speciālistu kabineti, veicinot integrētās aprūpes modeļa ieviešanu.

Lielākajā daļā SAC nav veselības punkta, tāpēc tiek izmantots koordinētās aprūpes modelis ar multidisciplināru pieeju⁹⁵. Katrs speciālists novērtē un risina problēmas no savas jomas skatupunkta. Veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumu sniedzēji sadarbojas, lai nodrošinātu savlaicīgu un pielāgotu atbalstu. Katrs pakalpojuma sniedzējs veic savu konkrēto funkciju atbilstoši savām zināšanām. Piemēram, ārsts rūpējas par veselību, bet sociālais darbinieks vai cits speciālists nodrošina ikdienas atbalstu, kā tas tiek darīts daudzos SAC.

Līdz ar to pastāv bažas, ka šajās iestādēs nav iespējams nodrošināt veselības aprūpi atbilstošā apjomā un kvalitātē, kas nepieciešama SAC klientiem. Lai uzlabotu veselības aprūpes pieejamību SAC, 2028. gadā plānots obligāti ieviest veselības punktus SAC ar 49 un vairāk vietām. No 2028. gada pašvaldībām tiks piešķirtas mērķdotācijas šo punktu izveidei, taču pašlaik nav skaidrs mehānisms, kā nodrošināt finansējumu ilgtermiņā un darbības pārtrauktību.

No 2025. gada SAC tiks pakāpeniski ieviests vienots veselības aprūpes pakalpojumu klāsts, prioritizējot lielākos SAC ar vairāk nekā 149 vietām. SAC slēgs līgumus ar NVD, kas nodrošinās valsts apmaksātus pakalpojumus, finansējot tos ar fiksētiem ikmēneša maksājumiem, ietverot speciālistu darba samaksu un valsts sociālās apdrošināšanas iemaksas. Reforma veicinās integrētās aprūpes modeļa ieviešanu un uzlabos veselības aprūpes pieejamību.

AM pakalpojuma nodrošināšanā lielākajā vairumā gadījumu trūkst sadarbības starp veselības aprūpes un sociālās aprūpes sistēmām. Veselības aprūpe mājās pieejama ierobežotā apjomā, un tās ilgums atkarīgs no hronisku slimību vai ķirurģiskās ārstēšanas nepieciešamības. Savukārt sociālā aprūpe mājās nodrošina ikdienas atbalstu un sadzīves funkciju veikšanu, bet medicīnas darbinieki tiek iesaistīti tikai nepieciešamības gadījumā. Intervijās uzsvērts, ka šāda situācija bieži noved pie klientu pārvietošanas uz SAC, pat ja tas nav optimālais risinājums.

⁹⁵Multidisciplināra pieeja (multidisciplinary approach) ir viena no senākajām sadarbības pieejām sociālā darba praksē, kas tiek īstenota, veidojot dažādu specialitāšu pārstāvju komandu kādas konkrētas problēmas risināšanai. Multidisciplinārā pieejā raksturīgi, ka katras jomas speciālists izvērtēšanu, intervenci un novērtēšanu veic no savas disciplīnas pozīcijām. Multidisciplinārās pieejas ietvaros ir attīstījusies starpdisciplināra un starpinstitucionāla sadarbība un komandas darbs, ko vada sociālais darbinieks. Multidisciplinārās pieejas ietvaros sociālā darbinieka uzdevumi ir, piem., apkopot, koordinēt un organizēt iesaistīto speciālistu darbu. Sociālajā darbā ar gadījumu multidisciplināra pieeja ir tipiska vispārīgajā praksē darbā ar gadījumu un gadījuma vadīšanā. (Sociālā darba vārdnīca, 257. - 258. lpp. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/23154/download?attachment>)

Veselības aprūpes komponente nelielā apjomā ir integrēta tādos ISA pakalpojumos dzīvesvietā kā DAC pakalpojumā, GM pakalpojumā un minimāli arī AB pakalpojumā. Piemēram, DAC pakalpojumā tiek integrētas mūzikas terapijas nodarbības, medicīna pakalpojums, fizioterapeita, ergoterapeita un logopēda pakalpojums. GM pakalpojumu sniedz speciālistu komanda, tai skaitā pēc nepieciešamības piesaistīts ergoterapeits, kurš strādā ar klientu individuāli. AB pakalpojuma ietvaros, ko nodrošina BKUS, bērniem atbalstu un aprūpi sniedz medmāsu palīgi.

Izvērtējuma izstrādes procesa ietvaros organizētās aktivitātes

Izvērtējuma mērķa sasniegšanai un darba uzdevuma īstenošanai tika veikta plaša iesaistīto pušu izpēte. Procesā tika organizētas intervijas ar sociālajiem dienestiem, ISA pakalpojumu sniedzējiem, veselības aprūpes speciālistiem un NVO pārstāvjiem, kā arī notika diskusijas fokusgrupā ar nacionālā un pašvaldību līmeņa politikas veidotājiem.

1. Interviju datu apkopojums un analīze

Izvērtējumā tika izmantotas daļēji strukturētas intervijas, lai iegūtu informāciju no dažādām iesaistītajām pusēm: sociālajiem dienestiem, ISA pakalpojumu sniedzējiem, veselības aprūpes speciālistiem un NVO pārstāvjiem. Interviju dalībnieki tika izvēlēti, ņemot vērā pakalpojumu veidu, mērķa grupas, ģeogrāfisko pārklājumu un juridisko formu. Kopumā tika organizētas 18 attālinātas intervijas (17 ZOOM platformā un viena telefoniski), kurās piedalījās pieci sociālo dienestu pārstāvji, seši ISA pakalpojumu sniedzēji, trīs veselības aprūpes speciālisti un četri NVO pārstāvji. Interviju rezultāti atspoguļo vispārīgas tendences un nesatur konkrētu dalībnieku viedokļus vai pieredzi, nodrošinot konfidencialitāti un aizsargājot privātumu.

1.1. Interviju jautājumi

1. Kā Jūs vērtējat pašreizējo mijiedarbību starp ilgtermiņa sociālās aprūpes pakalpojumu un veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu attiecībā uz trim mērķa grupām: bērniem ar funkcionāliem traucējumiem, personām darbības spējas vecumā ar funkcionāliem traucējumiem un pensijas vecuma personām?
2. Kā Jūs raksturotu pašreizējo sadarbības modeli starp ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem? Vai Jūsu pieredzē minētais sadarbības modelis ir piemērots, lai nodrošinātu efektīvu atbalstu klientiem? Kā Jūs vērtējat sadarbības modeļa efektivitāti?
3. Kādi ir galvenie izaicinājumi, ar kuriem nākas saskarties sadarbības procesā, un kā tie ietekmē rezultātu sasniegšanu? Kā, pēc Jūsu domām, sadarbības modelis starp ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem varētu tikt uzlabots, lai nodrošinātu uz klienta vajadzībām orientētu aprūpes modeli?
4. Kā Jūs vērtējat pašreizējo organizācijas formu (tās struktūru, lomu un atbildības sadalījumu, komunikācijas veidus un darba procesu organizāciju), kādā ir veidota ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana? Vai tā pietiekami efektīvi palīdz nodrošināt klientiem nepieciešamo aprūpi un atbalstu? Lūdzu, dalieties ar savu pieredzi par to, kā tā ietekmē pakalpojumu kvalitāti, pieejamību un sadarbību starp iesaistītajām pusēm.
5. Kādi uzlabojumi, Jūsaprāt, būtu nepieciešami esošajā organizācijas formā, lai labāk koordinētu ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumus? Vai ir

kādi aspekti, kas šobrīd kavē efektīvu sadarbību vai rada šķēršļus klientu aprūpei? Kā, pēc Jūsu domām, šīs izmaiņas varētu uzlabot pakalpojumu kvalitāti un nodrošinātu vienmērīgu, nepārtrauktu atbalstu klientiem?

6. Kā Jūs vērtējat pašreizējo finanšu plūsmas sadalījumu starp ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumiem? Vai, Jūsaprāt, šis sadalījums ir pietiekami efektīvs, lai nodrošinātu kvalitatīvus pakalpojumus un klientu savlaicīgu aprūpi? Kādi ir galvenie šķēršļi, ar kuriem esat saskārušies saistībā ar līdzekļu sadali un pieejamību?
7. Ko Jūs ieteiktu mainīt esošajā finanšu plūsmas organizācijā starp ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem? Vai uzskatāt, ka ir nepieciešami kādi uzlabojumi finanšu koordinācijas vai resursu pārvaldības procesā, lai efektīvāk nodrošinātu klientiem nepieciešamo atbalstu un novērstu finanšu līdzekļu pārklāšanās vai nepietiekamības risku?
8. Kādi būtu Jūsu priekšlikumi ilgtermiņa sociālās aprūpes pakalpojumu un veselības aprūpes pakalpojumu mijiedarbības attīstībai, lai uzlabotu klientiem nepieciešamā un sniegtā atbalsta pieejamību un kvalitāti? Kā Jūs vērtējat šīs mijiedarbības iespējamo ietekmi uz nākotnes pieprasījumu pēc ilgtermiņa sociālās aprūpes pakalpojumiem un to nodrošināšanu?

1.2. Interviju dalībnieki, laiki

Nr. p. k.	Interviju dalībnieki	Interviju norises veids	Intervijas datums, laiks
1.	Talsu novada pašvaldības iestāde pansionāta "Lauciene" direktors Kārlis Volanskis	Tiešsaistē Zoom platformā	19.11. plkst. 10.00
2.	Tukuma novada pašvaldības iestādes „Tukuma novada sociālais dienests” direktore Ina Balgalve, Atbalsta nodaļas pilngadīgām personām vadītāja Inita Lapiņa, Rehabilitācijas nodaļas vadītāja Jeļena Hodakovska	Tiešsaistē Zoom platformā	19.11. plkst. 13.00
3.	Ģimenes ārsts Ainis Dzalbs	Tiešsaistē Zoom platformā	20.11 plkst. 11.00
4.	Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācijas	Tiešsaistē Zoom platformā	20.11 plkst. 15.00

Nr. p. k.	Interviju dalībnieki	Interviju norises veids	Intervijas datums, laiks
	SUSTENTO valdes priekšsēdētāja Gunta Anča		
5.	Neiroloģe, Latvijas Kustību slimību biedrības valdes priekšsēdētāja Ligita Smeltere	Tiešsaistē Zoom platformā	22.11. plkst. 10.00
6.	Bauskas novada Sociālā dienesta Sociālo pakalpojumu nodaļas vadītāja Daiga Supe	Tiešsaistē Zoom platformā	22.11. plkst. 11.00
7.	Valsts sociālās aprūpes centra "Zemgale" direktors Kristaps Keišs	Tiešsaistē Zoom platformā	22.11. plkst. 13.00
8.	Siguldas novada Sociālā dienesta vadītāja Kristīne Freiberga un Sociālo pakalpojumu nodaļas vadītāja Ineta Balode	Tiešsaistē Zoom platformā	25.11 plkst. 11.00
9.	Biedrības "Cēriņu spārni" vadītāja Eva Viļķina	Tiešsaistē Zoom platformā	25.11. plkst. 12.00
10.	Balvu novada Sociālā dienesta vadītāja p.i. Ligita Zelča, Sociālo pakalpojumu nodaļas vadītāja Anna Laizāne	Tiešsaistē Zoom platformā	25.11 plkst. 14.00
11.	Latvijas Multiplās sklerozes asociācijas līdzpriekšsēdētāja Maija Pontāga	Tiešsaistē Zoom platformā	26.11 plkst. 15.00
12.	Biedrības "Latvijas Samariešu apvienība" vadītājs Andris Bērziņš	Tiešsaistē Zoom platformā	26.11. plkst. 16.00
13.	Biedrības "Latvijas Pensionāru federācija" vadītāja Aija Barča	Tiešsaistē Zoom platformā	26.11. plkst. 17.00
14.	Madonas novada Sociālā dienesta vadītāja Ilze Fārneste	Tiešsaistē Zoom platformā	27.11 plkst. 11.00
15.	Biedrības "Dižvanagi" vadītāja Ilze Durneva	Tiešsaistē Zoom platformā	27.11 plkst. 12.00

Nr. p. k.	Interviju dalībnieki	Interviju norises veids	Intervijas datums, laiks
16.	Resursu centra "Zelda" direktore Ieva Leimane- Veldmeijere	Tiešsaistē Zoom platformā	27.11. plkst. 15.00
17.	SIA "Seniour Group" vadītājas vietniece Elizabete Platupe	Tiešsaistē Zoom platformā	28.11 plkst. 10.00
18.	Ģimenes ārsts Ingars Burlaks	Tiešsaistē Zoom platformā	28.11. plkst. 15.00

1.3. Interviju rezultātu apkopojums

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
1. Vispārīgi	1.1. Pašreizējās mijiedarbības novērtējums	SAC mijiedarbība ar veselības aprūpes pakalpojumiem atšķiras, jo šajās institūcijās cilvēki dzīvo pastāvīgi, un personāls ikdienā rūpējas arī par viņu veselības vajadzībām. DAC cilvēki ierodas no mājām, un par viņu veselību lielākoties rūpējas ģimenes locekļi vai ģimenes ārsti. Grupas dzīvokļos un psihiatriskajās aprūpes iestādēs pakalpojumu sniedzēji bieži sadarbojas ar ģimenes ārstiem un psihiatriem, īpaši, ja aprūpējamajiem ir garīga rakstura traucējumi.
		Informācija tiek saņemta no medicīnas iestādēm, stacionāriem un slimnīcām, kad nepieciešams nodrošināt kādu no ilgtermiņa sociālās aprūpes pakalpojumu veidiem konkrētām mērķa grupām.
		Sadarbība galvenokārt notiek ģimenes ārstu līmenī, lai piešķirtu pakalpojumu un izvērtētu kontraindikācijas, ja tādas ir.
		Akūtos gadījumos, kad klientu izraksta no slimnīcas un nepieciešama 24/7 aprūpe, sociālais dienests sadarbojas ar tuviniekiem, izskaidrojot aprūpes iespējas. Notiek tikšanās ar tuviniekiem, braukšana uz ārstniecības iestādi un aprūpes līmeņa izvērtēšana. Tiek apspriestas klienta vajadzības, lai izlemtu, vai aprūpe nodrošināma dzīvesvietā vai SAC. Ja persona nepiekrīt aprūpei institūcijā, tiek veiktas atkārtotas sarunas un izvērtējumi. Dažkārt tiek nodrošināta pagaidu aprūpe, piemēram, pēc traumām, ar iespēju atgriezties mājās pēc atveseļošanās. Sociālais dienests iesaistās, lai palīdzētu tuviniekiem saprast sistēmu un nodrošinātu atbilstošu aprūpi.
		Uz slimnīcām sociālie darbinieki paši nedodas. Aprūpes līmeņa izvērtēšanu lūdz veikt slimnīcas sociālajam darbiniekam vai arī sadarbojas ar attiecīgās pašvaldības sociālo dienestu, kurā persona atrodas. Sociālais dienests dodas uz vietas un izvērtē cilvēka vajadzības klātienē.
		Strenču slimnīcas sociālais darbinieks var veikt aprūpes līmeņa izvērtēšanu, taču tas ir maksas pakalpojums. Tas netiek nodrošināts sadarbības ietvaros. Gadījumos, kad tas ir nepieciešams, vai arī pats cilvēks vēlas, viņš var samaksāt par šo pakalpojumu. Piemēram, nesen kāds pacients pats apmaksāja aprūpes līmeņa noteikšanu, lai, izrakstoties no slimnīcas, varētu saņemt GM pakalpojumu.
		Jautājums par cilvēka aprūpes līmeņa novērtēšanu, kamēr viņš atrodas stacionārā, ir diezgan sarežģīts un rada lielus izaicinājumus.
		Smaga insulta slimnieka izrakstīšana no slimnīcas, kur nepieciešama 24/7 aprūpe, ir kritiska situācija, kurā pāreja no veselības aprūpes uz sociālo aprūpi ir sarežģīta, un starpposms bieži vien nav pieejams.
		Esam ļoti lielā ķīlnieka lomā dažreiz. Mēs aktīvi iesaistāmies, stiprinām apgādniekus un, ja nepieciešams, palīdzam sagatavot pilnvaras. Ja pilnvaras nav iespējams sagatavot, lūdzam medicīnas iestādēm pagarināt pacienta uzturēšanās laiku. Sadarbojamies ar ģimenes ārstiem, kas palīdz nodrošināt aprūpes gultas vai pārvietošanu uz stacionāru, līdz

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		tiek atrisināta situācija un pacients tiek pārvests uz SAC. Vislielākās grūtības sagādā darbs ar smagiem pacientiem un klientiem.
		GM darbinieki sadarbojas ar veselības speciālistiem, tostarp ģimenes ārstiem, nodrošinot visus nepieciešamos izmeklējumus un slimnīcu pakalpojumus, ja tie ir nepieciešami.
		DAC, ja cilvēkiem nepieciešamas ārsta izziņas atbilstoši MK noteikumiem, notiek komunikācija starp veselības aprūpi un sociālo dienestu; sadarbība ir pozitīva.
		Ja valsts sociālās aprūpes centrs nodrošina aprūpi bērniem ar garīga rakstura traucējumiem, mūsu loma ir sagatavot visus nepieciešamos dokumentus un nosūtīt tos Sociālās integrācijas valsts aģentūrai, lai nodrošinātu pakalpojuma piešķiršanu.
		Runājot par GM, mums nav īpašu priekšrocību veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanā, tomēr mēs izmantojam tos pēc nepieciešamības. Grupu mājās pārsvarā dzīvo cilvēki, kuri spēj paši funkcionēt, taču ir arī iemītnieki ar smagākiem funkcionāliem traucējumiem. Šādos gadījumos bieži palīdz tuvinieki. Saistībā ar bērniem ar funkcionāliem traucējumiem atbildība galvenokārt gulstas uz vecākiem.
		Mijiedarbība ar veselības aprūpi GM ir līdzīga tai, kāda ir jebkuram, kas dzīvo ģimenē un nav saistīts ar sociālo pakalpojumu. Mēs palīdzam cilvēkam atrast speciālistu, saprast viņa situāciju un noteikt, ar ko sākt. Tāpat nodrošinām palīdzību vizīšu organizēšanā pie ģimenes ārsta un nepieciešamo konsultāciju sarunāšanā.
		AB pakalpojumu laikā mijiedarbība ar veselības aprūpi parasti nav izteikta, jo tas ir galvenokārt sociālais pakalpojums. Ja tuvinieks tiek atstāts, piemēram, uz piecām dienām un rodas vajadzība pēc medicīniskiem pakalpojumiem, tiek slēgts atsevišķs līgums, piesaistot medicīnas speciālistu konkrētām manipulācijām. Šādos gadījumos speciālists tiek aicināts veikt nepieciešamo procedūru noteiktā laikā. Tomēr šādas situācijas ir reti sastopamas. Ikdienā mēs rūpējamies par cilvēku bez medicīniskās palīdzības piesaistes.
		Veselības aprūpe mājās pēdējos gados ir ievērojami uzlabojusies un sasniegusi augstu līmeni. Pakalpojumus galvenokārt nodrošina privātās firmas, kurām ir līgumi ar valsti un Veselības dienestu. Šie uzņēmumi sniedz plašu pakalpojumu klāstu, tostarp aprūpi guļošiem pacientiem, brūču un trofisko čūlu ārstēšanu, kā arī palīdzību saistībā ar urīna katetriem, stomas aprūpi, traheostomām un mākslīgās ventilācijas aparātiem. Kopumā šis mehānisms ir labi izstrādāts.
		SAC veselības aprūpe tiek organizēta līdzīgi kā aprūpē mājās – ģimenes ārsts izraksta norīkojumu, un medmāsa nodrošina nepieciešamās procedūras. Tomēr gada beigās, parasti novembrī vai decembrī, līdzekļu trūkuma dēļ pakalpojumi izsīkst, un aprūpi pārņem SAC darbinieki. Jaunā gada sākumā pakalpojumi atjaunojas. Šī situācija ir izplatīta visā Latvijā.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Reāli SAC iespējams nodrošināt ne tikai tekošu problēmu risināšanu, bet arī plānot skrīningus, piemēram, mamogrāfiju reizi divos gados sievietēm neatkarīgi no vecuma, vai vizītes pie ginekologa, ja cilvēks nav gulošs. Tāpat var veikt profilaktiskus pasākumus, lai mazinātu lūzumu risku.
		Jau pirms šī pasākuma oficiālas ieviešanas no Veselības dienesta puses, mēs katru gadu veicām SAC iemītnieku vakcināciju pret gripu. Šo praksi uzsākām apmēram pirms 6-8 gadiem, un vēlāk tā kļuva par obligātu pasākumu. Papildus tam tiek veikta arī imunizācija pret Covid-19.
		Ja ģimene ir adekvāta, bērībā viss funkcionē labi, un pieaugušiem cilvēkiem ar stabilu garīgo veselību sistēma vēl darbojas daudz maz efektīvi. Tomēr, kad tas attiecas uz pensijas vecuma personām, kuru garīgā veselība bieži mainās, sistēma sāk nedarboties. Sociālo un veselības pakalpojumu mijiedarbība šajā vecuma grupā ir vāja.
		Es bieži saskaros ar Parkinsona slimības pacientiem un redzu, ka problēmas ir visos līmeņos. Lai gan mēs izglītojam cilvēkus, ģimenes locekļi ne vienmēr saprot situāciju, pacienti paši bieži nesaprot slimības būtību, ģimenes ārsti ir nepietiekami informēti, un sociālie darbinieki par šo tēmu vispār neko nezina. Cilvēkiem ar hroniskām slimībām, īpaši tām, kas ietekmē kustību un pašaprūpes spējas vai prāta funkcijas, dzīves kvalitāte ir ļoti zema. Viņiem netiek nodrošināta pienācīga aprūpe vai normāla dzīves kvalitāte, un bieži viņi paliek izolēti savās mājās.
		Vientuļam pensionāram aprūpētājs apmeklē vienreiz dienā, atnes produktus un reizi nedēļā palīdz nomazgāties, bet reāli pacients paliek viens ar savām problēmām. Netiek uzraudzīts, kā viņš lieto zāles vai tiek līdz tualetei. Bieži netiek laikus pamanīts, ka šāds aprūpes modelis vairs nav piemērots un nepieciešama pastāvīga aprūpe. Šī problēma valstī ir izteikti aktuāla.
		Nav vienotas informācijas platformas valsts mērogā, kas skaidri norādītu, kādi pakalpojumi cilvēkam ir pieejami. Parasti cilvēki tiek piesaistīti pašvaldības sociālajam darbiniekam, bet realitātē bieži saņem atbildes, ka "jums nepienākas," "mēs neko nevaram," vai "nav naudas." Sociālais darbinieks bieži netiek uztverts kā atbalsta persona, kas meklētu risinājumus, bet drīzāk kā šķērslis, kas atsaka palīdzību un "atfutbolē" klientu.
		Manuprāt, arī sociālajiem darbiniekiem vajadzētu būt drusku izglītotākiem veselības jautājumos.
		Šobrīd likumdošana vieno trīs vecuma grupas – bērnus, darbaspējīgā vecuma cilvēkus un seniorus – taču realitātē tās ir ļoti atšķirīgas. Arī iestādēm, kas sniedz pakalpojumus, ir ievērojamas funkcionālās atšķirības. Vienotu standartu prasība visām šīm grupām ir būtiska problēma, ko es novēroju ikdienas darbā.
		Mijiedarbība ar veselības aprūpi mūsu valstī ir ļoti problemātiska. Pakalpojumus bieži vien var saņemt tikai ar ievērojamu laika nobīdi, īpaši vecāka gadagājuma cilvēkiem. Piemēram, uz valsts apmaksātiem izmeklējumiem jāgaida pusgadu, bet nereti pēc šī laika pakalpojumu saņemšana vairs nav aktuāla, jo nav vairs kam sniegt.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		SAC mēs jau šobrīd nodrošinām daudzus medicīniskus pakalpojumus, lai novērstu nepieciešamību pēc hospitalizācijas. Mēs veicam aprūpi un dažādas medicīniskās manipulācijas uz vietas, kas ir ievērojami lētāk nekā pacienta uzturēšana slimnīcā. Kāda sociālā rehabilitācija var būt deviņdesmitgadīgam cilvēkam? Protams, plāns ir vajadzīgs, ja cilvēks ir darbaspējīgā vecumā ar kustību traucējumiem, lai palīdzētu viņam atgriezties pilnvērtīgā dzīvē vai vismaz nodrošinātu normālu turpinājumu. Taču runāt par deviņdesmitgadīga cilvēka atgriešanos sociālajā vidē ir utopiski un lieka līdzekļu tērēšana. Mūsu galvenais uzdevums ir parūpēties, lai šis cilvēks būtu aprūpēts, sakopts, paēdis, ar jumtu virs galvas un siltumā – tās ir pamatvajadzības, lai viņš cienīgi varētu pavadīt vecumdienas. Mēs bieži tērējam līdzekļus lietām, kas ir liekas, un pēc tam brīnāmies par finanšu trūkumu. Resursus izšķiežam nevajadzīgiem uzdevumiem, nevis koncentrējamies uz patiesi svarīgo. Sociālās rehabilitācijas plānošana ir būtiska bērniem un darbaspējīga vecuma cilvēkiem, bet, ja gandrīz puse mūsu klientu ir guloši cilvēki, sociālā rehabilitācija viņiem nav aktuāla. Šādās situācijās līdzekļi būtu jānovirza pamatvajadzību nodrošināšanai, nevis liekiem pasākumiem. Pensijas vecuma cilvēki bieži ir ģimenes ārstu prakšu un ilgtermiņa sociālās aprūpes kandidāti. Tomēr problēma ir rindās. Ja tiek identificēta pašaprūpes nespēja vai stāvokļa pasliktināšanās, pacients nevar cerēt uz ātru risinājumu. Piemēram, nav iespējams nodrošināt aprūpes vietu nedēļas laikā pēc problēmas konstatēšanas. Attiecībā uz bērniem ar funkcionāliem traucējumiem problēmas bieži rodas no tā, ka vecāki līdz galam nesaprot pieejamos pakalpojumus, baidās vai neatsaucas. Tas attiecas arī uz DAC vai citām palīdzības formām. Sarunās ar vecākiem bieži izskan, ka viņi nevēlas bērnu atstāt institūcijās. Tomēr mūsdienās ir pieejamas dažādas sadarbības formas, kas varētu atvieglot situāciju un sniegt nepieciešamo atbalstu. Kad pacients tiek formēts uz kādu institūciju, mums vienmēr ir jāsniedz informācija par viņa veselības stāvokli, lietotajiem medikamentiem un nepieciešamo aprūpi. Tas ir pamata darbs. Tomēr bieži vien pacienti vai viņu ģimenes vērsas pie mums ar vēlmi atrast piemērotu aprūpes vietu, piemēram, neredzīgo SAC. Šajā procesā mēs kārtojam iesniegumus, izziņas un citus dokumentus. Daļu no šiem jautājumiem cenšamies novirzīt uz sociālo dienestu, bet šādi pieprasījumi nāk ļoti bieži, un darbs ir laikietilpīgs. Pagājušajā nedēļā pie manis vērsās kāda kundze, kura ir pietiekami smagi slima. Viņa dzīvo laukos un ik pa laikam maina vidi: nedēļu pavada mājās, nedēļu slimnīcā, tad atkal mājās un slimnīcā. Sarunas laikā viņa man teica: "Es vairs netieku galā ar saviem darbiem un vēlos dzīvot pansionātā." Tomēr ar vēlmi vien nepietiek, jo nepieciešams atrast reālu maksātāju. Manuprāt, mēs bieži sagaidām pārāk daudz no piederīgajiem, pieņemot, ka viņi uzņemsies aprūpes funkcijas. Tomēr reālajā dzīvē situācija ir citāda. Liela daļa jauniešu un darbaspējīgā vecuma cilvēku ir izbraukuši no Latvijas, un

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		senioriem bieži vien nav neviena, kas viņus aprūpē. Pat ja piederīgie dzīvo uz vietas, viņi strādā vairākos darbos, aprūpē savus bērnus un nespēj pilnvērtīgi parūpēties par vecāka gadagājuma tuviniekiem. Pagarinoties pensijas vecumam, daudzi seniori paliek vieni mājās bez atbilstošas palīdzības. Tāpēc ir būtiski nodrošināt plašāku aprūpes pakalpojumu pieejamību. Mēs nespējam izpildīt šo apjomu, jo tas vairs nav medicīnas, bet gan aprūpes jautājums. Bērniem medicīniskā aprūpe tiek nodrošināta bez maksas, taču praktiskā pieredze un ziedošanas akcijas liecina, ka valsts atbalsts nav pietiekams. Pašvaldības, cik iespējams, savos budžetos un saistošajos noteikumos iekļauj atbalstu bērniem ar funkcionāliem traucējumiem, piedāvājot iespējas uzlabot veselības stāvokli. Šis atbalsts ietver medicīniskās un sociālās aprūpes mijiedarbību, ko nevar nodalīt. Pensijas vecuma personas var saņemt valsts nodrošināto medicīnisko aprūpi, kā arī pašvaldības sociālo atbalstu. Trūcīgām ģimenēm tiek piedāvāts atbalsts veselības izdevumiem līdz 150 eiro, bet maznodrošinātām – līdz 200 eiro, lai palīdzētu segt, piemēram, dārgus medikamentus. Tāpat ir pieejami arī citi pakalpojumi pensijas vecuma cilvēkiem. Mēs nešķirojam klientus – ja cilvēkam darbības spējas vecumā ar funkcionāliem traucējumiem ir nepieciešams, viņš var saņemt aprūpes mājās pakalpojumu, piemēram, pēc operācijām vai citām nopietnām veselības problēmām, kas dzīvē bieži gadās. Ja ir zvans no slimnīcas, tuviniekiem vai sociālā dienesta par nepieciešamību pēc 24/7 aprūpes, mēs rīkojamies saskaņā ar saistošajiem noteikumiem. Mēs piedāvājam transporta pakalpojumus un nodrošinām institucionālo aprūpi, ja iespējams. Šobrīd sadarbojamies ar Samariešu apvienību un citām NVO, lai organizētu hospisa un paliatīvo aprūpi. Ja nepieciešams īslaicīgs risinājums, mums ir pieejamas trīs vietas īslaicīgai aprūpei, un ar tuvinieku palīdzību klienta aprūpi iespējams organizēt arī sestdienās un svētdienās. Reizēm brīvas vietas rodas negaidīti, un tās izmantojam, lai nekavējoties palīdzētu klientiem. Papildus nodrošinām sociālos dzīvokļus ar ceturto aprūpes līmeni sadarbībā ar Samariešiem. Tuviniekiem, kuri kopj savus tuviniekus, pašvaldība nodrošina līdz 30 dienām apmaksātu pakalpojumu. Tomēr praksē ir gadījumi, kad šādu iespēju nav izdevies realizēt. Dažas ģimenes ir saskārušās ar grūtībām piekļūt šim pakalpojumam, un nav bijis iespējams to izmantot. Visām mērķgrupām ir nepieciešama gan veselības aprūpe, gan sociālā palīdzība. Tomēr es nevarētu teikt, ka kādā no šīm grupām būtu izcila sadarbība, ar ko lepoties. Labs piemērs ir paliatīvā aprūpe, taču tā neattiecas uz minētajām mērķgrupām. Kopumā mijiedarbība starp veselības un sociālo aprūpi ir ļoti vāja.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Sarp veselības un sociālo aprūpi trūkst komunikācijas. Vienīgā vieta, kur teorētiski šīs jomas pārklājas, ir SAC, kur mērķgrupām ir pieejamas ārstniecības personas, nodrošinot ciešāku saikni. Tomēr ārpus šīs sistēmas, piemēram, cilvēku dzīvesvietās, mijiedarbība ir ļoti vāja vai vispār nepastāv.
		Mūsu darbā vērojama pozitīva dinamika, lai gan vēl daudz kas jāuzlabo. Esmu priecīga, ka tagad ir iespējams komunicēt ar slimnīcām un ārstiem daudz efektīvāk. Agrāk šī komunikācija bija distancēta un atturīga, radot iespaidu, ka mediķiem nav īpašas vēlmes sadarboties. Tas bija īpaši sarežģīti, jo manā darbā ir daudz senioru. Pirms 20–30 gadiem bija jūtama attieksme, ka vecāki cilvēki ir "neglābjami" – it kā viņiem vairs nebūtu vajadzīga pilnvērtīga aprūpe, jo viņi tik un tā drīz mirs. Šodien šāda attieksme mainās, un es redzu, ka situācija pakāpeniski uzlabojas.
		Manā komandā strādā medmāsas un ārstu palīgi, un es sadarbojos ar vairākiem ārstiem. Mums ir nodarbināti ģimenes ārsti, kā arī daži speciālisti, piemēram, divi dermatologi, divi psihiatri un fizioterapeiti. Drīzumā komandai pievienosies arī ķirurgs.
		Vecāka gadagājuma cilvēkiem ir ļoti grūti mainīt vidi un pierast pie jauniem cilvēkiem, pat ja tas ir jauns aprūpētājs. Tas var būt ļoti traumatiski. Tāpēc es cenšos izvairīties no hospitalizācijas, ne tāpēc, ka neuzticos slimnīcām – ir vairākas, kurām es pilnībā uzticos, – bet gan tāpēc, ka saprotu, cik smagas sekas tas varētu radīt pašam pacientam.
		Mēs rūpīgi kontrolējam cilvēka stāvokli, lai nenonāktu līdz steidzamai speciālista nepieciešamībai par maksu. Laikus pierakstām pie speciālistiem poliklīnikā un izmeklējam veselības stāvokli jau pirms uzņemšanas. No ģimenēm pieprasām ne tikai izrakstus, bet arī analīzes, lai uzreiz varētu sekot līdzi dinamikai un izvairītos no kritiskām situācijām.
		Aprūpē mājās bieži vien nepieciešamas abas sadaļas – gan medmāsa, gan aprūpētājs, jo gadījumi ir dažādi un bieži prasa abu iesaisti.
		Mēs bieži saskaramies ar situācijām, kad klientam jebkurā diennakts stundā tiek paziņots, ka slimnīca ir jāatstāj. Šādās situācijās mēs reaģējam, piemēram, nodrošinot specializēto transportu, ko apmaksā sociālais dienests, neatkarīgi no klienta ienākumu statusa. Ja klientam nav, kur palikt, vai nav tuvinieku, mēs organizējam viņa nogādāšanu mājās vai citā drošā vietā. Ja tas nav iespējams, dažkārt klients var palikt slimnīcā uz papildus apmaksātām dienām, līdz situācija tiek atrisināta. Bieži saņemam zvanus no bērniem, kuri ziņo, ka vecāks ir guļošs un viņiem nav skaidrs, kā rīkoties pēc slimnīcas zvana. Šādi gadījumi ir ļoti izplatīti, un mēs sniedzam nepieciešamo atbalstu un risinājumus.
		Sarp medicīnas iestādēm un cilvēka aprūpi SAC, mājās vai citur bieži ir tukšums. Ģimenes šādās situācijās vērsas pie mums, gaidot ātru risinājumu, bet guļošs vecāks rada nopietnu krīzi – darbā, emocijās, medicīniskajā izpratnē un finansēs. Ģimenes bieži paliek bez skaidra plāna un atbalsta.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Pašvaldība nevar nodrošināt nevienu pakalpojumu vai ievietot klientu institūcijā bez juridiska pamatojuma vai lēmuma. Bet slimnīca pēkšņi izraksta pacientu, piemēram, pēc konsīlija no rīta, paziņojot, ka vakarā viņš jāved mājās. Ģimenes tam nav gatavas – nepieciešams laiks, lai atrastu aprūpētāju, sakārtotu vidi, iegādātos speciālo gultu, medicīniskos palīg līdzekļus un visu pārējo. Rodas sajūta, ka slimnīca pēc izrakstīšanas pilnībā norobežojas no pacienta aiz slimnīcas durvīm. Profesionālā robeža nav skaidra. Būtu nepieciešama pēcaprūpes sistēma vai ceļvedis, kas palīdzētu ģimenēm tikt galā ar šādu situāciju. Mūsu atbildība nekad nebeidzas – nav ne sākuma, ne beigu. Mēs vienmēr esam vai nu atbildīgi, vai vainīgi. Cilvēkiem ar smagiem funkcionāliem un veselības traucējumiem mijiedarbība ir vāja un neatbilstoša, jo viņiem nepieciešams daudz vairāk atbalsta nekā pārējiem. Valsts nosaka skaidrus nosacījumus, kā jānorisinās mūsu mijiedarbībai, lai piešķirtu sociālo pakalpojumu. Deinstitucionalizācijas projekts ietekmēja bērnu sociālo rehabilitāciju, kas tagad tiek traktēta dažādi atkarībā no pašvaldības. Ir sadalījums starp ārstniecības pakalpojumiem, ko finansē veselības aprūpes sniedzēji, un sociālās rehabilitācijas pakalpojumiem, ko finansē sociālie pakalpojumu sniedzēji. SAC mēs mijiedarbojamies, piešķirot pakalpojumu, balstoties uz izziņu par nepieciešamo veselības aprūpi. Tomēr pakalpojuma sniedzējs ir reģistrēts tikai sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā, un ne vienmēr ir pieejama specifiskā veselības aprūpe, kas nepieciešama cilvēkam. Darbspējīgā vecuma cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem, kuriem nav noteikta invaliditāte, praktiski nav pieejami pakalpojumi. Šī grupa bieži izkrīt no atbalsta sistēmas, jo gaida, kad tiks piešķirta invaliditāte vai darba nespēja. Pašvaldībās ir ļoti maz resursu, piemēram, DAC, kur var saņemt fizioterapeita pakalpojumus, taču intensīvas medicīniskās aprūpes nepieciešamība nav pilnībā segta. Daži cilvēki var saņemt sociālās rehabilitācijas pakalpojumus, taču, ja viņiem nav atbalsta, ir grūti prognozēt, vai viņi atgriezīsies darba tirgū vai paliks uz ilgstošās sociālās aprūpes. Pakalpojumi ir pieejami un situācija ir salīdzinoši skaidra līdz 18 gadu vecumam. Taču lielais pārrāvums notiek tieši šajā vecumā, kad tuvinieki nezina, ko darīt un kur vērsties. Daudzi pakalpojumi, kas bija pieejami bērniem, vairs nav pieejami pieaugušajiem. Tas rada jaunas grūtības un izaicinājumus, lai saprastu, kā rīkoties tālāk. Psihiatriskajās slimnīcās sociālajiem darbiniekiem būtu jānodrošina, ka cilvēkam, pirms iziešanas no slimnīcas, ir nodrošināts piemērots atbalsts un vieta, kur palikt. Kad cilvēks ar čemodānu ierodas, mēs cenšamies savest viņu ar sociālo dienestu un palīdzēt atrisināt patversmes jautājumu. Mums nav vietas, kur viņu uzņemt, tāpēc ātrākais risinājums ir patversme. Tomēr arī tur ir prasības, piemēram, rentgena izmeklējumi, un process neiet tik ātri, kā vēlētos.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Personas darbnespēja darbības vecumā ar funkcionāliem traucējumiem ir mūsu sniegto pakalpojumu mērķa grupa. Mūsu praksē pakalpojums un ārstniecība, veselības aprūpe veido kompleksu kopumu, kas prasa regulāru un patstāvīgu mijiedarbību visos līmeņos, jo mēs nevaram darboties viens bez otra. Ilgstošās aprūpes cilvēkiem ir labāka situācija pakalpojumu mijiedarbībā nekā tiem, kas atrodas ārpus šīs aprūpes. Šiem cilvēkiem pakalpojumi ir pieejami tuvāk, bieži ātrāk, un mēs spējam palīdzēt savlaicīgāk, jo viņiem ir atbalsta personāls – sociālie darbinieki un veselības aprūpes speciālisti. Viņi nodrošina kompleksu sadarbību gan iestādē, gan ārpus tās. Veselības sektors, sociālais un ārstniecības iestādes pastāvīgi sadarbojas, jo mums ir ģimenes ārsti, kā arī psihiatrs un citi speciālisti gan ambulatorajā, gan stacionārajā ārstēšanā. Šī mijiedarbība sākotnēji bija izaicinājums, jo mēs nevarējām ātri saņemt nepieciešamo atbalstu. Taču tagad mums ir prioritāte, un pretimnākšana no ārstniecības iestādēm ir ļoti pozitīva, jo personiskie kontakti ar ārstiem un speciālistiem ir izveidojušies, kas palīdz saņemt pakalpojumus ātrāk. Medikamenti ir uzlabojušies, samazinot blaknes, un cilvēki tagad var dzīvot patstāvīgāk. Agrāk stacionēšana bija bieža, bet tagad uzvedības problēmas, kas nav apdraudošas, nav pamats stacionēšanai. Mēs esam izauguši profesionāli, ieguldot apmācībās un uzlabojot aprūpi. Izbraukuma rentgeni un citi uzlabojumi ir padarījuši veselības aprūpi pieejamāku un efektīvāku. Latvijā veselības aprūpes sistēma ir attīstījusies, piedāvājot ātrākus un efektīvākus pakalpojumus.
2. Sadarbības modeļi	2.1. Sadarbības modeļa novērtējums	Vai sadarbības modelis ir skaidri definēts, nosakot katras puses pienākumus? Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums nosaka, kādos gadījumos ārstniecības iestādei jāinformē sociālais dienests, Valsts policija vai bāriņtiesa. Tomēr, manuprāt, izstrādāta sadarbības modeļa nav. Mēs sadarbību meklējam situācijās, kad tā ir nepieciešama, bet bieži vien katrs strādā savas kompetences un pienākumu robežās, un to līdzsvarot ir grūti. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji veic savu darbu, bet bieži rodas situācijas, kad cilvēku aizved uz slimnīcu, veic izmeklējumus un nolemj, ka viņu nav jāpatur. Pēc tam cilvēkam jāatgriežas mājās, taču viņš to nevar izdarīt pats. Šādās situācijās mēs saņemam zvanus ar lūgumu, lai sociālais dienests palīdzētu. Kad cilvēks ilgstoši ārstējas slimnīcā un tiek izrakstīts, mēs bieži saņemam informāciju, ka viņš ir smagā stāvoklī. Tomēr mums nereti ir grūtības nodrošināt pakalpojumu pēctecību. Piemēram, tajā brīdī var nebūt pieejama vieta SAC, un cilvēks nevar atgriezties dzīvesvietā veselības stāvokļa dēļ. Mēs nespējam uzreiz tajā pašā dienā nodrošināt nepieciešamo aprūpes pakalpojumu.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Kolēģi stāsta, ka slimnīcas bieži zvana brīvdienās, vēlās vakara vai pat nakts stundās ar lūgumu braukt pakalpojumam. Šāda sadarbība nav īpaši pozitīva. Pēc veselības aprūpes pakalpojuma būtu jāseko sociālajiem pakalpojumiem, taču pāreja ne vienmēr notiek saudzīgi un savlaicīgi.
		Kopumā sadarbības modelis nav efektīvs, lai nodrošinātu klientiem nepieciešamo atbalstu.
		Vai šī sistēma ir efektīva? Noteikti nav. Tā ir smagnēja. Lai gan agrāk vai vēlāk mēs nodrošinām nepieciešamo, process ir sarežģīts un laikietilpīgs. Ceļš līdz risinājumam ir smagnējs un neefektīvs.
		Visa atbildība bieži vien gulstas uz tuviniekiem un ģimenes locekļiem, kuri kļūst par neformālajiem aprūpētājiem. Tas rada lielu slodzi, izdedzinot viņus un vienlaikus liedzot pilnvērtīgi strādāt un veicināt ekonomisko pienesumu, piemēram, nodokļu maksājumus. Nodrošināt vecāka gadagājuma cilvēkiem vai tiem, kuriem nepieciešama palīdzība, pilnvērtīgus pakalpojumus ir ļoti sarežģīts un smagnējs process.
		Medicīniskajās gultās pacients uzturas noteiktu laiku akūtā perioda ārstēšanai. Pēc tam jāpāriet uz sociālo aprūpi. Ja pie slimnīcas būtu gultas, kas apvienotu sociālo un medicīnisko aprūpi, tas būtu efektīvs modelis, taču šāds risinājums ir ļoti dārgs – apmēram 70 eiro diennaktī. Šīs izmaksas parasti sedz tuvinieki.
		Ja cilvēks pēc ārstēšanās slimnīcā nevar piecelties un doties mājās, viņam būtu jābūt iespējai saņemt pakalpojumu, kas pietuvināts medicīniskajai aprūpei, pirms pāriet uz ilgstošo aprūpi. Bieži vien pacients nav gatavs atgriezties mājās, un aprūpe mājās ir nepietiekama, tāpēc viņam gandrīz piespiedu kārtā jādodas uz aprūpes centru.
		Sadarbība GM kontekstā galvenokārt notiek ar psihiatriem un ģimenes ārstiem. Tie ir divi galvenie speciālisti šajā procesā. Kopumā sadarbība ar psihiatriem tiek vērtēta kā laba, lai gan mediķu un psihiatru trūkums reizēm ietekmē pakalpojumu pieejamību un saņemšanas ātrumu. Tiem, kuriem nepieciešama regulāra uzraudzība, grafiks parasti tiek plānots savlaicīgi. Saasinājumu gadījumā ir iespēja sazināties ar psihiatru, lai saņemtu konsultāciju un rekomendācijas. Tāpat psihiatri un ģimenes ārsti laicīgi sniedz nepieciešamos atzinumus regulāro pakalpojumu nodrošināšanai.
		Pagājušajā nedēļā bija situācija, kurā cilvēkam izpaudās agresija, kā rezultātā cieta gan darbinieks, gan klients. Tas notika, jo vecāks, neieklausoties psihiatra ieteikumus, nenodrošināja nepieciešamos medikamentus. Vecāki bieži uztraucas par iespējamu "sazālošanu," taču, ja speciālisti atzīst medikamentu nepieciešamību, tas būtu jāņem vērā. Ja klientam ir vecāks, mūsu pilnvaras ir ierobežotas – mēs nevaram tieši sazināties ar psihiatru, lai organizētu medikamentu izrakstīšanu un nodrošināšanu. Tas apgrūtina situācijas risināšanu.
		Psihiatrs jau iepriekš vecākam norādīja, ka šis cilvēks nav piemērots GM pakalpojumiem. Viņam nepieciešama noslēgtāka vide ar pastiprinātu medikamentu uzraudzību, jo pretējā gadījumā pastāv risks, ka viņš varētu apdraudēt citus.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Medmāsai, kas strādā, piemēram, aprūpes firmā, ir vieglāk, ja 20–30 cilvēki atrodas vienā teritorijā, nevis izkaisīti plašā lauku apvidū. Lauku apstākļos māsiņas bieži vien dodas uz attālām mājām un pagastiem, lai veiktu procedūras, piemēram, katetru nomaiņu. Šādās situācijās ir grūtāk apkalpot cilvēkus, īpaši tos, kuri ir guloši un dzīvo nomaļās vietās. Ja aprūpe tiek organizēta vienuviet, darbs kļūst daudz efektīvāks un vienkāršāks.
		Valsts SAC varētu būt štata vienības, tostarp ārsti. Pašvaldību SAC aprūpi parasti nodrošina ģimenes ārsti. Principā ģimenes ārsts ir tas, kurš nodrošina medicīnisko aprūpi šajās iestādēs, un tas ir būtiski vispārējās aprūpes sistēmas ietvaros.
		SAC ar 200 iemītniekiem ārsta vizītes notiek 8 reizes mēnesī, bet tas nav pietiekami smago slimību dēļ. Pacientu stāvoklis pēdējos gados ir kļuvis ievērojami smagāks, un, lai nodrošinātu kvalitatīvu aprūpi, nepieciešamas vismaz 12 vizītes mēnesī, katra pa 5 stundām. Vajadzības ir pieaugušas, salīdzinot ar situāciju pirms 12 gadiem.
		Sociālās un veselības aprūpes pakalpojumi bieži darbojas atsevišķi, radot minimālu, neefektīvu un bieži vien nekvalitatīvu atbalstu pacientiem.
		Latvijā sociālo darbinieku izglītība bieži ir nepietiekama, īpaši medicīnisko zināšanu jomā, lai gan minimāla medicīniska izglītība būtu vēlama. Citās valstīs sociālo darbinieku darbu bieži papildina medmāsu aprūpe, taču Latvijā medmāsu trūkums rada situāciju, kurā šis atbalsts mājās praktiski nepastāv. Ģimenes ārsti ir tik pārslogoti, ka viņi apmeklē pacientus tikai ārkārtējos gadījumos, radot aprūpes vakuumu.
		Reāla aprūpe praktiski neeksistē, tā ir formalizēta. Medmāsu trūkst, un neirologi atteikušies no apmaksātām vizītēm zemo valsts atlīdzību dēļ. Rezultātā aprūpes posms ir tukšs, un sociālajiem darbiniekiem bieži pietrūkst nepieciešamo zināšanu situācijas risināšanai.
		Parkinsona pacientiem, kas neuzņem medikamentus laikus, rodas smagas sekas – viņi kļūst kustību nespējīgi, līdzīgi "dzīviem miroņiem," un nevar pat paši atvērt zāļu pudelīti. Šādos gadījumos aprūpe, kas būtu jānodrošina, tiek pārvietota uz nepietiekamām darbībām, piemēram, zāļu atstāšanu uz galda, ko pacients pats nespēj lietot. Tas skaidri parāda, kā sistēma šajās situācijās nedarbojas.
		Ir gadījumi, kad sociālais darbinieks pavada pacientu, un es viņam izskaidroju problēmas konkrētajā slimības stadijā un apmācu nepieciešamajai aprūpei. Daži sociālie darbinieki ir atsaucīgi, rūpīgi un patiesi cenšas palīdzēt. Taču ir arī tādi, kuriem tas neinteresē, un viņi faktiski neveic savu darbu, atstājot pacientu bez nepieciešamās palīdzības.
		Ģimenes locekļi bieži tiek noformēti kā aprūpētāji, taču darba laikā smagi slimie pacienti paliek bez aprūpes. Netiek nodrošināta ne medikamentu lietošana, ne ēdiens, kas rada nopietnas problēmas.
		Vislielākā problēma ir pastāvīgā aprūpe. Bieži tiek novēlots brīdis, kad jāpāriet uz pastāvīgu aprūpi, vai jāiesaista vairāk darbinieku. Aprūpes vajadzības netiek precīzi definētas, piemēram, cik regulāri jālieto medikamenti, kā tie

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		saistāmi ar ēdienreizēm, un nepieciešamība nodrošināt kustības vai svaigu gaisu. Pacienti bieži tiek iesprostoti mājās bez iespējas socializēties vai fiziski kustēties, kas būtiski pasliktina viņu dzīves kvalitāti. Šajā situācijā valda vakuums – nav kontroles mehānisma vai atgriezeniskās saites starp sociālajiem darbiniekiem un ārstiem, vai pat otrādi. Realitātē pastāv tikai formāla recepšu izrakstīšana, un tas arī viss. Lai gan uz papīra sistēma varētu būt definēta, tā funkcionē ļoti nekvalitatīvi. Mēs nodrošinām diennakts medicīnas māsu pakalpojumus un esam ieviesuši attālinātu medicīnisko konsultāciju iespēju, kas ļauj klientiem saņemt ārsta konsultācijas divu dienu laikā bez nepieciešamības doties uz medicīnas iestādi. Nepieciešamības gadījumā klientus nogādājam uz vietas medicīniskajām manipulācijām, bet ikdienas konsultācijas tiek nodrošinātas attālināti. Šī ir mūsu iniciatīva, kas padara aprūpi efektīvāku un ātrāku. Slimnīcās attieksme pret pacientiem no SAC bieži ir pavirša. Ir gadījumi, kad cilvēki atgriežas SAC daudz sliktākā stāvoklī nekā brīdī, kad viņi tika nogādāti slimnīcā. Tiek novēroti izgulējumi un pasliktinājušās vispārējās veselības problēmas, kas norāda uz nepietiekamu aprūpi slimnīcā. Valsts veselības punktu ieviešanu pastāvīgi atliek finanšu trūkuma dēļ. Lielākā daļa iniciatīvu, kas tiek īstenotas klientu labā, tiek segtas no mūsu pašu budžeta, atradot nepieciešamos līdzekļus saviem spēkiem. Nav vienotas sistēmas, kas noteiktu, kā strādāt un realizēt procesus. Darbība bieži ir haotiska, ar fragmentārām iniciatīvām, kas izrautas no kopējā konteksta. Pašvaldību un mazie SAC bieži nonāk ģimenes ārstu uzraudzībā, ja tie atrodas ārsta apkalpojamā teritorijā. Rezultātā visi SAC iemītnieki laika gaitā kļūst par šī ārsta pacientiem, neatkarīgi no ārsta vēlmēm. Būtu normāli, ja pacientiem, kuriem nepieciešama ģimenes ārsta konsultācija, sociālais darbinieks vai aprūpētājs viņus aizvestu. Taču šāda prakse nav izplatīta, jo to uzskata par pārāk dārgu un cilvēkresursu trūkuma dēļ nav, kas to nodrošina. Ģimenes ārstam SAC vizītē par pirmo pacientu pienākas 21 eiro (kodam 60086), bet par nākamajiem tikai 6 eiro (kodam 60545). Salīdzinot ar privāto sektoru, kur vizītes maksā 50–150 eiro, valsts tarifi ir ļoti zemi un nesedz pašizmaksu, tomēr ārsti turpina sniegt šos pakalpojumus. Pārsvārā pacientu sūdzības SAC ir sociālas vai vieglas, piemēram, klepus, aizcietējumi vai reibonis. Šādos gadījumos ģimenes ārsti laukos parasti neveic mājas vizītes, bet SAC šie apmeklējumi tomēr tiek veikti. Attīstītās valstīs ir pierādīts, ka sociālo darbinieku darbs un pacientu nogādāšana uz pakalpojumu vietām ir daudz lētāka nekā ģimenes ārstu vizītes sociālo jautājumu risināšanai mājās. Institūciju māsu statuss ir neskaidrs. Juridiski būtu jāprecizē, kādas ir atšķirības un prasības. Ideālā gadījumā šādas vietas būtu jāreģistrē kā veselības punkti, kas tiktu uzskatīti par mini ārstniecības iestādēm ar noteiktiem pienākumiem un minimālām prasībām.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		SAC māsas bieži strādā nepilnas slodzes, un medicīniskais personāls vairumā gadījumu naktīs nav pieejams. Dienas laikā dažas reizes nedēļā tiek aprūpētas brūces, sadalītas zāles vai organizēti izmeklējumi, bet ārpus šiem brīžiem, piemēram, brīvdienās, ja cilvēkam kļūst slikti, nav pieejams ne medmāsa, ne ārsta palīgs. Šādos gadījumos tiek izsaukta neatliekamā medicīniskā palīdzība pat maznozīmīgās situācijās, kas rada nevajadzīgi augstas izmaksas un noslogo neatliekamās palīdzības sistēmu. SAC bieži nevar nodrošināt medmāsu 24/7, un medmāsu prombūtnē viņi mēdz lūgt palīdzību ģimenes ārstiem. Tomēr aizvietošana ir SAC atbildība, nevis ģimenes ārsta pienākums. Darbs notiek bez pietiekamiem laika resursiem un finansējuma, balstoties uz labdarību un cilvēcību. Mazattīstītās hospisa un paliatīvās aprūpes dēļ šo funkciju veic sociālie centri, kas nav medicīnas iestādes un kuriem trūkst nepieciešamo zināšanu, resursu un kvalifikācijas. Aprūpes personāls bez medicīniskas izglītības, dārot tabletes vai aprūpējot smagus pacientus, bieži darbojas neatbilstoši un juridiski neskaidri. Mājas vizītes netiek pilnībā noraidītas, taču tās nevar būt vienīgais aprūpes veids visiem pacientiem. Veselības aprūpes un sociālās jomas mijiedarbe visvairāk izpaužas sociālās aprūpes iestādēs — gan valsts, privātajās, gan pašvaldību. DAC notiek sadarbība starp sociālajiem darbiniekiem un mediķiem. Aprūpe mājās galvenokārt aprobežojas ar ikdienas palīdzību, piemēram, produktu piegādi vai mājokļa uzkopšanu, bet medicīnas darbinieki tiek iesaistīti tikai pēc nepieciešamības. Ģimenes ārsti bieži vien ir pārslogoti, un viņu sniegtā informācija vai palīdzība var būt atkarīga no individuālā ārsta pieejas un cilvēciskā faktora. Pieredze var atšķirties – daži ārsti ir atsaucīgi un efektīvi, bet citi var radīt negatīvu iespaidu, kas saistīts ar pieejamo resursu un attieksmes variācijām. Pašreizējā sadarbība starp sociālās un veselības aprūpes sniedzējiem ir nepietiekama Ļoti bieži pacienti nezina vai nevēlas ērti prasīt ģimenes ārstam informāciju, piemēram, par rehabilitācijas pakalpojumiem. Tas norāda uz traucētu komunikāciju starp pacientu un ārstu. Pacienti bieži vien pieņem, ka ģimenes ārsts nesniegs nosūtījumu vai palīdzību, savukārt ģimenes ārstiem trūkst laika un resursu, lai piedāvātu papildu informāciju vai risinājumus. Tas lielā mērā ir atkarīgs no personālijām – no tā, cik ieinteresēti ir katrs speciālists savā darba vietā un situāciju risināšanā, ar kurām saskaras konkrēti cilvēki. Ir situācijas, kurās valsts vai sabiedrība no ārpuses, iespējams, nevar ietekmēt to, vai darbinieks dara minimumu vai maksimumu savā darbā. Esošais modelis nenodrošina darbību, kas pilnībā atbilstu klientu interesēm.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		SAC nav medicīnas iestāde, un akūtās situācijās bieži tiek izsaukta neatliekamā medicīniskā palīdzība. Tomēr ap 40% gadījumu rodas negatīva reakcija no mediķiem, kuri pārmet, ka izsaukums nav pamatots. Šāda attieksme ir nepatīkama, īpaši kritiskās situācijās, piemēram, pie augsta asinsspiediena. Kopumā sadarbība ar ārstniecības iestādēm ir ļoti laba un uzlabojas. Negatīvās pieredzes gadījumi pakāpeniski samazinās. Sadarbība ar sociālajiem darbiniekiem ir efektīva – dokumentu sagatavošana sākas jau pacienta iestāšanās brīdī. Tas palīdz nodrošināt senioram nepieciešamo atbalstu pēc izrakstīšanās, ja tiek apstiprināta pakalpojuma apmaksa no klienta vai tuviniekiem. Speciālistu trūkuma dēļ reizēm rodas kavēšanās, īpaši steidzamos gadījumos. Kā bijušais mediķis, es cenšos saprast medicīnas sistēmas ierobežojumus, tomēr šīs problēmas ir neapmierinošas, lai gan pozitīvas pārmaiņas ir novērojamas. Ģimenes ārstu piesaistīšana SAC klientiem ir sarežģīta, un psihiatru pieejamība (GM) ir kritiska, jo garās rindas kavē nepieciešamo atzinumu saņemšanu. Izmeklējumu nodrošināšana un piemērotu medicīnas darbinieku atrašana SAC ir liels izaicinājums zemo algu un smago darba apstākļu dēļ. Aprūpē mājās personāla trūkums ir īpaši izteikts. Pāreja no veselības uz sociālo aprūpi ir smagnēja, sarežģīta un traumējoša gan cilvēkam, gan viņa radniekiem. Bieži medicīnas iestāde pieprasa trīs dienu laikā pārņemt pacientu, bet radnieki nezina, kur viņu novietot, jo nepieciešama aprūpe 24/7. Daudzi nezina, kā saņemt palīdzību, vai tā būtu no pašvaldības, valsts vai cita līmeņa. Nereti tiek izmantoti maksas pakalpojumi, kas ir ļoti dārgi. Sadarbība, īpaši deinstitutionalizācijas projekta ietvaros, bija ļoti svarīga, nodrošinot ārstniecības pakalpojumus bērniem. Ģimenes ārstu vai speciālistu atzinumi bija nepieciešami, lai noteiktu, kāds pakalpojums ir piemērotāks un vai tas ir pieejams veselības jomā. Sadarbība ir dažāda, atkarībā no personālijām, un dažreiz ir grūti komunicēt. Dažkārt ir nepieciešams vairākkārt lūgt atzinumus, kas apgrūtina visu procesu. Saistībā ar cilvēkiem ar invaliditāti, dienesta sociālie darbinieki bieži sadarbojas ar ģimenes ārstiem un psihiatriem. Bērnu psihiatru trūkums padara speciālistus grūti pieejamus. Turklāt psihiatru viedokļi par cilvēkiem ar garīga rakstura traucējumiem var atšķirties, jo daži atbalsta ilgstošu dzīvi sabiedrībā, bet citi uzskata to par eksperimentu. Šīs atšķirības ietekmē sadarbību un rezultātus. Esmu piedalījies vairāku ģimenes ārstu sanāksmēs novadā, un viņi norādīja, ka ir ļoti daudz nevajadzīgu un sarežģītu izziņu, kas jāsniedz, lai cilvēki saņemtu vajadzīgos sociālos pakalpojumus. Tas apgrūtina viņu darbu. Robeža starp veselību un sašvakošanos veciem cilvēkiem ir grūti nosakāma. Ja slimnīcā pavadītās dienas nav pietiekamas, vecais cilvēks paliek starp divām sistēmām: slimnīca nevar nodrošināt aprūpi, bet SAC trūkst speciālistu. Jautājums ir par to, vai SAC jābūt mediķiem vai aprūpētājiem ar pietiekamām prasmēm.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem bieži rodas neskaidrības par aprūpes sniegšanu. Ārsti un sociālie darbinieki bieži atšķiras viedokļos par to, vai cilvēks var dzīvot patstāvīgi ar atbalstu. Psihiatri dažreiz uzskata, ka cilvēks ir bīstams sev, kamēr sociālais darbinieks uzskata, ka viņam nepieciešama tikai palīdzība. Šādas neskaidrības rada problēmas, un sociālie darbinieki bieži paliek pēdējie, lai risinātu šos jautājumus. Ilgstošās aprūpes pāreja no medicīniskās aprūpes notiek ātri, īpaši pēc insulta, kad pacients nevar atgriezties mājās. Sociālie darbinieki sadarbojas ar slimnīcām, lai ātri ievietotu pacientu SAC. Svarīgi, lai ārsts sniegtu rekomendācijas, un pacients saņemtu gan sociālo, gan veselības aprūpi atbilstoši vajadzībām. Ilgstoši sadarbojoties, veselības iestādē bieži ir arī sociālais darbinieks, kurš risina situācijas un saprot, kā ātrāk noorganizēt vajadzīgo aprūpi. Viņš parasti cenšas rast risinājumus pēc iespējas ātrāk. Sadarbība starp veselības aprūpes un sociālajiem pakalpojumiem ir ļoti dažāda, un tā atšķiras atkarībā no iestādes. Ir daži labi piemēri, kā Rīgā Nacionālais psihiskās veselības centrs, kur tiek ieviestas jaunās pieejas, iesaistot arī sociālos pakalpojumu sniedzējus. Tomēr kopumā sadarbība joprojām ir fragmentāra un neefektīva. Bieži cilvēki pēc psihiatriskās ārstēšanas tiek izrakstīti ārā bez atbalsta, kas izraisa problēmas, piemēram, nonākšanu sociālajā dienestā, kur bieži nevar sniegt palīdzību. Viens no gadījumiem, kad sociālais dienests nevarēja piešķirt pakalpojumus, tika atrisināts, izmantojot mūsu pakalpojumu, kas palīdzēja sakārtot situāciju. Kopumā sadarbība starp veselības aprūpi un sociālo sektoru ir ļoti vāja. Bieži esam saskārušies ar situācijām, kad cilvēkam ir veselības paasinājums, īpaši psihiskās veselības krīze. Ātrā palīdzība ir aizvedusi pacientu uz slimnīcu, taču slimnīcā viņiem tiek atteikta palīdzība, norādot, ka tā nav kūrorta aprūpe. Uzņemšanas nodaļas speciālisti bieži vien neieklausās sociālo pakalpojumu sniedzēju norādījumos par to, ka cilvēkam nepieciešama akūta palīdzība. Attiecībā uz somatiskajām problēmām bieži vien, kad pacients ir ar GRT rakstura problēmām, medicīnas darbinieki nepievērš pietiekamu uzmanību veselības problēmām, mēģinot ātrāk novirzīt pacientu uz psihiatrijas iestādēm vai pakalpojumiem. Filiālē ir efektīvs veselības aprūpes sektora vadītājs, kas uztur ciešu kontaktu ar ģimenes ārstiem, ārsta palīgiem, medmāsām un citiem speciālistiem, sadarbība kļūst efektīva un palīdz ātri risināt situācijas. Piemēram, ātrs zvans pie psihiatra, lai saņemtu nepieciešamo palīdzību, tiek veikts operatīvi. Ļoti svarīga ir pretimnākšana, īpaši attiecībā uz cilvēkiem, kuri paši nevar risināt savas problēmas, bet ir atbalsta personāls, kas palīdz. Šādos akūtos gadījumos ir svarīgi rīkoties ātri, lai nekavējoties atrisinātu situāciju. Pēdējo 10 gadu laikā sadarbība ir būtiski mainījusies, uzlabojoties savstarpējai izpratnei un pieejai. Mēs sākam vairāk koncentrēties uz to, lai cilvēks paliek centrā, risinot viņa problēmas. Tomēr, protams, tas atkarīgs arī no cilvēciskiem faktoriem, un dažreiz tas pazūd.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Veselības punkts, kad tas ir reģistrēts, kalpo kā kvalitātes garants, jo tas atbilst noteiktām kvalitātes prasībām, kuras regulāri uzrauga Veselības inspekcija. Tas uzlabo sadarbību un paver iespējas.
		Mēs izmantojam iekšējo sadarbības modeli, kur veselības aprūpes punkti nodrošina ģimenes ārstu, psihiatru un citu speciālistus. Tas uzlabo pieejamību un ērtības pacientiem, novēršot nepieciešamību gaidīt rindās un pārvietot pacientus.
		Iekšējā sadarbībā starp sociālo un veselības aprūpi ir ļoti svarīga mijiedarbība, jo mēs nevaram darboties bez viena otra. Ja mēs nerunāsim, neplānosim un nekoordinēsim rīcību, tas novedīs pie jauniem akūtiem gadījumiem.
		Iekšējās sadarbības rezultāts ir speciālistu pieejamība, un, runājot par savu iestādi, varu teikt, ka kopumā speciālisti ir pieejami – gan ārsta palīgi, gan medmāsas, psihiatri, fizioterapeiti, ergoterapeiti, mākslas terapeiti, logopēdi un masieri. Lai gan ne visi speciālisti ir katrā filiālē, mūsu darbības modelis ir koncentrēts vienā vai divās filiālēs, kas apkalpo pārējās filiāles.
		Runājot par ārējo sadarbību, tā ir ļoti atkarīga no vietas un filiāles. Sadarbība ar ģimenes ārstiem, ārstniecības iestādēm, ambulatoriem psihiatriem un citiem speciālistiem ir ļoti dažāda – ir gan veiksmīgi piemēri, gan ne tik labi. Cilvēciskais faktors spēlē lielu lomu, un ģimenes ārstu trūkums reģionos arī ietekmē mūs. Kad ģimenes ārsti aiziet pensijā, ir grūti atrast aizvietošanu. Jaunie ārsti sāk ar lielu apņēmību, taču bieži vien tā ļoti ātri izzūd, un viņiem negribas doties uz aprūpes iestādēm.
		Atsevišķu speciālistu pieejamība ir problēma, kas skar visu valsti, un mēs to izjūtam arī savā darbībā. Tāpat kā citiem cilvēkiem, arī mums ir jāaskaras ar kvotu izbeigšanos pie speciālistiem.
		Mūsu situācija ar maksas pakalpojumiem ir grūtāka, jo tos izvēlamies tikai akūtos un neatliekamajos gadījumos, piemēram, onkoloģijā, ja gaidīšanas laiks ir pārāk ilgs. Speciālistu trūkums kavē veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu.
		Mūsu iestādē darbinieki strādā gan patstāvīgi, gan savienojot amatus. Psihiatri strādā pēc grafika, bet pārējo laiku pieejami telefoniski. Filiālēs ir ginekologs, zobārsts, fizioterapeiti, ergoterapeiti un masieris. Podologi un masieris ir ārpus pakalpojumi.
		Pašlaik katrā filiālē ir vismaz reizi mēnesī ģimenes ārsts, kas ierodas uz vietas, kas iepriekš nebija tik bieži. Iepriekš ģimenes ārsti nebija ieinteresēti ierasties, bet tagad tas ir regulārāk.
		Sadarbības trūkums galvenokārt ir atkarīgs no iekšējās motivācijas darbiniekiem. Nereti rodas komunikācijas iztrūkumi starp aprūpi un ārstniecību, kā arī atšķirības prioritātēs.
		Sadarbības modelī tiesībsargs mums bieži pārmet par psihiatru dubulto finansēšanu, jo tas nozīmē, ka psihiatri saņem naudu gan no mūsu iestādes, gan no ārstniecības iestādes.
		Nodrošināt pēctecību un savlaicīgi sniegt nepieciešamo pakalpojumu, ja cilvēks nevar atgriezties dzīvesvietā.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
	2.2. Izaicinājumi sadarbības nodrošināšanā	Transporta pakalpojums nav piemērots guļošu cilvēku pārvietošanai, jo mums ir tikai parasts automobilis un šoferis. Aprūpei jābūt pietiekami medicīniskai, lai novērstu atkārtotu hospitalizāciju, jo citādi veidojas nepārtraukts apburtais loks. Psihiatra atzinumu vajadzētu pieprasīt tikai pakalpojuma (GM) sākumā, nevis katru gadu, jo tas rada lieku birokrātiju un apgrūtina darbu. Esošo pakalpojumu termiņus varētu pagarināt, lai atvieglotu procesu gan klientiem, gan speciālistiem. Darbs ar psihiatrijas klientiem ir izaicinošs, īpaši krīzes situācijās. Klients ar pašnāvības tieksmēm un draudiem darbiniekiem sākotnēji netika uztverts nopietni mediķu skatījumā. Pēc spiediena viņš tika hospitalizēts, bet pēc izrakstīšanās izvēlējās dzīvot mājās, kas apliecina nepieciešamību pēc slēgtas aprūpes vides. Kā sociālie pakalpojumu sniedzēji, mēs bieži vien jūtamies bezspēcīgi, ja mediķi atsakās palīdzēt. Neskaidrība par cilvēka uzvedību rada grūtības, un, pat cenšoties izvairīties no medicīniskas iejaukšanās, dažkārt pietrūkst mediķu atbalsta kritiskos brīžos. Grūti prognozēt, kā veselības punktu modelis darbosies. No ekonomijas viedokļa tas varētu būt lētāk nekā ģimenes ārsti, bet kvalitāte neizbēgami kritīsies. Ieinteresētības trūkums štatā strādājošiem ārstiem un nepieciešamās izmaiņas sistēmā, piemēram, vakcināciju un skrīningu organizēšanā, prasa būtiskas pārmaiņas likumdošanā. Pacienta vajadzības paliek nemainīgas. Grūti iedomāties, ka valsts varētu uzturēt divus paralēlus finansējuma avotus: maksāt ārstam SAC un vienlaikus ģimenes ārstam par tiem pašiem pacientiem. Iespējams, tieši šīs neskaidrības dēļ risinājums vēl nav līdz galam izstrādāts un procesi tiek bremsēti. SAC iemītniekiem, kuru līdzekļi tiek novirzīti uzturēšanai, atstātie 15% bieži nav pietiekami medicīnas maksas pakalpojumiem. Tas rada nevienlīdzību, un valsts vai pašvaldībai būtu jānodrošina šo pakalpojumu apmaksu, jo cilvēkiem bieži nav citu ienākumu. Guļošu cilvēku aprūpē SAC trūkst specializēta transporta un līdzekļu medicīniskajiem pakalpojumiem, piemēram, acu pārbaudēm, ginekologa vai urologa apmeklējumiem un briļļu iegādei. Pastāv jautājums par valsts vai pašvaldības atbalsta nepieciešamību. Savlaicīgi pamanīt cilvēka lemtspējas traucējumus ir sarežģīti, jo process ir ilgs un sarežģīts. Ģimenes ārsts un piederīgie pamana problēmas, neirologs konstatē kognitīvos traucējumus, bet rīcībspējas jautājumu izlemj tikai psihiatrs. Nokļūšana līdz psihiatram bieži vien ir novēlota, kas kavē palīdzības sniegšanu un rada nesakārtotību visā procesā. SAC trūkst medicīnas personāla, bet zemais atalgojums neļauj piesaistīt darbiniekus pilnas slodzes darbam. Lai celtu algas, jāpaaugstina pakalpojumu cenas, taču daudzi to nevar atļauties, radot apburto loku.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Visu var izdarīt, ja ir finansējums un cilvēkresursi, bet jautājums ir, cik daudz naudas esam gatavi ieguldīt un kā plānojam risināt šos jautājumus. Konkurence ar medicīnas iestādēm par personālu radītu vēl lielākas problēmas, cenšoties piesaistīt nepieciešamos speciālistus. Sociālās aprūpes iestādēm trūkst līdzekļu privātiem medicīnas pakalpojumiem, un valsts apmaksātie pakalpojumi pieejami ar ilgu gaidīšanu. Tas kavē savlaicīgu palīdzību un atspoguļo visas veselības sistēmas problēmas. Bez darbiniekiem medicīnas kabineti problēmas nerisina. Personāla trūkums, īpaši SAC, balstās uz pensionētām medmāsām vai darbiniekiem, kuri tur piestrādā blakus pamatdarbam, kas rada būtisku iztrūkumu. Mājas vizišu tarifs un vienāds kapitācijas maksājums neatspoguļo SAC klientu aprūpes laika ieguldījumu, padarot ģimenes ārstus nemotivētus. Papildus veselības aprūpes personāls ir būtisks, jo SAC iemītnieki ir slimi un ar diagnozēm. Aprūpe jānodrošina biežāk nekā divas vai trīs reizes nedēļā. Nepieciešama arī loģistikas uzlabošana, tostarp pacientu transportēšana. Daudzi ģimenes ārsti nevēlas izvēlēties teritorijas ar SAC, jo tas nozīmē daudz darba bez pienācīga atalgojuma. Gandarījuma trūkums, sarežģītās problēmas un nespēja panākt izārstēšanu attur viņus no ilgtermiņa iesaistes. Nepieciešams pašvaldības atbalsts pacientu transportēšanai pie ārstiem, lai cilvēki ar mobilitātes grūtībām varētu saņemt medicīniskos pakalpojumus. Latvijā paliatīvā aprūpe mūža nogalē apvieno ciešu sadarbību starp sociālo loku un veselības speciālistiem. Šo aprūpi var veikt gan mājās, gan stacionārā, un šis modelis varētu būt vērtīgs piemērs tālākai izpētei un attīstībai. Rindā uz valsts SAC gaida vairāk nekā 500 cilvēku, bet īslaicīgās aprūpes nodaļas vairs nepastāv, radot nopietnas problēmas. Nepieciešama ciešāka sadarbība starp Labklājības un Veselības ministrijām, lai atrisinātu šo situāciju. Cilvēcīgums, kas ir ļoti svarīgs, bieži vien diemžēl pietrūkst. Lai risinātu smagos gadījumus, īpaši saistībā ar garīga rakstura traucējumiem GM, nepieciešama cieša komandas sadarbība, atbildības sadale un uzlabota komunikācija. Tie ir speciālisti un pakalpojumu pieejamība konkrētajā vidē. Valstij jānodrošina plašāka informācija par tiesībām un iespējām, piemēram, AB pakalpojumiem. Cilvēki bieži nesaskaras ar šo informāciju vai atturas iesaistīties sarežģītu nosacījumu dēļ. Birokrātiskie procesi sociālo pakalpojumu saņemšanā bieži ir sarežģīti un stresa pilni, īpaši cilvēkiem ar kognitīviem traucējumiem. Nepietiekams finansējums situāciju vēl vairāk sarežģī.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Mums ir nepieciešama dekāde, lai sasniegtu augstāku līmeni lielos procesos. Pašlaik trūkst mediķu un sociālo rehabilitētāju, bet sadarbība ar koledžām un pieaugošais studentu skaits liecina, ka situācija uzlabosies. Vienkārši vajadzīgs laiks. Būtu nepieciešama programma, kas nodrošina atbalstu ne tikai smagi slimiem pacientiem, bet arī tuviniekiem, lai iemācītos aprūpes pamatus. Tā palīdzētu ģimenei saprast, kā pielāgoties jaunajiem apstākļiem, un nodrošinātu medicīnisko pēctecību. Visās jomās ir akūts speciālistu trūkums. Lai piesaistītu jaunu ģimenes ārstu mūsu novadā un viņš uzsāktu darbu, nācās iziet sarežģītu procesu. Bāriņtiesas, sociālais dienests, mediķi un skola nereti strādā nevis klientorientēti, bet pieturas pie profesionālajām robežām, nespējot sistēmiski skatīt situāciju kopumā. Visām darbībām jābūt balstītām uz līgumiem, nosacījumiem, iepirkumiem un citiem administratīviem procesiem, kas rada smagu birokrātisku slogu. Bieži vien, apspriežot darbības ar kolēģiem, klients tiek aizmirsts, radot sekas, kurās viņa vajadzības paliek nesakārtotas. Vienmēr rodas jautājumi par profesionālajām robežām, jo bieži dzirdam pārmetumus, piemēram, "kur skatījās ģimenes ārsts?" vai "kur skatījās sociālais dienests?". Tas atspoguļo augstās gaidas no dažādām iestādēm un to darbības robežām. Trūkst pietiekami daudz atbilstošu pakalpojumu, kas spētu pārņemt aprūpi īsā laikā. Cilvēkiem trūkst pietiekamas informācijas par pieejamajiem pakalpojumiem un to izmantošanas iespējām. Slimnīcās būtu jānodrošina sociālie darbinieki, kas sniegtu atbalstu un reālu informāciju par iespējām un rīcību, pielāgojoties pacienta dzīvesvietai. Trūkst informācijas un pakalpojumu, kas palīdzētu aprūpēt atkarīgus tuviniekus. Valstij un pašvaldībām jāpaplašina pakalpojumi un jāuzlabo informācijas pieejamība. Sadarbība starp sociālajiem darbiniekiem un veselības aprūpes iestādēm ir sarežģīta, jo iestādes ir pārslogotas ar klientiem, un sociālajam darbiniekam bieži vien nav skaidras vietas šajā procesā. Ir jābūt komandai, bet paliek jautājums – kur mums satikties? Veselības aprūpes speciālistiem bieži trūkst informācijas un izpratnes par sociālajiem pakalpojumiem, to sniedzējiem un pieejamību. Tas ietekmē, kāda palīdzība cilvēkam tiek piedāvāta un nodrošināta turpmāk. Kopīgas apmācības iesaistītajām pusēm ir reti pieejamas, bet tās būtiski uzlabotu klientorientētu pieeju un informētību par pieejamiem resursiem. Trūkst vienotas informācijas apmaiņas platformas, kas ļautu ārstiem redzēt pilnu pacienta slimības vēsturi un novērstu dubultu dokumentēšanu. Tas palīdzētu efektīvāk organizēt ārstēšanu un terapiju.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Tiesībsarga uzstādījums paredz pacientu ambulatoru nogādāšanu, taču tas prasa laiku, resursus, mašīnu un pavadāmo personālu. Psihiatra vizītes uz vietas taupa laiku un resursus, ļaujot pacientiem vieglāk saņemt aprūpi ģimeniskai videi pietuvināti. Psihiatri bieži koncentrējas lielajās slimnīcās, padarot pieejamību attālākās vietās sarežģītu.
3. Organizācijas formas	3.1. Pašreizējās organizācijas formas novērtējums	Nav skaidri definētas struktūras, lomu un atbildības sadalījuma veselības aprūpes un sociālo pakalpojumu sadarbībā. Šobrīd sadarbību nosaka speciālistu ieinteresētība un profesionalitāte, bet trūkst noteikumu par komunikācijas veidu un atbildību sadali. Pietrūkst kopēja redzējuma.
		DAC sociālie darbinieki novēro un fiksē klienta uzvedību un izpausmes. Šie vērojumi tiek nodoti psihiatram, lai sniegtu objektīvāku informāciju, jo klients bieži nespēj pats precīzi izstāstīt savas sajūtas.
		Aiz visa slēpjas cilvēku faktors — speciālista ieinteresētība un attieksme nosaka, cik kvalitatīvu palīdzību klients saņems.
		Sociālajā jomā bieži tiek darīts vairāk nekā paredz pienākumi, palīdzot cilvēkiem un asistējot medicīnas pakalpojumos. Piemēram, GM iemītniecei ar pasliktinātu veselību kolēģi palīdzēja veikt magnētisko rezonansi, jo viņi pazīst šo cilvēku un spēja atrast kopīgu valodu.
		Ja ģimenes ārstam ir noslēgts sadarbības līgums ar aprūpes centru, viņš var saglabāt pacientu SAC, ja piekrīt veikt mājas vizītes. Sadarbības līgums ir formāls, un galvenā nozīme ir vienošanās starp ārstu un pacientu. Ja ģimenes ārsts vēlas mainīt pacientu vai pārtraukt līgumu, viņam joprojām ir pienākums aprūpēt savus pacientus, jo vienošanās ar pacientu ir spēcīgāka par formālo līgumu.
		Saskaņā ar likumdošanu, ģimenes ārsta mājas vizītes ir apmaksātas, un sociālās aprūpes centri tiek uzskatīti par mājas vizītēm. Ģimenes ārsts var apmeklēt pacientus SAC, un šādas vizītes tiek apmaksātas, ja tās atbilst noteiktiem kritērijiem. Tā kā šīs izbraukuma vizītes ir skaidri noteiktas, tās tiek traktētas kā apmaksājamas arī pie gulošiem pacientiem SAC.
		Sociālajā dienestā bērniem tiek piedāvāti daudzi pakalpojumi, taču bieži nav skaidrs, kas tieši tiek sniegts, cik tas ir pierādījumos balstīts un cik kvalitatīvs. Pastāv neskaidrības, vai bērniem, piemēram, ar autisma spektra vai uzvedības traucējumiem, nepieciešama psihiatra medicīniska aprūpe vai viņi saņem pietiekamu atbalstu citviet. Sociālo pakalpojumu organizācijā starp pašvaldībām joprojām ir atšķirības, lai gan novadu apvienošana situāciju ir mazliet uzlabojusi.
		Ja ārsts nepārzina aprūpes organizāciju struktūru, ir jautājums, vai citi sabiedrības locekļi to labi saprot. Tas var radīt grūtības efektīvā sadarbībā un pakalpojumu nodrošināšanā.
		Sociālā dienesta attieksme bieži vien ir pavirša, ar atteikumiem vai rupjību, lai gan ir arī pozitīvi piemēri. Arī ģimenes ārsti, būdami pārslogoti, mēdz būt pavirši.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Viens no lielākajiem izaicinājumiem vecumdienās ir traucēta kritiskā domāšana un lemtspēja, kas var slēpt problēmas kvalitatīvā aprūpē. Pacients var nesaprast vai neprasīt palīdzību, un tad tiek atstāts tā, kā ir, kas nav humāni. Pasaules veselības organizācijas ieteikumi šajā jomā bieži vien netiek pilnībā ievēroti.
		Aprūpes iestāžu trūkums ir liela problēma, jo senioru skaits pieaug, bet SAC kvalitāte un pieejamība ir ierobežota. Kvalitatīvāka aprūpe ir dārga, un bieži vien arī tās kvalitāte nav pietiekama.
		Realitātē katrs no mums raksta slēdzienu pacientam, taču šie dokumenti bieži vien pazūd. Ja pacients ir spējīgs, viņš var to nodot ģimenes ārstam vai sociālajam darbiniekam, bet bieži vien šī informācija tiek zaudēta, un sadarbība starp ģimenes ārstu, speciālistu un pacientu kļūst haotiska.
		Maksājam mēneša abonementu, kas ietver digitālās vizītes, tādējādi samazinot transporta un pavadošo personāla izmaksas. Konsultācijas notiek uz vietas aprīkotā kabinetā.
		Mēs nevaram atļauties maksas pakalpojumus, jo tie ātri izsmeltu mūsu budžetu.
		Kā pašvaldības iestāde zaudējam privātajiem, jo ir iepirkumu procedūras. Piemēram, jauns transports maksā 90 000 eiro, bet privātie mazlietotu iegādājas par 40 000 eiro.
		Veselības ministrija gandrīz gadu pēta iespēju valsts finansējumam medmāsām un medicīniskajām manipulācijām SAC, taču taustāmi rezultāti vēl nav sasniegti.
		SAC pacienti ir smagi slimi, nevis vienkārši veci cilvēki. Manā pārziņā ir līdz 30 pacientiem, visi ar pārvietošanās grūtībām, kam nepieciešama īpaša aprūpe un daudz vairāk laika.
		Pārsvarā individuāla sadarbība.
		Ja nepazīstam viens otru un tikai rakstām vēstules, nekas labs nesanāk. Mēs pazīstam viens otru, tiekamies, formulējam idejas, sazināties vai rakstām īsu e-pastu par nepieciešamajiem pasākumiem. Tiešais kontakts ir ļoti būtisks.
		Reizēm sadarbību apgrūtina darbinieku pieredzes vai zināšanu trūkums, ko novēroju ikdienas darbā.
		Bieži vien puzles gabaliņi nesaliekas kopā, kaut kas tur nesaskan.
		Trūkst bērnu speciālistu, piemēram, narkologu, psihiatru un neirologu, lai ārstētu atkarības, UDHS un uzvedības traucējumus. Daudzviet šādi speciālisti nav pieejami uz vietas.
		Speciālistu trūkums, piemēram, pediatru, apgrūtina ģimeņu atbalstu. Pašvaldībām jāpalīdz ar piekļuvi un jāmotivē ģimenes, kas prasa laiku un resursus.
		Institucionālo aprūpi nevar mazināt, jo klienti kļūst smagāki un prasa 24/7 aprūpi, ko mājas pakalpojumi nevar nodrošināt.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Vienotas organizācijas formas nav, jo veselības un sociālā sistēma strādā atsevišķi, katra savos ietvaros, ar savām kārtībām un noteikumiem. Savstarpējā sadarbība un kopīga izpratne par mērķiem bieži vien izpaliek, un tas atkarīgs no iesaistīto individuālās pieejas. Slimnīcās trūkst māsu palīgu, kas bieži noved pie nepietiekamas aprūpes, piemēram, izgulējumiem. Tas apgrūtina senioru aprūpi pēc hospitalizācijas, un situācijas uzlabošanās ir lēna. Senioriem vajadzīga gan sociālā, gan medicīniskā aprūpe. SAC iemītniekiem izveidots medbloks, kur pieejamas kardiogrammas, izgulējumu ārstēšana un psihiatra vizītes, lai nodrošinātu pilnvērtīgu aprūpi. Cilvēks var izskatīties vesels, bet bieži nepieciešama sarežģīta medicīniskā un sociālā rehabilitācija un aprūpe. Šeit svarīga ir cieša mijiedarbība starp šīm jomām. Sociālās aprūpes centros būtu jānodrošina plašāka medicīniskā aprūpe. Nepieciešams vairāk ģimenes ārstu, medmāsu un iespēju saņemt medikamentus, lai klienti saņemtu nepieciešamo aprūpi uz vietas. Slimnīcās bieži izlaiž pacientus ar smagām vajadzībām, ko aprūpes centri nevar nodrošināt. Trūkst resursu, prasmju un aprīkojuma, un slimnīcām būtu jāsniedz pilnīgāka palīdzība un informācija. Slimnīcās sociālais darbinieks bieži sniedz tikai pamata informāciju, atstājot sociālo dienestu risināt situācijas. Tuvinieki bieži ir krīzē, un atbalsta trūkums slimnīcās pasliktina aprūpes organizēšanu. Ir grūti novērtēt pacienta vajadzības attālināti. Bieži saka, ka pacients ir ratiņkrēslā, bet izrādās, ka viņš ir guļošs. Tas būtiski maina pakalpojuma organizēšanu, un situācija jārisina jau ceļā no Rīgas uz novadu. Tas ir pirmais un svarīgākais – situācija neapmierina. Jānodrošina kvalitatīva ilgtermiņa sociālā aprūpe, kas turpina medicīnisko palīdzību smagi slimiem cilvēkiem pēc izrakstīšanas no slimnīcas. Tas ļauj attīstīt specifiskas prasmes, veido sadarbību ar slimnīcām, aprūpes organizācijām, ģimenes ārstiem un citiem partneriem. Iekšēji, piemēram, GM gadījumā, sociālie darbinieki kopīgi izvērtē potenciālos klientus. Sociālā dienesta ietvaros notiek ikmēneša sanāksmes, lai koordinētu ārpakalpojumus, piemēram, aprūpi mājās. Individuālu gadījumu risināšanā iesaistās arī ģimenes asistents un ģimenes nodaļa. Mēs apspriežam konkrētus gadījumus, sadarbojoties ar slimnīcām un rehabilitācijas nodaļām, lai koordinētu veselības un sociālos pakalpojumus. Ar ģimenes ārstiem sadarbojamies telefoniski vai konkrētu gadījumu ietvaros. Reizi ceturksnī piedalos sanāsmēs ar ģimenes ārstiem, lai apspriestu vispārējās tendences. Tomēr tieša klātienes sadarbība ir reta, jo ģimenes ārsti un psihiatri ir ļoti aizņemti. Individuālos gadījumos sociālie darbinieki sazinās ar ārstiem, ja klients tam piekrīt.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Pēc projekta beigām rehabilitācijas centrā bērniem ar invaliditāti vairs nenodrošinām veselības pakalpojumus, jo tie ir valsts apmaksāti. Tomēr valsts apmaksāti speciālisti, piemēram, fizioterapeiti un audiologopēdi, bieži nav pieejami tuvumā, un nepievilcīgi nosacījumi nemotivē viņus strādāt. Pakalpojumi valstī nav vienmērīgi pieejami. Sociālie pakalpojumi tiek nodrošināti caur pašvaldībām, un piešķiršanas kārtība atšķiras. Rīgā pēdējos gados ir ieviesta laba prakse, organizējot komisijas un piešķirot līdzekļus individuālām programmām, lai atrisinātu sarežģītas situācijas, kur tradicionālās pieejas nepalīdz. Personām ar piespiedu ārstēšanu to bieži uzskata par šķērslī ilgstošajiem pakalpojumiem, atstājot viņus bez nepieciešamā atbalsta. Psihiatriskā palīdzība valstī ir pieejama bez maksas, bet modernāki pakalpojumi, piemēram, dienas stacionāri, prasa gaidīšanu rindās. Somatiskās veselības aprūpes rindas ir tādas pašas kā citiem iedzīvotājiem. Nepieciešama vienota sistēma, lai integrētu datus no Spolis, SOPA un citām platformām, novēršot datu dublēšanu un ļaujot visiem vienkārši aktualizēt informāciju. Regulāras aptaujas par sadarbību ar ārstniecības iestādēm un ģimenes ārstiem palīdz identificēt problēmas un uzlabot komunikāciju, dodot vadītājiem iespēju efektīvāk reaģēt. Zobārstniecības pakalpojumu nodrošināšana ir sarežģīta, īpaši tur, kur nav zobārstu. Zobārsti reti piedalās iepirkumos, jo viņiem pietiek savu klientu, bet mūsu klienti bieži ir ar ļoti nolaistu mutes veselību, kas saistīta arī ar medikamentiem. Tas rada papildu grūtības nodrošināt nepieciešamos pakalpojumus.
	3.2. Esošās organizācijas formas pilnveide	Vadlīnijas varētu uzlabot institūciju sadarbību, skaidri nosakot, ko katra iestāde drīkst vai nedrīkst darīt. Piemēram, bāriņtiesa var pieprasīt informāciju no ģimenes ārstiem, bet sociālais dienests to dara sarunas līmenī, kas rada šķēršļus efektīvai darbībai. Savlaicīga pakalpojumu un medicīnisko izmeklējumu pieejamība ir būtiska, lai novērstu slimību ielaidumus un ātri reaģētu. Diemžēl Latvijā rindas uz pakalpojumiem ir ilgstoša un plaša problēma. Birokrātiju varētu mazināt, pagarinot medicīnisko atzinumu derīguma termiņu, piemēram, līdz trim gadiem. Tas novērstu nepieciešamību katru gadu atkārtoti vērsties pie ārstiem, īpaši situācijās, kur veselības stāvoklis nemainās un persona jau ir mediku un sociālo dienestu uzraudzībā. Šķērslis ir garās rindas pie speciālistiem. Palīgīdzekļus, piemēram, speciālos apavus, nevar saņemt uzreiz, un to piešķiršana ir ierobežota. Apavi tiek piešķirti uz diviem gadiem, kas cilvēkiem ar sezonālām vajadzībām rada grūtības. Lielāks atalgojums ģimenes ārstam par darbu SAC, salīdzinot ar štata ārstu uz slodzi, varētu motivēt cītīgāk strādāt, īpaši par vakcināciju un skrīningiem. Finansiālā motivācija ir nozīmīga.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Ne visos SAC naktīs ir medmāsas, īpaši vietās ar ierobežotiem resursiem. Mediķu klātbūtne ir svarīga ārkārtas situācijās.
		Risinājums varētu būt regulāras medmāsu vizītes mājās.
		Vēlams, lai sociālais darbinieks aktīvāk iesaistītos un pavadītu pacientu pie ārsta, īpaši palīdzot vientuļiem pensionāriem.
		Ārstam savlaicīgi jāsāk plānot aprūpe hroniskām slimībām, piemēram, Parkinsona slimībai, informējot pacientu un piederīgos par nākotnes izaicinājumiem. Agrīna plānošana varētu novērst problēmas vēlāk, taču bieži pacienti un piederīgie to atliek, radot sarežģījumus nākotnē.
		Jāievieš precīzāki kritēriji aprūpes novērtēšanai, jo pašreizējās anketas bieži nenovērtē pacienta kritiskumu. Pacienti bieži pārvērtē savas spējas, īpaši, ja prāta spējas ir pasliktinātas, radot nesaderību starp novērtējumu un realitāti.
		Ierosinu ieviest "čeklistu", kas apvienotu speciālistu (ģimenes ārsta, neirologa, ortopēda, psihiatra), sociālo darbinieku un piederīgo skatījumus. Reizi gadā varētu rīkot īsu konsīliju, kur visi iesaistītie apspriež optimālāko risinājumu situācijai.
		Būtu nepieciešams elektronisks formāts, kur sociālais darbinieks saņem korektu un tiešu informāciju, nevis caur sarežģītiem dokumentiem. Tas uzlabotu informācijas apriti.
		Nepieciešams izglītot sabiedrību, lai piederīgie savlaicīgi pamanītu pacienta nespēju, piemēram, Alcheimera slimības sākuma stadijās. Daudzos gadījumos ģimene konstatē problēmas tikai smagajā stadijā. Būtu noderīgi izglītojoši raidījumi vai kampaņas medijos, kas palīdzētu atpazīt agrīnas pazīmes, piemēram, dezorientāciju vai augstu kritienu risku, novēršot lielākas problēmas nākotnē.
		Jāievieš precīzāki aprūpes kritēriji, kas papildus ikdienas aktivitāšu spējai ietver arī diagnozi kā nozīmīgu faktoru. Ne visas diagnozes ir vienādas, īpaši neiroloģiskās slimības, kas prasa specifisku pieeju un aprūpes plānošanu.
		Valsts finansējums veselības aprūpei SAC būtu milzīgs atspāids, bet, ņemot vērā budžeta ierobežojumus, tas pagaidām nav reāli. Galvenās problēmas ir finansējuma un cilvēkresursu trūkums, kas būs risināmas tikai pēc kopējās veselības aprūpes sistēmas sakārtošanas.
		Ilgstošās aprūpes klientiem netiek veidoti īpaši nosacījumi, un mēs cīnāmies tikai ar sistēmas nepilnību sekām. Problēma ir nesakārtotā sistēmā, kuras centrā jābūt cilvēkam un viņa vajadzībām, nevis tikai tehniskiem risinājumiem.
		Būtu nepieciešama lielāka fizioterapeitu iesaiste, īpaši guļošiem pacientiem, lai palīdzētu ar palīgīdzekļu izvēli un pielietojumu, kur ģimenes ārstiem bieži trūkst zināšanu. Papildu atbalsts no psihiatriem vai psihoterapeitiem arī būtu ļoti noderīgs.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Efektīva sadarbība rodas, ja medicīnas māsa pārstāv pacientu ar kognitīviem traucējumiem, sniedzot informāciju un saņemot ieteikumus telekonsultācijās. Sociālajā dienestā bērniem tiek piedāvāti daudzi pakalpojumi, taču bieži nav skaidrs, kas tieši tiek sniegts, cik tas ir pierādījumos balstīts un cik kvalitatīvs. Pastāv neskaidrības, vai bērniem, piemēram, ar autisma spektra vai uzvedības traucējumiem, nepieciešama psihiatra medicīniska aprūpe vai viņi saņem pietiekamu atbalstu citviet. Sociālo pakalpojumu organizācijā starp pašvaldībām joprojām ir atšķirības, lai gan novadu apvienošana situāciju ir mazliet uzlabojusi. Mājas vizītēs SAC iespējas ir ierobežotas salīdzinājumā ar praksi, kur var veikt analīzes, kardiogrammas un citas funkcionālas pārbaudes. SAC vide jau ir zināma, un bieži vien nav nepieciešams novērtēt apstākļus, piemēram, vai ir silta sega vai ēdiens, jo tas ir nodrošināts. Nepieciešami informatīvi materiāli, piemēram, brošūras, lai skaidrotu, kur un kā saņemt palīdzību veselības aprūpes un sociālās aprūpes jautājumos. Tos varētu izdot Labklājības un Veselības ministrijas. Veselības aprūpe un sociālā aprūpe ir cieši saistītas, īpaši DAC, kur bieži trūkst medicīnas darbinieku. Daudziem cilvēkiem, kas apmeklē šos centrus, nepieciešama medikamentu lietošana, un to uzraudzība un ievadīšana būtu jāveic mediķiem, nevis sociālajiem darbiniekiem. Sadarbība starp Labklājības un Veselības ministriju būtu jāstiprina, īpaši izstrādājot ceļvedi par rīcību, ja cilvēkam ir nopietnas veselības problēmas. Slimnīcās ārstēšanās bieži ilgst mazāk par mēnesi, un pēc tam sākas problēmu meklēšana, kas nav vienmēr atrisināma ātri. Latvijā būtu nepieciešams pētījums par sociālās un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, īpaši pēc GM, lai noteiktu trūkumus un uzlabotu sistēmu, iespējams, veicot likumdošanas izmaiņas. Viena iespēja uzlabot klienta aprūpi ir apvienot pakalpojumu sniedzējus, iekļaujot gan veselības, gan sociālās aprūpes komponentes SAC. Šādā veidā resursi tiek koncentrēti pie viena pakalpojuma sniedzēja, kas ļautu efektīvāk izmantot veselības aprūpes finansējumu. Konsolidējot resursus pie pakalpojuma sniedzēja, kas ir tiesīgs darboties abās sistēmās, būtu iespējams efektīvāk sniegt gan veselības, gan sociālās aprūpes pakalpojumus vienuviet. Veselības aprūpes pakalpojumi sociālās aprūpes klientiem būtu jāpiešķir ārpus rindām un kvotām, lai ātrāk risinātu veselības problēmas un novērstu ilgstošu kompensējošo risinājumu nepieciešamību. Sadarbība varētu būt tāda, ka slimnīcas sociālais darbinieks, zinot klientu, palīdzētu viņam saņemt atbilstošus pakalpojumus, atverot piekļuvi nepieciešamajiem resursiem. Slimnīcas sociālais darbinieks varētu tieši sarunāt pakalpojumus smagiem klientiem un sniegt instrukcijas sociālajam dienestam un ģimenēm, ņemot vērā klienta veselības stāvokli.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Būtu jāintegrē sociālā un veselības aprūpe, lai fokusētos uz kopīgu klientu, nevis šķirtām atbildībām, novēršot cīņu par "savu" klientu. Nepieciešams savlaicīgi pieejams medicīniskās aprūpes pakalpojums, lai novērstu smagus stāvokļus un samazinātu ilgstošas aprūpes saņēmēju skaitu. Trūkst risinājuma, kas apvienotu medicīnisko un sociālo aprūpi. Ir svarīgi meklēt veidus, kā savienot Veselības un Labklājības ministrijas, jo Latvijas pieredze rāda, ka tās sadalīšana radījusi problēmas. Mēs bieži nespējam izmantot iespējas ietaupīt naudu, jo katrs strādā tikai savā šaurajā lauciņā, pat ja plašāka sadarbība varētu būt izdevīga. Jāveido integrētāki aprūpes plāni, kuros sadarbojas gan sociālās, gan veselības aprūpes sniedzēji, nodrošinot regulāru atbalstu un uzraudzību, lai redzētu klientu kā cilvēku, ne tikai objektu. Latvijā joprojām dominē profesionāļu modelis, kur lēmumus pieņem par cilvēku bez viņa līdzdalības. Lai veidotu efektīvāku aprūpes sistēmu, svarīgi ir iesaistīt ne tikai klienta tuviniekus, bet arī pašu klientu. Tas varētu samazināt izmaksas slimnīcām un efektīvāk izmantot resursus. Latvijā ir jāatver acis un jāpieņem realitāte, ka mēs kļūstam vecāki, un demogrāfiskā situācija nemainīsies, ja vien nekļūs sliktāka. Ir īstais brīdis domāt par jauniem aprūpes modeļiem, lai neveidotos situācija, kur visi cīnās par resursiem un palīdzību. Bieži vien mēs varam strādāt ar vienu klientu no dažādām pusēm, bet būtu efektīvāk vienoties par katra atbildībām un sadarboties. Tas vienkāršotu darbu un uzlabotu rezultātus. Ģimenes ārstiem ir pārslodze, un, lai risinātu katra klienta gadījumu, nepieciešams vairāk resursu. Ja būs vairāk naudas un ārstu, varēs veltīt vairāk laika katram pacientam, jo pašlaik laika trūkuma dēļ ārstiem nākas risināt problēmas ātri, kamēr dienas laikā rodas jauni gadījumi. Ilgstošas aprūpes sistēmas uzlabošanai ir jāstiprina veselības aprūpes bloks, integrējot to ar sociālajiem pakalpojumiem. Rehabilitācijā mēs redzam, ka integrēta veselības aprūpe ir veiksmīgāka. Ja nebūs pieejami ģimenes ārsti un citi mediķi, tas varētu būt izaicinājums, bet šāda pieeja būtu efektīvāka. Bērnu ar invaliditāti jomā nepieciešama sadarbība starp trim ministrijām, lai nodrošinātu savlaicīgu pakalpojumu pieejamību. Pašlaik sociālais dienests risina problēmas, kas radušās izglītības jomā, jo speciālistu slodzes ir nepietiekamas, bet bērnu vajadzības pieaug. Būtu svarīgi, lai profilaktiskās vizītes notiktu uz vietas pie ārsta vai speciālista, jo tas mazina stresu un satraukumu, īpaši par gaidāmajiem medicīniskiem apmeklējumiem. Tā varētu samazināt arī liekos izsaukumus pēc ātrās palīdzības, tā atslogojot veselības aprūpes sistēmu.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Strenču slimnīca piedāvā telemedicīnas modeli, kas nodrošinās 24/7 psihiatra pieejamību. Ar tehnoloģiju palīdzību, piemēram, Zoom vai Teams, attālināti tiks veikta diagnostika, konsultācijas un terapijas pielāgošana, ļaujot efektīvi sniegt atbalstu bez nepieciešamības pēc fiziskām vizītēm. Jāmeklē risinājumi, kā ietaupīt laiku un atslogot speciālistus, lai viņi būtu plašāk pieejami.
4. Finansēšanas plūsmas	4.1. Pašreizējās finanšu plūsmas novērtējums	Pašvaldības sagaida līdzfinansējumu ilgtermiņa sociālās aprūpes pakalpojumiem.
		Pašvaldībām pieaug uzdevumu apjoms, ko uzliek valsts. Tas ir politiska izvēle – cik daudz un kādām grupām, ar vai bez klienta līdzfinansējuma. Tas atšķiras katrā pašvaldībā. Klienti dažreiz jautā, kāpēc tas tā.
		Citreiz finansējums nepalīdz, jo nauda var "uzsūkties", ja procedūras nav skaidri noteiktas vai izstrādātas.
		Finansējumi ir nodalīti. Sadalījums ir neskaidrs un sarežģīts.
		Cilvēks par veselības aprūpi maksā pats, bet par SAC pakalpojumiem viņa līdzekļi bieži vien nav pietiekami. Ja apgādnieki nevar palīdzēt, tas paliek uz pašvaldības pleciem, kur arī budžets ir ierobežots.
		Vajadzības ir daudz, un visu nodrošināt nav iespējams. Mēs kā pakalpojumu sniedzēji piesaistām speciālistus un organizējam terapeitiskos pakalpojumus, īpaši bērniem, kuriem ir ļoti nepieciešams šis atbalsts, lai uzlabotu funkcionēšanu un nodrošinātu pēc iespējas vairāk pakalpojumus.
		Ja dodamies uz medicīnas iestādi, limitēts finansējums ir ļoti minimāls. Valsts programmas vairāk attiecas uz pieaugušajiem, piemēram, rehabilitologiem, fizioterapeitiem vai psihologiem, kuru pieejamība ir ierobežota. Tas nav pietiekami, jo daudziem nepieciešams ilgstošs atbalsts, kas pārsniedz valsts piešķirtās 10 vai 5 reizes. Mūsu finansējums nāk no pašvaldības piešķirtajiem līdzekļiem, nevis valsts, un katras pašvaldības iespējas finansēt pakalpojumus atšķiras, tāpēc tas nav pietiekami.
		Lai jaunieši, kas dzīvo GM, varētu ātrāk saņemt medicīniskās pārbaudes, mēs izmantojam maksas pakalpojumus, ja viņiem ir līdzekļi. Tas ļauj ātrāk iegūt rezultātus un saprast, kā rīkoties tālāk.
		Naudas mūsu valstī nepietiek abās sfērās, un tas jau ir zināms. Veselības aprūpe saņem nepieciešamos līdzekļus, taču Labklājības ministrijai reāli trūkst finansējuma.
		Pat esošā finansējuma apmērā rodas iespaids par lielu nevienlīdzību. Turīgākie labāk pārzina savas tiesības un saņem vairāk, kamēr mazturīgie, bieži mazāk izglītoti, tiek apdalīti. Arī krievu tautības cilvēki bieži "izsit" sev vairāk, uzskatot, ka viņiem viss pienākas.
		Pašvaldībām ir finanšu problēmas, jo valsts politika pēdējos gados ir palielinājusi izdevumus, bet samazinājusi ienākumus. Iedzīvotāju ienākuma nodokļa daļa pašvaldībām tika samazināta no 80% uz 72%, un papildus ir jauni maksājumi, kas jāsedz. Tā rezultātā izdevumi pieaug, bet ienākumi samazinās, kas var novest pie bankrota.
		Bagātākās pašvaldības var ieguldīt vairāk, bet trūcīgākās nespēj nodrošināt pat savas aprūpes iestādes, radot lielas atšķirības pakalpojumos. Tas bieži vien ir uz klientu pleciem, jo pašvaldības nevar nodrošināt vajadzīgo attīstību.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Ir neracionāls izlietojums, piemēram, iepirkumos, kas attiecas arī uz slimnīcām un veselības aprūpes iestādēm. Ja naudas ir ierobežoti, jāseko līdzi, lai līdzekļus izlietotu racionāli. Ar nelieliem finanšu līdzekļiem var panākt labus rezultātus.
		Pacientiem, kas atrodas SAC, tiek kompensētas iemaksas, bet ne viss. Asins analīzes ir maksas pakalpojums, ko valsts neapmaksā, izņemot cukura analīzi. Ja māsiņas nevar veikt analīzes, tās tiek veiktas pie ģimenes ārsta vai prakses māsas, kas to dara bez maksas.
		Vakcinācijas pret kovidu tiek veiktas ar izbraukuma tarifiem, un lielākā apjomā tās tiek veikts ārpus prakses. Savukārt vakcinācija pret gripu tiek sniegta praksē, un tarifs ir tikai pāris eiro. Ja nepieciešams izbraukt, jāvērsas ar visu aprīkojumu, tostarp neatliekamās palīdzības rīkiem, un jāsniedz pakalpojumi, kas bieži vien ir gandrīz bezmaksas.
		Ja mūsu, ģimenes ārstu, teritorijā ir kāds SAC, tad par tās klientu aprūpi maksā Veselības ministrija.
		Vislielākais izaicinājums pašvaldībai un valstij noteikti ir finanses. Bieži vien budžets ir ierobežots, un tas rada finanšu nepietiekamību, kas traucē nodrošināt nepieciešamos pakalpojumus.
		Valstij un pašvaldībām vajadzētu sniegt lielāku atbalstu šajās jomās, jo galvenais izaicinājums ir finanses. Piemēram, ja klients ir jāievieto ilgstošā sociālajā aprūpē pēc slimnīcas vai negadījuma, bieži vien tuvinieki nav maksāspējīgi. Novads ir lojāls, nodrošinot pakalpojumu pat bez pilnīgas izvērtēšanas par tuvinieku maksāspēju. Pirmais lēmums tiek pieņemts ātri, un tālāk izvērtēšana notiek pēc pakalpojuma sniegšanas.
		Eiropas fondiem mēs izveidojām GM un rehabilitācijas centrus, un pirmajā un otrajā gadā viss bija veiksmīgi, varēja ņemt terapijas un citus pakalpojumus. Taču šobrīd tas viss ir uz pašvaldības pleciem, un pašvaldībai jāsedz kredīti šo ēku celtniecībai vai pārbūvei, kā arī jānodrošina pakalpojumi. Tas ir liels slogs pašvaldībai.
		Katrai no šīm sistēmām ir atšķirīgs finansēšanas modelis, savi finansēšanas avoti un arī atšķirīgi mērķi.
		Šobrīd strādā divas sistēmas, katrai no tām ir sava finansēšanas sistēma veselības aprūpes nodrošināšanai, un mērķis ir ārstēt. Viņi strādā ar savām kvotām un pakalpojumu pieejamības ietvaros, tāpēc tās nepiemērojas ilgstošas vai ilgtermiņa aprūpes mērķiem un vajadzībām.
		Naudas trūkst visur, un tas ir galvenais izaicinājums. Veselības aprūpe joprojām ir novārtā, samazinot finansējumu zālēm un palīdzībai, kas ir dārgas. Tā vietā tērējam to pašu naudu invaliditātes pensijām un pabalstiem, kas būtu lieki, ja cilvēki saņemtu nepieciešamo ārstēšanu.
		Finansēšanas mehānisms ārstniecības un sociālajiem pakalpojumiem nav skaidrs. Pašvaldība mēģina nosegt trūkumu veselības aprūpē, bet ilgstošās aprūpes gadījumā saņemam sūdzības par nekvalitatīvu pakalpojumu, jo veselības aprūpe netiek pienācīgi nodrošināta. Sistēma ir sarežģīta un nevienam nav izdevīga.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Ja SAC nav veselības aprūpes finansējuma, bet tikai pašvaldības finansējums, rodas jautājums par finansējuma sadali un efektivitāti. Bērniem un citiem pakalpojumiem ir atšķirīgi finansējumi, un kvotu pieejamība valstī nav līdzsvarota. Daudzās pašvaldībās trūkst psihiatru, un tas ietekmē pakalpojumu pieejamību, īpaši, ja cilvēks ir jānosūta uz Rīgu, kas arī ir finanšu jautājums. Ilgttermiņa sociālajai aprūpei ir atsevišķs finansējums no Labklājības ministrijas, savukārt veselības aprūpei ir finansējums no Veselības ministrijas. Šie finansējumi ir paralēli un nav savstarpēji saistīti. Daži pakalpojumu sniedzēji reizēm strādā ar abiem finansējumiem. Zobārstniecības pakalpojumi ir ļoti dārgi, un bieži vien akūtos gadījumos trūkst pieejamu zobārstu. Finansējums ir ierobežots, un tas bieži vien ir šķērslis, lai sniegtu nepieciešamos pakalpojumus, piemēram, protezēšanu. Katras struktūrvienības budžets tiek piešķirts ne pēc iedzīvotāju skaita, bet pēc vajadzības, ko analizē zobārsts kopā ar veselības aprūpes sektoru. Līdzekļi tiek piešķirti atbilstoši vajadzībai, bet, ja nauda ir tikai pieciem cilvēkiem, tad pārējie gaida rindā. Finansēšanas plūsma mums ir vienkārša. Mums ir viens finansēšanas avots – aprūpes valsts programma, ko saņemam pilnā apmērā. Atsevišķi nekas netiek izdalīts vai finansēts, un kopējo apjomu mēs sadalām iekšēji pēc vajadzības. Finansējuma pārklāšanās ir, piemēram, ar psihiatru, kuru mēs maksājam par pakalpojumiem, jo tas ir nepieciešams mūsu iedzīvotājiem. Vēlamies biežāk sadarboties ar ģimenes ārstiem, lai seniori saņemtu aprūpi. Pašvaldības bieži motivē ģimenes ārstu strādāt biežāk, un mēs arī esam panākuši, ka ģimenes ārsts apmeklē mūsu iestādi vismaz reizi mēnesī.
	4.2. Finanšu pārvaldības pilnveide	Ja tas būtu vienās rokās, iespējams, tas uzlabotu sadarbību. Ja finansējums sekotu cilvēkam, tas noteikti būtu vienkāršāk. Ja cilvēks visu savu dzīvi strādā, veikt sociālās iemaksas, viņam būtu iespēja mierīgi saņemt pakalpojumus vēlāk. Cilvēkam varētu būt individuālais budžets. Pietrūkst finansējuma šādiem pakalpojumiem, lai laicīgs ieguldījums bērnā varētu nodrošināt nepieciešamo aprūpi un atbalstu. Finansējuma pietiekamība ir būtiska, lai nodrošinātu pakalpojumu pieejamību un ļautu cilvēkiem saņemt nepieciešamo aprūpi laicīgi, bez gaidīšanas, gan uz izmeklējumiem, gan konsultācijām. Tas ļautu savlaicīgi identificēt problēmas. Būtu izdevīgāk, ja okulists varētu izmērīt acu spiedienu pat mājās, izmantojot portatīvos aparātus, kas ļautu apkalpot guļošus cilvēkus. Tas varētu būt lētāk valstij, nekā maksāt par lielām vizītēm, ja kvotu ietvaros gadā ir jāapkalpo 50 cilvēki.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Nauda būtu jāseko konkrētam pacientam, nevis tikai jāpiesūķir pašvaldībai. Realitātē bieži vien pašvaldība izdala finansējumu, un tie, kas ir uzstājīgāki, saņem pakalpojumus, kamēr tie, kas nevar par sevi parūpēties, paliek bez palīdzības. Sabiedrība noveco, un hronisku slimību skaits pieaug, radot slogu valstij. Tāpēc cilvēkiem jau darbaspējīgā vecumā jāplāno savas vecumdienas, jo pensija vien nespēj nodrošināt adekvātu aprūpi. Jādomā par sociālajiem pakalpojumiem un nepieciešamību krāt naudu šiem pakalpojumiem, jo atbildība par vecumdienām ir gan uz valsts, gan uz paša cilvēka un viņa ģimenes pleciem. Valsts iesaistīšanās ilgstošajā sociālajā aprūpē ar savu finansējumu varētu būt daļējs ikdienas uzturēšanas izmaksu avots, kas sniedz garantiju cilvēkam, ka viņš varēs būt pārliecināts par savām vecumdienām un kur viņš tās pavadīs. Ja valsts iesaistās finansējumā šīm iestādēm, tas varētu atrisināt virkni jautājumu, jo cilvēkam būtu garantija, ka, neatkarīgi no tā, kuru sociālās aprūpes iestādi viņš izvēlas, būs nodrošināts stabils finansējums. Būtu jānosaka vienots tarifs ģimenes ārsta mājas vizītēm, piemēram, 20 vai 25 eiro, ņemot vērā visus izdevumus piemēram, bērniem līdz 18 gadiem, vakcinācijām vai paliatīvai aprūpei. Tas palīdzētu risināt mājas vizīšu apmaksu un nodrošinātu taisnīgāku finansēšanu. Būtu jānodrošina līdzīga gadījumu apmaksa ģimenes ārstiem un jāpieņem fizioterapeits ar regulāru piesaisti, piemēram, reizi vai divreiz nedēļā. Tā kā daudzi pacienti nonāk pēc slimnīcām un tiek ilgstoši aprūpēti gultā, nepieciešams speciālists ar medicīniskām zināšanām, lai aktivizētu šos pacientus. Tomēr tas prasa papildus finansējumu, kas jāpiesūķir. Finansējuma plūsma gan vieniem, gan otriem pakalpojumiem noteikti prasītu lielāku atbalstu, taču caur sadarbību lietas varētu darīt efektīvāk. Tomēr šobrīd tās darbojas katra savā pasaulē. Konsolidējot resursus uz klientu, viens no veidiem ir, ja pakalpojuma sniedzējam ir gan sociālie, gan veselības pienākumi. Tas ļauj apvienot resursus un nodrošināt efektīvāku aprūpi. Tomēr veselības puse šobrīd pretojas šai pieejai, lai gan paliatīvās aprūpes kontekstā ir signāli, ka sadarbība kļūst iespējama. Būtu svarīgi veidot vienotu finansējuma sistēmu, kas nevis pārstāv tikai sociālo vai veselības jomu, bet gan cilvēka vajadzības konkrētajā dzīves posmā. Šāda sistēma varētu iet caur kādu līdzīgu struktūru, piemēram, apdrošinātājiem vai pensiju apdrošināšanu, kas pārstāv cilvēka intereses un nodrošina nepieciešamos pakalpojumus. Tas ļautu finansējumam sekot cilvēkam un viņa vajadzībām. Jau gadiem rosinām pārskatīt ilgstošās aprūpes apdrošināšanu, jo nav pieļaujams, ka cilvēks ar vidējiem ienākumiem nevar segt šīs izmaksas. Ir jādomā par līdzfinansējumu, jo pašvaldību budžetā ir nepietiekami līdzekļi, lai nodrošinātu nepieciešamo aprūpi.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
5. Priekšlikumi	5.1. Priekšlikumi mījiedarbības attīstībai	Lai savlaicīgāk saņemtu informāciju un piedāvātu mums pieejamos un cilvēkam vajadzīgos pakalpojumus, varētu novērst ātru nonākšanu ilgstošajā aprūpē. Cilvēks varētu saņemt nepieciešamo palīdzību dzīvesvietā. Tas ir ļoti svarīgi, īpaši gadījumos, kad tiek izrakstīts no slimnīcas, lai novērstu pārrāvumus pakalpojumu nodrošinājumā.
		Ja pēc ārstēšanās specializētā slimnīcā mums nav informācijas par pacientu, nevaram nodrošināt viņam nepieciešamo atbalstu. Tas bieži noved pie atkārtotām krīzēm. Īpaši svarīgi ir apzināt personas, kas regulāri ārstējas, lai piedāvātu aprūpi mājās vai citus pakalpojumus, uzlabojot viņu dzīves kvalitāti. Sociālajiem dienestiem trūkst pilnīgas informācijas, tāpēc daudziem, kam palīdzība nepieciešama, to nevar nodrošināt.
		Es pieļauju, ka gan veselības aprūpes, gan sociālo pakalpojumu sniedzējiem informācija jāpasniedz saprotamā un vienkāršā valodā. Tas ir svarīgs aspekts, pie kā noteikti jāstrādā.
		Noderīgas būtu mobilās vienības, kurās strādā sociālais darbinieks un mediķis. Tās varētu divreiz dienā apmeklēt cilvēkus mājās, iedot zāles, apmainīt katetru, sagatavot ēdienu un nodrošināt aprūpi. Šāds risinājums ļautu cilvēkiem palikt mājās, saņemot nepieciešamo atbalstu.
		Jāatrod līdzsvars starp valsts un pašvaldību atbildību, lai ilgstošu pakalpojumu nepieciešamības gadījumā samaksu segtu vai nu valsts, vai pašvaldība.
		Svarīgi nodrošināt, lai pakalpojumu sniedzējiem būtu piekļuve informācijai par cilvēka vajadzībām, jo vecākiem bieži vien trūkst kompetences pareizi regulēt medikamentu lietošanu. Tas var kaitēt cilvēka veselībai.
		Svarīga ir profesionāla sadarbība, kur mediķi atzīst sociālās jomas profesionāļu nozīmi, novērtējot cilvēku no cita skatupunkta. Kopīgi sadarbojoties un ieklausoties vienam otrā, var atrast labāko risinājumu, kas visvairāk palīdz konkrētajā situācijā.
		Svarīgi veidot ciešāku savstarpējo sadarbību, kurā mediķi un sociālās jomas profesionāļi kopīgi strādā, lai atrastu cilvēkam vispiemērotāko risinājumu.
		Šim modelim jāpapildina veselības aprūpes elements, jo pašlaik tas ir tikai īslaicīgs sociālais pakalpojums bez medicīniskā atbalsta. Šo jautājumu risinām, sadarbojoties ar ministrijām un iesaistītajām pusēm, lai uzlabotu pakalpojumu. AB pakalpojums ir īpaši svarīgs ģimenēm ar bērniem, kam ir kvalitatīvās aprūpes vai hospisa statuss, un vecākiem nepieciešama iespēja atpūsties. Lai tas būtu pilnvērtīgs, modelim jāiekļauj arī medicīniskā aprūpe.
		Būtu lietderīgi nodrošināt iespēju piesaistīt ārstu speciālistus, kuri varētu apmeklēt SAC, sniedzot nepieciešamo medicīnisko aprūpi uz vietas.
		Būtu jāveido papildu niša paliatīvajai aprūpei neiroloģiskiem pacientiem. Pašlaik paliatīvā aprūpe valstī ir pieejama tikai onkoloģiskiem un termināliem pacientiem ar prognozētu nāvi sešu mēnešu laikā. Taču hronisko slimību pacienti, kuri cieš gadiem, bieži dzīvo ar zemu dzīves kvalitāti. Attīstītās valstis piedāvā paliatīvo aprūpi arī šajā

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		jomā, nodrošinot kvalitatīvu aprūpi un medicīnisko palīdzību. Šāds risinājums varētu mazināt hospitalizācijas nepieciešamību un samazināt izmaksas. Garīgās aprūpes integrēšana, iesaistot garīdzniekus, uzlabotu sociālās aprūpes kvalitāti, mazinot vientulību un pamestības sajūtu, īpaši tiem, kas nevar apmeklēt baznīcu. Lai uzlabotu sociālo darbinieku izpratni par biežākajām slimībām, būtu lietderīgi organizēt kursus, kuros ārsti sniedz padziļinātas zināšanas par šīm tēmām. □ Šāda pieeja palīdzētu novērst esošos zināšanu trūkumus un uzlabotu sociālo darbinieku spēju efektīvi palīdzēt klientiem ar dažādām veselības problēmām. Lai ārstiem būtu pieejama informācija par SAC, DAC un paliatīvo aprūpi visā Latvijā, būtu nepieciešama centralizēta mājaslapa, kurā redzamas visas iestādes, brīvās vietas un pieteikšanās kārtība. Šāda sistēma palīdzētu ārstiem sniegt pacientiem precīzu informāciju neatkarīgi no viņu atrašanās vietas. Jānosaka skaidras funkcijas un pakalpojumu grozs sociālās aprūpes iestādēm, precizējot atbildības un finansēšanas avotus. Medicīniskās manipulācijas, ko SAC nevar nodrošināt, jāveic medicīnas iestādēs. Nepieciešams vienots standarts, lai novērstu atšķirības starp iestādēm. Veselības punkts varētu kalpot kā koordinācijas centrs ar vienotiem noteikumiem, tomēr jārisina finanšu un cilvēkresursu jautājumi, lai skaidri nodalītu, kas par ko atbild. SAC ir cilvēka dzīvesvieta, ne slimnīca vai sanatorija, tāpēc tam nevar uzlikt pienākumus sniegt specifiskus medicīniskos pakalpojumus, kas jānodrošina medicīnas iestādēm. Paliatīvā aprūpe jānodala no SAC un jāpārvieta uz reģionālajām slimnīcām vai hospisiem, jo SAC nav piemēroti intensīvai medicīniskajai uzraudzībai un aprūpei smagi slimiem pacientiem. Pacientiem mājās nepieciešama nepārtraukta aprūpe, nevis tikai retas vizītes. Jānodrošina kvalificēti aprūpētāji ar resursiem 24/7 palīdzībai, īpaši laukos, kur vientuļi cilvēki bieži paliek bez pienācīgas aprūpes. Pašvaldībām jānodrošina kvalitatīva loģistika, lai palīdzētu senioriem ar pārvietošanās traucējumiem – transportēšanu pie ģimenes ārsta, uz aptieku un citur. Šis pakalpojums būtu jāsniedz visiem senioriem, neatkarīgi no ģimenes stāvokļa vai radnieku esamības, jo tas veicinātu veselības aprūpes pieejamību un risinātu daudz problēmu. Nemot vērā ģimenes ārstu skaita samazināšanos un pieaugošās teritorijas, šāda pieeja kļūst īpaši aktuāla. Bieži trūkst skaidrības par to, kādus pakalpojumus bērns saņem, piemēram, vai medicīnisko rehabilitāciju vai ko citu. Ir svarīgi, lai informācija par pakalpojumu saturu būtu pieejama un saprotama, lai varētu izvērtēt, vai tas atbilst bērna vajadzībām un nodrošina nepieciešamo palīdzību. Jāveido izpratne par vecāka gadagājuma cilvēku aprūpi, izglītojot jau skolās un piedāvājot praktiskus resursus, piemēram, bukletus, raidījumus un ceļa kartes, lai tuvinieki zinātu, kā sniegt nepieciešamo atbalstu.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Nepieciešama skaidra un pieejama procesu karte, lai gan sabiedrība, gan ģimenes ārsti zinātu par iespējām, piemēram, medicīnisko un sociālo rehabilitāciju. Informācijai jābūt saprotamai un viegli pieejamai, lai palīdzētu cilvēkiem apjukuma brīžos. Ir svarīgi iemācīt speciālistiem ieraudzīt cilvēku aiz viņa diagnozes vai ierobežojumiem, sākot no izglītības iestādēm, kur viņus māca. Nepieciešams veicināt izpratni, ka cilvēkam, neatkarīgi no viņa stāvokļa, var un vajag dot iespēju iesaistīties sabiedrībā, neuztverot viņu kā ārpus aprites esošu. Ciešāka informācijas un datu apmaiņa starp veselības aprūpi un sociālo jomu uzlabotu sadarbību. Veselības aprūpe iegūtu ieskatu par sociālajiem pakalpojumiem un iesaistītajiem cilvēkiem, savukārt sociālā puse varētu identificēt veselības riskus un labāk saprast pacienta vajadzības. Savietojamas informācijas sistēmas būtu būtisks solis šajā virzienā. Svarīgi, lai sistēmas dalībnieki, līderi un finansējuma turētāji sadarbojas un sarunājas, atceroties, ka klients ir viens, un galvenais mērķis ir sasniegt labāko rezultātu. Lai izvairītos no kritiskām situācijām, svarīgi rūpīgi kontrolēt cilvēka stāvokli jau laikus, veicot pierakstus pie speciālistiem un nodrošinot nepieciešamās analīzes. Pirms cilvēks nonāk aprūpē, jāiegūst pilnīga informācija par viņa veselību, ieskaitot detalizētus izrakstus un bāzes analīzes. Tas ļauj kontrolēt dinamiku un novērst nopietnas problēmas, negaidot akūtas situācijas. Pakalpojumu nodrošināšanai jābūt pēctecīgai, nodrošinot, ka nevienu posmu neizlaiž un visi soļi tiek veikti loģiskā secībā. Sociālās aprūpes centrā jānodrošina laicīga un efektīva medicīniskā aprūpe, regulāri piesaistot mediķus vai ģimenes ārstu. Ģimenes ārsta slodze varētu būt mazāka, lai efektīvāk nodrošinātu nepieciešamo aprūpi centra iemītniekiem. Svarīgi nodrošināt drošu un pēctecīgu aprūpes sistēmu, lai krīzes situācijā gan cilvēks, gan ģimene saņemtu nepieciešamo atbalstu, nezaudējot stabilitāti. Tas ietver adaptācijas periodu slimnīcā ar mācībām par aprūpi, valsts programmas atbalstu, piemēram, speciālas gultas īri, un ceļa karti ar iespējām turpināt aprūpi mājās, SAC, GM vai citos piemērotos pakalpojumos. Ikvienam – ģimenes ārstam, sociālajam darbiniekam vai slimnīcas personālam – vajadzētu būt ieinteresētam laikus pamanīt krīzes tuvošanos. Jāveido sistēma, kurā, ja kāds pamana situāciju, piemēram, ģimenē ar strādājošiem vecākiem un nepieciešamo aprūpi, tiek piedāvāta atbalsta pakete. Tā nodrošinātu aprūpi mājās vai palīdzību citā veidā, ļaujot ģimenei saglabāt stabilitāti un turpināt strādāt. Informācijas trūkuma dēļ cilvēks, nonākot sarežģītā situācijā, bieži ir bezpalīdzīgs, nesaprotot terminoloģiju un sistēmu. Īpaši svarīgi ir nodrošināt, lai izrakstoties no slimnīcas, sociālais darbinieks sniedz skaidru informāciju par tālākiem soļiem un pieejamo atbalstu.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Lai sniegtu atbalstu, jāveicina ģimeniskā vide un sociālās inovācijas, nevis jāveido lielas institūcijas. Mazas GM, piemēram, dzīvokļi ar pieciem iemītniekiem un vienu aprūpētāju, var būt efektīvas. Pakalpojumiem jābūt pielāgotiem katra cilvēka vajadzībām, integrējot medicīnisko un sociālo aprūpi, kur nepieciešams. Latvijā, kā mazā valstī, ir iespēja pievērsties katram cilvēkam individuāli un nodrošināt atbilstošu atbalstu ar pieejamajiem resursiem. Nepieciešama “vienas pieturas aģentūra”, kur ģimenes ar bērniem, kuriem piešķirta invaliditāte, varētu vienuviet saņemt informāciju, konsultācijas un pakalpojumu koordināciju. Tas novērstu rindas, apjukumu un nodrošinātu atbalstu agrīnā posmā. Ģimenes ārstiem bieži pietrūkst laika un resursu, tāpēc šāda sistēma būtu būtiska, lai palīdzētu ģimenēm ātrāk un efektīvāk saņemt palīdzību. Ģimenes ārstiem bieži trūkst pilnas informācijas par diagnozēm, jo speciālisti to nenodod, īpaši infektoloģijā un garīgajā veselībā. Bez tās viņi nevar pilnvērtīgi palīdzēt pacientiem, un šo jautājumu vajadzētu risināt veselības sistēmā. Ģimeniskajai videi pietuvinātu pakalpojumu attīstība prasa ciešu sadarbību, informācijas apmaiņu un regulāru plānošanu, lai nodrošinātu kvalitāti un pielāgotu resursus. Tas ietver speciālistu pieejamības prognozēšanu, regulāras apmierinātības aptaujas un pašvaldību iesaisti, piemēram, veselības punktu izveidē. Svarīgi arī organizēt izglītojošus pasākumus un domnīcas, lai stiprinātu mijiedarbību starp sociālo un veselības aprūpi. Kvalitātes novērtēšanai būtiskākie ir iedzīvotāju viedokļi, nevis tikai statistiskie rādītāji.

1.4. Interviju kopsavilkums

Pašreizējās mijiedarbības novērtējums

Sociālo dienestu viedoklis

Sociālo dienestu un veselības aprūpes iestāžu sadarbība ir nozīmīga, lai nodrošinātu iedzīvotājiem nepieciešamo atbalstu. SAC cilvēkiem tiek piedāvāta pastāvīga aprūpe, kas aptver arī viņu veselības vajadzības. Kā norādīts, *"SAC mijiedarbība ar veselības aprūpes pakalpojumiem atšķiras, jo šajās institūcijās cilvēki dzīvo pastāvīgi, un personāls ikdienā rūpējas arī par viņu veselības vajadzībām."* Tikmēr DAC galvenā atbildība par veselību bieži vien paliek ģimenes locekļu vai ģimenes ārstu ziņā.

Akūtas situācijas, piemēram, pacienta izrakstīšana no slimnīcas pēc smagas slimības, rada sarežģījumus pārejā uz sociālo aprūpi. Šādos gadījumos sociālie dienesti sadarbojas ar ģimenēm, izvērtējot iespējamus risinājumus un organizējot nepieciešamo aprūpi mājās vai institūcijā. Taču *"starp medicīnas iestādēm un cilvēka aprūpi SAC, mājās vai citur bieži ir tukšums."* Slimnīcas bieži pēkšņi izraksta pacientus, radot lielu slogu ģimenēm, jo *"ģimenes tam nav gatavas – nepieciešams laiks, lai atrastu aprūpētāju, sakārtotu vidi un iegādātos speciālo gultu, medicīniskos palīgīdzekļus un visu pārējo."*

Īpaši izaicinājumi ir saistīti ar cilvēkiem darbspējīgā vecumā, kuriem ir funkcionāli traucējumi. Viņiem bieži vien nav pieejami atbilstoši pakalpojumi, ja nav noteikta invaliditāte. *"Darbspējīgā vecuma cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem, kuriem nav noteikta invaliditāte, praktiski nav pieejami pakalpojumi."* Šāda situācija veicina to, ka šī cilvēku grupa izkrīt no atbalsta sistēmas un nesaņem nepieciešamo rehabilitāciju vai aprūpi.

Pensijas vecuma cilvēkiem un bērniem ar funkcionāliem traucējumiem dažās pašvaldībās tiek nodrošināti papildu atbalsta pasākumi. *"Trūcīgām ģimenēm tiek piedāvāts atbalsts veselības izdevumiem līdz 150 eiro, bet maznodrošinātām – līdz 200 eiro."* Taču valstī kopumā resursi ir ierobežoti, un *"valsts atbalsts nav pietiekams."*

Deinstitucionalizācijas projekts ir radījis atšķirīgu pieeju bērnu ar funkcionālajiem traucējumiem sociālajai rehabilitācijai dažādās pašvaldībās. Projekts ir veicinājis dalījumu starp ārstniecības un sociālās rehabilitācijas pakalpojumiem, jo *"tagad tiek traktēta dažādi atkarībā no pašvaldības."*

Lai risinātu šīs problēmas, ir nepieciešama strukturēta pēcaprūpes sistēma, kas palīdzētu ģimenēm pārorientēties no slimnīcas uz sociālo aprūpi. Kā uzsvērts, *"būtu nepieciešama pēcaprūpes sistēma vai ceļvedis, kas palīdzētu ģimenēm tikt galā ar šādu situāciju."* Tāpat svarīga ir labāka sadarbība starp veselības un sociālās aprūpes institūcijām, kā arī lielāka resursu pieejamība, lai nodrošinātu pilnvērtīgu palīdzību visām sabiedrības grupām.

Pakalpojumu sniedzēju viedoklis

Sociālās aprūpes iestādē⁹⁶ tiek nodrošināta medicīnisko pakalpojumu pieejamība uz vietas, lai mazinātu hospitalizācijas nepieciešamību. *"Mēs veicam aprūpi un dažādas*

⁹⁶ Pašvaldību SAC.

medicīniskās manipulācijas uz vietas, kas ir ievērojami lētāk nekā klienta uzturēšana slimnīcā." Tomēr piekļuve valsts apmaksātiem izmeklējumiem ir ļoti ierobežota, īpaši vecāka gadagājuma cilvēkiem, kuriem bieži vien jāgaida pārāk ilgi. "Uz valsts apmaksātiem izmeklējumiem jāgaida pusgadu, bet nereti pēc šī laika pakalpojumu saņemšana vairs nav aktuāla, jo nav vairs kam sniegt."

Sociālā rehabilitācija tiek uzskatīta par būtisku bērniem un darbaspējīgā vecuma cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem. Tomēr vecāka gadagājuma cilvēkiem tās aktualitāte bieži tiek apšaubīta. *"Runāt par deviņdesmitgadīga cilvēka atgriešanos sociālajā vidē ir utopiski un lieka līdzekļu tērēšana."* Šādās situācijās līdzekļi tiek novirzīti aprūpes, uztura un citu pamatvajadzību nodrošināšanai.

Mijiedarbība starp sociālo un veselības aprūpi ir nepietiekama visās mērķgrupās. *"Es nevarētu teikt, ka kādā no šīm grupām būtu izcila sadarbība, ar ko lepoties."* Lai gan paliatīvā aprūpe tiek izcelta kā pozitīvs piemērs, tā neattiecas uz visām mērķgrupām, norādot uz būtiskiem trūkumiem.

Privātais pakalpojumu sniedzējs strādā ciešā sadarbībā ar mediķiem un ģimenes ārstiem, lai laikus diagnosticētu un novērstu veselības problēmas. *"Laikus pierakstām pie speciālistiem poliklīnikā un izmeklējam veselības stāvokli jau pirms uzņemšanas."* Viņi cenšas izvairīties no hospitalizācijas, jo tā vecāka gadagājuma cilvēkiem var būt emocionāli traumējoša. *"Vecāka gadagājuma cilvēkiem ir ļoti grūti mainīt vidi un pierast pie jauniem cilvēkiem, pat ja tas ir jauns aprūpētājs."* Privātajā sektorā pieejami arī dažādi speciālisti, kas uzlabo pakalpojumu kvalitāti. *"Manā komandā strādā medmāsas un ārstu palīgi, un es sadarbojos ar vairākiem ārstiem. Mums ir nodarbināti ģimenes ārsti, kā arī daži speciālisti, piemēram, divi dermatologi, divi psihiatri un fizioterapeiti."*

Pēdējos gados veselības aprūpes pakalpojumi ir kļuvuši pieejamāki un efektīvāki. *"Medikamenti ir uzlabojušies, samazinot blaknes, un cilvēki tagad var dzīvot patstāvīgāk."* Izbraukuma rentģeni un citi pakalpojumi padara aprūpi elastīgāku un mazina nepieciešamību pēc hospitalizācijas. *"Agrāk stacionēšana bija bieža, bet tagad uzvedības problēmas, kas nav apdraudošas, nav pamats stacionēšanai."*

Veselības aprūpes speciālistu viedoklis

Veselības aprūpe mājās pēdējos gados ir uzlabojusies. Privātas firmas, kas strādā ar valsts līgumiem, sniedz pakalpojumus, piemēram, aprūpi gulošiem pacientiem, brūču un čūlu ārstēšanu, stomas un traheostomu aprūpi, kā arī mākslīgās ventilācijas atbalstu. *"Pakalpojumi ir labi izstrādāti, un mehānisms kopumā darbojas efektīvi."*

SAC veselības aprūpe tiek organizēta līdzīgi kā mājas aprūpē. *"Ģimenes ārsts izraksta norīkojumu, un medmāsas nodrošina nepieciešamās procedūras."* Tomēr gada beigās resursu trūkuma dēļ SAC darbiniekiem jāuzņemas papildu slodzi, kamēr pakalpojumi tiek atjaunoti jaunajā gadā.

Pensijas vecuma cilvēku aprūpē mijiedarbība ar veselības un sociālo pakalpojumu sistēmām ir vāja. *"Garīgās veselības problēmas bieži pasliktina sistēmas efektivitāti šajā vecuma grupā."* Tas rada izolāciju un zemu dzīves kvalitāti.

Ģimenes locekļi bieži nespēj uzņemties pilnu atbildību par vecāka gadagājuma cilvēku aprūpi. *"Liela daļa jauniešu un darbspējīgā vecuma cilvēku ir izbraukuši no Latvijas, un senioriem bieži vien nav neviena, kas viņus aprūpē."* Aprūpe tiek ierobežota līdz minimāliem pakalpojumiem, kas nereti neatbilst klientu vajadzībām.

Ģimenes ārsti bieži ir iesaistīti dokumentācijas sagatavošanā un atbalsta sniegšanā, taču tas ir laikietilpīgi un nepietiekami, lai apmierinātu pieprasījumu. *"Pacienti vai viņu ģimenes bieži vērsas pie mums ar vēlmi atrast piemērotu aprūpes vietu, piemēram, neredzīgo SAC."* Šis process prasa ievērojamu laiku un resursus.

Sistēma cieš no vienotas informācijas platformas trūkuma, kas skaidri norādītu pieejamos pakalpojumus. *"Cilvēki bieži saņem atbildes, ka 'jums nepienākas,' 'mēs neko nevaram,' vai 'nav naudas.'"* Tā rezultātā cilvēki paliek bez nepieciešamā atbalsta.

Pastāv nepietiekama informācija par hronisku slimību aprūpi. *"Ģimenes ārsti ir nepietiekami informēti, un sociālie darbinieki par šīm slimībām neko nezina."* Tas rada būtiskas problēmas pacientu un viņu ģimeņu ikdienā.

NVO viedoklis

Tuviniekiem, kuri kopj ģimenes locekļus, pašvaldība nodrošina līdz 30 dienām apmaksātu aprūpes pakalpojumu. Taču *"praksē ir gadījumi, kad šādu iespēju nav izdevies realizēt."* Grūtības piekļūt šiem pakalpojumiem norāda uz problēmām to nodrošināšanā un pieejamībā.

Cilvēkiem ar smagiem funkcionāliem un veselības traucējumiem mijiedarbība ar sociālo un veselības aprūpi ir nepietiekama. *"Mijiedarbība ir vāja un neatbilstoša, jo viņiem nepieciešams daudz vairāk atbalsta nekā pārējiem."* Šāda situācija ievērojami ietekmē šo cilvēku dzīves kvalitāti.

Līdz 18 gadu vecumam pakalpojumu pieejamība un situācija ir salīdzinoši skaidra, bet *"lielais pārrāvums notiek tieši šajā vecumā, kad tuvinieki nezina, ko darīt un kur vērsties."* Bērniem pieejamie pakalpojumi vairs netiek nodrošināti pieaugušajiem, radot nopietnas problēmas un jaunas grūtības.

Psihiatriskajās slimnīcās sociālajiem darbiniekiem vajadzētu nodrošināt pacientiem atbalstu un piemērotu vietu pēc izrakstīšanās. *"Kad cilvēks ar čemodānu ierodas, mēs cenšamies savest viņu ar sociālo dienestu un palīdzēt atrisināt patversmes jautājumu."* Taču pat patversmes izvirza noteiktas prasības, piemēram, rentgena izmeklējumus, kas aizkavē procesa realizāciju.

Sadarbības modeļi

Sociālo dienestu viedoklis

Sadarbības modelis starp sociālajiem dienestiem, veselības aprūpes iestādēm un citām institūcijām tiek raksturots kā neskaidrs un neefektīvs, radot būtiskas problēmas klientu vajadzību nodrošināšanā. Lai arī *"Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums nosaka, kādos gadījumos ārstniecības iestādei jāinformē sociālais dienests,"* praksē skaidri izstrādāta un efektīva sadarbības modeļa nav. Sociālie darbinieki uzsver, ka sadarbība bieži notiek tikai krīzes situācijās, tomēr *"katrs strādā savas kompetences un pienākumu robežās,"* un šo robežu līdzsvarošana ir grūts uzdevums.

Īpaši sarežģītas situācijas rodas, kad pacienti tiek izrakstīti no slimnīcas un nevar atgriezties mājās. Šādos gadījumos slimnīcas mēdz vērsties pie sociālajiem dienestiem, bieži vien ārpus darba laika, radot papildu slogu. *"Slimnīcas bieži zvina brīvdienās, vēlās vakara vai pat nakts stundās ar lūgumu braukt pakalpiņam pacientam."* Tomēr sociālajiem dienestiem trūkst resursu šādu situāciju risināšanai. *"Transporta pakalpojums nav piemērots guļošu cilvēku pārvietošanai, jo mums ir tikai parasts automobilis un šoferis."*

Nepietiekamas mājas aprūpes iespējas un ierobežotā sociālo pakalpojumu pieejamība bieži noved pie situācijām, kur pacienti tiek novirzīti uz aprūpes centriem, pat ja tas nav optimālais risinājums. *"Mājas aprūpe ir nepietiekama, tāpēc viņam gandrīz piespiedu kārtā jādodas uz aprūpes centru."* Šo situāciju vēl vairāk sarežģī ilgstošās aprūpes pārejas trūkumi, īpaši pēc slimnīcas aprūpes. *"Pēc veselības aprūpes pakalpojuma būtu jāseko sociālajiem pakalpojumiem, taču pāreja ne vienmēr notiek saudzīgi un savlaicīgi."*

Sistēmas smagnējība un nepilnības rada lielu slodzi ne tikai speciālistiem, bet arī tuviniekiem, kuri bieži kļūst par neformāliem aprūpētājiem. *"Visa atbildība bieži vien gulstas uz tuviniekiem un ģimenes locekļiem, kuri kļūst par neformālajiem aprūpētājiem."* Tas ne tikai rada izdegšanu, bet arī ierobežo tuvinieku iespējas strādāt un veicināt ekonomisko aktivitāti. Situāciju raksturo kā *"sarežģītu un smagnēju procesu,"* kur ceļš līdz risinājumam ir ilgs un neefektīvs.

Medicīniskās un sociālās aprūpes integrācijas trūkums rada arī finansiālus un praktiskus izaicinājumus. Lai arī *"ja pie slimnīcas būtu gultas, kas apvienotu sociālo un medicīnisko aprūpi, tas būtu efektīvs modelis,"* šādu risinājumu izmaksas ir augstas. *"Šīs izmaksas parasti sedz tuvinieki."* Rezultātā, ja pacientam pēc slimnīcas nav iespēju atgriezties mājās, viņš paliek starp divām sistēmām: *"slimnīca nevar nodrošināt aprūpi, bet sociālās aprūpes centram trūkst speciālistu."*

Papildus tam pastāv nopietnas problēmas ar speciālistu trūkumu un resursu ierobežojumiem. *"Ģimenes ārsti bieži vien ir pārslogoti, un viņu sniegtā informācija vai palīdzība var būt atkarīga no individuālā ārsta pieejas."* Psihiatru pieejamība ir kritiska, tomēr *"garās rindas kavē nepieciešamo atzinumu saņemšanu,"* un zemās algas apgrūtina darbinieku piesaisti. *"Izmeklējumu nodrošināšana un piemērotu medicīnas darbinieku atrašana SAC ir liels izaicinājums."*

Problēmas rodas arī sadarbības kvalitātē starp dažādām iesaistītajām institūcijām. *"Bāriņtiesas, sociālais dienests, mediķi un skola nereti strādā nevis klientorientēti, bet pieturas pie profesionālajām robežām,"* radot papildu birokrātisku slogu. Tiek uzsvērts, ka darbībām būtu jābalstās uz skaidriem līgumiem un procedūrām, taču nereti tas noved pie situācijām, kurās klienta vajadzības paliek nesakārtotas.

Lai uzlabotu situāciju, tiek ierosināti vairāki risinājumi. Sadarbības un pakalpojumu nodrošināšanā tiek uzsvērtā nepieciešamība pēc pēctecības un savlaicīgas palīdzības, taču bieži vien rodas problēmas ar resursiem, piemēram, transporta pieejamību: *"transporta pakalpojums nav piemērots guļošu cilvēku pārvietošanai."* Aprūpei jābūt pietiekami medicīniskai, lai novērstu atkārtotas hospitalizācijas: *"citādi veidojas*

nepārtraukts apburtais loks." Tomēr bieži trūkst cilvēcīguma: "cilvēcīgums, kas ir ļoti svarīgs, bieži vien diemžēl pietrūkst."

Smagu gadījumu risināšanā būtiska ir cieša komandas sadarbība un komunikācija, taču trūkst speciālistu un pakalpojumu pieejamības: *"tie ir speciālisti un pakalpojumu pieejamība konkrētajā vidē."* Tiek akcentēta vajadzība pēc atbalsta programmām, kas palīdzētu arī tuviniekiem: *"būtu nepieciešama programma, kas nodrošina atbalstu ne tikai smagi slimiem pacientiem, bet arī tuviniekiem."*

Administratīvie procesi un birokrātija apgrūtina darbu: *"visām darbībām jābūt balstītām uz līgumiem, nosacījumiem, iepirkumiem."* Dažkārt sadarbība starp iestādēm ir neveiksmīga, jo tās ir pārslogotas un pieturas pie profesionālajām robežām: *"iestādes ir pārslogotas ar klientiem, un sociālajam darbiniekam bieži vien nav skaidras vietas šajā procesā."*

Tiek uzsvērta nepieciešamība pēc vienotas komandas pieejas, lai efektīvi risinātu problēmas: *"ir jābūt komandai, bet paliek jautājums – kur mums satikties?"* Šīs problēmas norāda uz vajadzību pēc sistēmiskas pieejas, kas orientēta uz cilvēku vajadzībām un efektīvāku sadarbību.

Sociālo pakalpojumu sniedzēju viedoklis

Pakalpojumu sniedzējs GM pakalpojuma nodrošināšanā (NVO) uzsver, ka galvenā sadarbība notiek ar psihiatriem un ģimenes ārstiem, kuri ir *"divi galvenie speciālisti šajā procesā."* Lai arī sadarbība tiek vērtēta kā laba, pastāv problēmas ar speciālistu trūkumu, kas ietekmē pakalpojumu pieejamību: *"Mediķu un psihiatru trūkums reizēm ietekmē pakalpojumu pieejamību un saņemšanas ātrumu."* Tomēr sarežģījumus rada klientu vai viņu tuvinieku attieksme pret medikamentiem. Piemēram, kāda situācija radās, kad vecāks ignorēja psihiatra ieteikumus, *"nenodrošinot nepieciešamos medikamentus,"* kas izraisīja agresiju un apdraudējumu gan klientam, gan darbiniekam. Darbs ar psihiatrijas klientiem ir sarežģīts, jo *"mediķi bieži atsakās palīdzēt krīzes situācijās,"* radot bezspēcības sajūtu. Tiek norādīts, ka *"Psihiatra atzinumu vajadzētu pieprasīt tikai pakalpojuma sākumā, nevis katru gadu"* un jāvienkāršo birokrātija.

Privātais pakalpojumu sniedzējs izceļ veiksmīgu sadarbību ar sociālajiem darbiniekiem slimnīcās, kur jau sākotnēji tiek sagatavota dokumentācija, lai nodrošinātu klientam atbalstu pēc izrakstīšanās: *"Tas palīdz nodrošināt senioram nepieciešamo atbalstu pēc izrakstīšanās."* Vienlaikus viņi uzsver, ka speciālistu trūkums rada kavējumus, īpaši steidzamos gadījumos, lai gan *"negatīvās pieredzes gadījumi pakāpeniski samazinās."* Privātais sektors atzīst, ka *"izaugsmei nepieciešama dekāde"*.

Pašvaldību SAC norāda, ka zemais atalgojums ir nopietns šķērslis personāla piesaistei: *"Zemais atalgojums neļauj piesaistīt darbiniekus pilnas slodzes darbam."* Tāpat nepietiekamais finansējums kavē jaunu iniciatīvu ieviešanu: *"Valsts veselības punktu ieviešanu pastāvīgi atliek finanšu trūkuma dēļ."* Vienlaikus SAC veiksmīgi ievieš risinājumus, kas uzlabo aprūpi, piemēram, *"diennakts medicīnas mūsu pakalpojumus un attālinātas medicīniskās konsultācijas."* Šīs iniciatīvas ļauj klientiem ātri saņemt palīdzību un izvairīties no biežiem braucieniem uz ārstniecības iestādēm. Taču SAC ir saskāries ar nepilnīgu slimnīcu aprūpi: *"Cilvēki atgriežas SAC daudz sliktākā stāvoklī nekā brīdī, kad viņi tika nogādāti slimnīcā."*

Valsts SAC akcentē iekšējās sadarbības nozīmi starp veselības un sociālo aprūpi: *"Mijiedarbība ir ļoti svarīga, jo mēs nevaram darboties viens bez otra."* Viņi uzsver uzlabojumus veselības aprūpes pieejamībā, piemēram, *"psihiatru ir pieejami telefoniski, un ģimenes ārsts ierodas vismaz reizi mēnesī."* Tomēr speciālistu trūkums un ģimenes ārstu nepieejamība reģionos rada problēmas. Tiek norādīts: *"Kad ģimenes ārsti aiziet pensijā, ir grūti atrast aizvietošanu."* Nepieciešama pieejamāka ambulatorā aprūpe: *"Psihiatra vizītes uz vietas taupa laiku un resursus, bet psihiatru koncentrācija lielajās slimnīcās apgrūtinā palīdzību attālakās vietās".* Tāpat tiek uzsvērtā nepieciešamība pēc vienotas informācijas apmaiņas sistēmas, kas novērstu dubultu dokumentēšanu un uzlabotu sadarbību: *"Trūkst vienotas informācijas apmaiņas platformas."*

Veselības aprūpes speciālistu viedoklis

Lauku apvidū aprūpes organizācija ir apgrūtināta. *"Medmāsai ir vieglāk, ja 20–30 cilvēki atrodas vienā teritorijā, nevis izkaisīti plašā lauku apvidū"*. Tomēr šādas centralizācijas iespējas bieži nav, un aprūpe ir izkaisīta, radot loģistikas problēmas un apgrūtinot pacientu sasniegšanu.

SAC pastāv medicīniskā personāla trūkums. *"Medmāšas bieži strādā nepilnas slodzes, un naktīs medicīniskais personāls nav pieejams"*. Tā rezultātā guļošu pacientu aprūpe ir nepietiekama, jo *"trūkst specializēta transporta un līdzekļu medicīniskajiem pakalpojumiem, piemēram, acu pārbaudēm vai briļļu iegādei"*. Ģimenes ārsti, kas atbild par SAC pacientiem, ir pārslogoti, un *"mājas vizīšu tarifi un kapitācijas maksājumi neatspoguļo SAC klientu aprūpes laika ieguldījumu"*. Šī nemotivācija ir viens no iemesliem, kāpēc daudzi ģimenes ārsti izvairās no teritorijām ar SAC.

"Latvijā sociālo darbinieku izglītība bieži ir nepietiekama, un medmāsu trūkuma dēļ šis atbalsts mājās praktiski nepastāv". Tas īpaši ietekmē pacientus ar hroniskām slimībām, piemēram, Parkinsona pacientus, kuriem *"nepareiza medikamentu lietošana izraisa kustību nespēju un nopietnas sekas"*.

Trūkst koordinācijas un atgriezeniskās saites starp sociālajiem darbiniekiem un ārstiem. *"Realitātē pastāv tikai formāla recepšu izrakstīšana, un tas arī viss."* Šī kontroles mehānisma trūkuma dēļ aprūpe bieži ir formāla un nekvalitatīva. Nepietiekama uzmanība tiek pievērsta arī lemtspējas jautājumiem, jo *"psihiatra iesaiste bieži vien ir novēlota, kas kavē palīdzības sniegšanu un rada nesakārtotību visā procesā"*.

Hospisa un paliatīvās aprūpes attīstība ir nepietiekama. *"Šo funkciju veic sociālie centri, kuriem trūkst nepieciešamo zināšanu, resursu un kvalifikācijas"*.

Lielākā daļa veselības aprūpes balstās uz labdarību un cilvēcību, jo *"darbs notiek bez pietiekamiem laika resursiem un finansējuma"*.

Lai gan veselības punktu modelis tiek pakāpeniski ieviesta, *"kvalitāte neizbēgami kritīsies, ja trūks ieinteresētības un nepieciešamās izmaiņas likumdošanā netiks veiktas"*.

Papildu nepieciešams pašvaldības atbalsts pacientu transportēšanai uz medicīniskajām iestādēm, jo *"cilvēki ar mobilitātes grūtībām nevar saņemt medicīniskos pakalpojumus bez loģistikas uzlabojumiem"*.

NVO viedoklis

Mijiedarbība starp sociālajiem darbiniekiem un mediķiem pastāv, bet *"mājas aprūpe galvenokārt aprobežojas ar ikdienas palīdzību, piemēram, produktu piegādi vai mājokļa uzkopšanu, bet medicīnas darbinieki tiek iesaistīti tikai pēc nepieciešamības"*. Tas atspoguļo vispārējo nepietiekamību sadarbībā starp veselības un sociālajiem pakalpojumiem, jo *"pašreizējā sadarbība starp sociālās un veselības aprūpes sniedzējiem ir nepietiekama"*.

Pacientu informētība ir zema, un viņiem bieži trūkst atbalsta. *"Ļoti bieži pacienti nezin vai nejūtas ērti prasīt ģimenes ārstam informāciju, piemēram, par rehabilitācijas pakalpojumiem"*. Rezultātā pacienti un viņu ģimenes locekļi nezina, kā rīkoties sarežģītās situācijās, jo *"cilvēkiem trūkst pietiekamas informācijas par pieejamajiem pakalpojumiem un to izmantošanas iespējām"*.

Pāreja no veselības uz sociālo aprūpi bieži ir smaga. *"Pāreja no veselības uz sociālo aprūpi ir smagnēja, sarežģīta un traumējoša gan cilvēkam, gan viņa radniekiem. Bieži medicīnas iestāde pieprasa trīs dienu laikā pārņemt pacientu, bet radnieki nezina, kur viņu novietot, jo nepieciešama aprūpe 24/7"*. Šo situāciju saasina pakalpojumu trūkums, kas spētu pārņemt aprūpi īsā laikā.

Psihiatrisko pacientu aprūpe ir īpaši sarežģīta. *"Bieži cilvēki pēc psihiatriskās ārstēšanas tiek izrakstīti ārā bez atbalsta, kas izraisa problēmas, piemēram, nonākšanu sociālajā dienestā, kur bieži nevar sniegt palīdzību"*. Medicīnas darbinieki arī ne vienmēr pievērš uzmanību veselības problēmu risināšanai. *"Attiecībā uz somatiskajām problēmām bieži vien, kad pacients ir ar GRT rakstura problēmām, medicīnas darbinieki nepievērš pietiekamu uzmanību veselības problēmām, mēģinot ātrāk novirzīt pacientu uz psihiatrijas iestādēm vai pakalpojumiem"*.

Paliatīvās aprūpes modelis Latvijā demonstrē pozitīvus piemērus. *"Latvijā paliatīvā aprūpe mūža nogalē apvieno ciešu sadarbību starp sociālo loku un veselības speciālistiem. Šo aprūpi var veikt gan mājās, gan stacionārā, un šis modelis varētu būt vērtīgs piemērs tālākai izpētei un attīstībai"*. Tomēr šādi risinājumi vēl ir ierobežoti un nav pieejami visiem.

Sistēmā pastāv problēmas arī ar pakalpojumu pieejamību un birokrātiskiem šķēršļiem. *"Rindā uz valsts SAC gaida vairāk nekā 500 cilvēku, bet īslaicīgās aprūpes nodaļas vairs nepastāv, radot nopietnas problēmas"*.

Sarežģītie un stresa pilnie birokrātiskie procesi sociālo pakalpojumu saņemšanā īpaši apgrūtina cilvēkus ar kognitīviem traucējumiem. Turklāt speciālistu attieksme un motivācija būtiski ietekmē aprūpes kvalitāti. Sadarbības efektivitāte bieži ir atkarīga no darbinieka ieinteresētības, ko valstij un sabiedrībai ir grūti ietekmēt.

Sistēmas uzlabošanai nepieciešams lielāks fokuss uz sadarbības stiprināšanu un informācijas apriti. *"Slimnīcās būtu jānodrošina sociālie darbinieki, kas sniegtu atbalstu un reālu informāciju par iespējām un rīcību, pielāgojoties pacienta dzīvesvietai"*. Tas varētu mazināt plaisu starp veselības un sociālo aprūpi un nodrošināt holistisku pieeju pacientu aprūpei.

Organizācijas formas

Sociālo dienestu viedoklis

Latvijas veselības un sociālās aprūpes mijiedarbībā bieži problēmas rodas no neskaidri sadalītām atbildībām un nepilnīgas sadarbības. *"Nav skaidri definētas struktūras, lomu un atbildības sadalījuma veselības aprūpes un sociālo pakalpojumu sadarbībā"*. Šobrīd sadarbība bieži vien balstās uz speciālistu ieinteresētību un profesionalitāti, taču *"trūkst noteikumu par komunikācijas veidu un atbildību sadali"*. Atzīts, ka *"puzles gabaliņi nesaliekas kopā"*, kas rada būtiskas nepilnības pakalpojumu sniegšanā.

Slimnīcas bieži izlaiž pacientus ar smagām vajadzībām, tajā pašā laikā slimnīcu sociālie darbinieki bieži vien sniedz tikai pamata informāciju, *"atstājot sociālo dienestu risināt situācijas"*. Tuvinieki bieži atrodas krīzes situācijā, un atbalsta trūkums slimnīcās vēl vairāk apgrūtina aprūpes organizēšanu. Nereti problēmas rodas no nepietiekamas informācijas, piemēram, tiek teikts, ka pacients ir ratiņkrēslā, bet realitātē viņš ir guļošs, un tas būtiski ietekmē pakalpojuma organizēšanu.

Sociālo dienestu ietvaros tiek organizētas sanāksmes, lai koordinētu ārpaalpojumus, piemēram, mājas aprūpi. Tiek norādīts, ka *"mēs apspriežam konkrētus gadījumus, sadarbojoties ar slimnīcām un rehabilitācijas nodaļām"*, lai veicinātu pakalpojumu koordināciju. Sadarbība ar ģimenes ārstiem tiek veikta telefoniski vai sanāksmēs, taču tieša klātienes sadarbība ir reta. *"Reizi ceturksnī piedalos sanāksmēs ar ģimenes ārstiem, lai apspriestu vispārējās tendences, tomēr tieša klātienes sadarbība ir reta, jo ģimenes ārsti un psihiatri ir ļoti aizņemti."*

Trūkst vadlīniju, kas varētu uzlabot institūciju sadarbību un skaidri noteikt, ko katra iestāde drīkst vai nedrīkst darīt. Šobrīd komunikācija bieži vien notiek sarunu līmenī, kas kavē efektīvu darbu. Ir norādīts, ka slimnīcu sociālajiem darbiniekiem būtu jāuzņemas lielāka loma klientu atbalstā, piemēram, tieši sarunājot pakalpojumus smagiem klientiem un sniedzot instrukcijas sociālajam dienestam un ģimenēm.

Tiek uzsvērta nepieciešamība integrēt sociālo un veselības aprūpi, lai fokusētos uz kopīgu klientu, nevis šķirtām atbildībām, un veidotu risinājumus, kas vienlaicīgi apvienotu medicīnisko un sociālo aprūpi. Šāda pieeja varētu novērst smagus stāvokļus un samazināt ilgstošas aprūpes nepieciešamību. Tomēr bieži vien *"mēs varam strādāt ar vienu klientu no dažādām pusēm, bet būtu efektīvāk vienoties par katra atbildībām un sadarboties"*.

Īpaši bērnu ar invaliditāti jomā ir nepieciešama sadarbība starp vairākām ministrijām, jo *"sociālais dienests risina problēmas, kas radušās izglītības jomā"*, un pieejamie speciālisti nespēj apmierināt pieaugošo pieprasījumu.

Sociālo pakalpojumu sniedzēju viedoklis

"DAC sociālie darbinieki novēro un fiksē klienta uzvedību un izpausmes", tādējādi palīdzot ārstiem iegūt objektīvāku informāciju, jo klients bieži vien pats nespēj precīzi izskaidrot savas sajūtas. Diemžēl *"vienotas organizācijas formas nav, jo veselības un sociālā sistēma strādā atsevišķi"*, kas apgrūtina efektīvu sadarbību un kopīgu mērķu izpildi. Liela loma ir individuālai ieinteresētībai un attieksmei, piemēram, *"GM iemītniecei ar pasliktinātu veselību kolēģi palīdzēja veikt magnētisko rezonansi, jo viņi pazīst šo cilvēku un spēja atrast kopīgu valodu"*. Tiek norādīts, ka *"vienotas*

organizācijas formas nav, jo veselības un sociālā sistēma strādā atsevišķi, katra savos ietvaros, ar savām kārtībām un noteikumiem”.

Pašvaldību SAC būtisks ir budžeta ierobežojums *"mēs nevaram atļauties maksas pakalpojumus, jo tie ātri izsmeltu mūsu budžetu."* Lai ietaupītu resursus, tiek izmantotas digitālās vizītes, kas ļauj *"samazināt transporta un pavadošā personāla izmaksas."* Tomēr šīs metodes nevar aizstāt būtisko – papildu finansējumu un cilvēkresursus. Veselības ministrija strādā pie iespējām piešķirt finansējumu medmāsām un medicīniskajām manipulācijām SAC, bet progress ir lēns: *"Veselības ministrija gandrīz gadu pēta iespēju valsts finansējumam, taču taustāmi rezultāti vēl nav sasniegti."* Tiek uzsvērtā nepieciešamība pēc speciālistu lielākas iesaistes, jo *"būtu nepieciešama lielāka fizioterapeitu iesaiste, īpaši gulošiem pacientiem."*

No valsts SAC puses tiek uzsvērtā datu integrācija un sadarbība starp dažādām platformām. *"Nepieciešama vienota sistēma, lai integrētu datus no Spolis, SOPA un citām platformām," kas uzlabotu procesu efektivitāti un mazinātu birokrātiju.* Regulāra aptauju veikšana par sadarbību ar ārstniecības iestādēm palīdz *"identificēt problēmas un uzlabot komunikāciju."* Taču zobārstniecība ir sarežģīta joma: *"Zobārsti reti piedalās iepirkumos, jo viņiem pietiek savu klientu."* Pozitīvs piemērs ir Strenču slimnīcas telemedicīnas modelis, kas *"nodrošina 24/7 psihiatra pieejamību"*, sniedzot iespēju diagnosticēt un pielāgot terapiju attālināti.

Privātais pakalpojumu sniedzējs norāda, ka slimnīcās trūkst personāls, kas bieži noved pie nepietiekamas aprūpes, piemēram, izgulējumiem. *"Tas apgrūtina senioru aprūpi pēc hospitalizācijas."* Lai nodrošinātu pilnvērtīgu aprūpi sociālās aprūpes centrā ir izveidots medicīnas punkts, kas nodrošina nepieciešamos pakalpojumus vienuviet, piemēram, kardiogrammas, izgulējumu ārstēšanu un psihiatra vizītes.

Veselības aprūpes speciālistu viedoklis

Ģimenes ārstu vizītes SAC ir apmaksātas, taču daudz kas atkarīgs no ģimenes ārstu kapacitātes *"ģimenes ārsta mājas vizītes ir apmaksātas, un sociālās aprūpes centri tiek uzskatīti par mājas vizītēm"*. Tomēr ģimenes ārsti ir pārslogoti, un pacienti SAC bieži ir smagi slimi, kam nepieciešama īpaša uzmanība. *"Manā pārziņā ir līdz 30 pacientiem, visi ar pārvietošanās grūtībām, kam nepieciešama īpaša aprūpe un daudz vairāk laika."* Sociālajā aprūpē būtisks izaicinājums ir medicīniskā personāla trūkums, it īpaši naktīs. *"Ne visos SAC naktīs ir medmāsas, īpaši vietās ar ierobežotiem resursiem"*.

Aprūpes kvalitāti ietekmē gan finansiāli ierobežojumi, gan plānošanas trūkums. Vecāka gadagājuma personu skaits pieaug, taču *"kvalitatīvāka aprūpe ir dārga, un bieži vien arī tās kvalitāte nav pietiekama"*. Bieži netiek savlaicīgi plānota hronisku slimību, piemēram, Parkinsona slimības, aprūpe, kas vēlāk izraisa nopietnas problēmas. Kā norādīts, *"agrīna plānošana varētu novērst problēmas vēlāk, taču bieži pacienti un piederīgie to atliek, radot sarežģījumus nākotnē"*.

Sistēmiskas problēmas pastiprina informācijas trūkums un nesaskaņota sadarbība starp ģimenes ārstiem, speciālistiem un sociālajiem darbiniekiem. Lai uzlabotu informācijas apriti, tiek ierosināts *"elektronisks formāts, kur sociālais darbinieks saņem korektu un tiešu informāciju"*. Tāpat ieteikts veidot kopīgu pieeju pacientu aprūpes plānošanai, izmantojot “čeklisti”, kas apvienotu dažādu speciālistu un sociālo darbinieku skatījumus, rīkojot reizi gadā konsīliju, kur visi iesaistītie apspriež situāciju.

Sabiedrības izglītošana ir svarīgs elements, lai savlaicīgi atklātu un risinātu problēmas. Daudzos gadījumos ģimenes atklāj nopietnas slimības, piemēram, Alcheimera slimību, tikai smagās stadijās. Lai to novērstu, noderīgas būtu izglītojošas kampaņas, kas palīdzētu atpazīt agrīnās pazīmes. Papildu uzmanība būtu jāpievērš aprūpes kritēriju precizēšanai, iekļaujot gan diagnozi, gan ikdienas aktivitāšu spējas kā nozīmīgus faktorus.

NVO viedoklis

Medicīniskā aprūpe slimnīcās bieži ir īslaicīga, un pēc tam sākas neatrisinātas problēmas, jo aprūpes pakalpojumi ne vienmēr ir pietiekami pieejami vai efektīvi organizēti. *"Jānodrošina kvalitatīva ilgtermiņa sociālā aprūpe, kas turpina medicīnisko palīdzību smagi slimiem cilvēkiem pēc izrakstīšanas no slimnīcas."*

Daudziem cilvēkiem ar nopietnām veselības problēmām ir nepieciešami medikamenti, kuru uzraudzība bieži vien netiek veikta pienācīgi, jo trūkst mediķu, īpaši DAC. *"Daudziem cilvēkiem, kas apmeklē šos centrus, nepieciešama medikamentu lietošana, un to uzraudzība un ievadīšana būtu jāveic mediķiem, nevis sociālajiem darbiniekiem."*

Latvijas pieredze rāda, ka veselības un labklājības jomu sadalīšana radījusi problēmas, tādejādi būtu jāstiprina integrēta pieeja, izstrādājot kopīgus aprūpes plānus un ceļvežus rīcībai kritiskās situācijās. Nepieciešami arī pētījumi, lai noteiktu pakalpojumu trūkumus un izstrādātu uzlabojumus, kas varētu ietvert likumdošanas izmaiņas. *"Latvijā būtu nepieciešams pētījums par sociālās un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību."*

Latvijā dominē profesionāļu modelis, kur lēmumi par cilvēku bieži tiek pieņemti bez viņa līdzdalības. *"Lai veidotu efektīvāku aprūpes sistēmu, svarīgi ir iesaistīt ne tikai klienta tuviniekus, bet arī pašu klientu"*. Risinājumam nepieciešama koordinēta pieeja, iesaistot pacientus, viņu ģimenes un profesionāļus kopīgā plānošanā. Tas ļautu *"redzēt klientu kā cilvēku, ne tikai objektu"*. Vienlaikus būtu jārada informatīvi materiāli, kas palīdzētu cilvēkiem izprast pieejamos resursus un atbalsta iespējas. *"Nepieciešami informatīvi materiāli, piemēram, brošūras, lai skaidrotu, kur un kā saņemt palīdzību veselības aprūpes un sociālās aprūpes jautājumos."*

Finansēšanas plūsmas

Sociālo dienestu viedoklis

Pašvaldības uzskata, ka *"vislielākais izaicinājums pašvaldībai un valstij noteikti ir finanses"*. Ierobežotie budžeti bieži liedz nodrošināt nepieciešamos pakalpojumus, un tas īpaši attiecas uz ilgstošu aprūpi pēc slimnīcas vai negadījuma, kad tuvinieki nav maksātspējīgi. *"Ja apgādnieki nevar palīdzēt, tas paliek uz pašvaldības pleciem, kur arī budžets ir ierobežots."*

Finansēšanas mehānismi sociālajai un veselības aprūpei ir neskaidri. *"Ja SAC nav veselības aprūpes finansējuma, bet tikai pašvaldības finansējums, rodas jautājums par finansējuma sadali un efektivitāti"*. Daudzās pašvaldībās trūkst arī nepieciešamo speciālistu, piemēram, psihiatru, kas sarežģī pakalpojumu pieejamību.

Sistēmas sarežģītība un sadarbības trūkums starp dažādām institūcijām ir liels šķērslis efektīvai aprūpei. *"Finansējumi ir nodalīti. Sadalījums ir neskaids un sarežģīts."* Tādēļ tiek ieteikts pārskatīt finansēšanas mehānismus, lai *"finansējums sekotu cilvēkam"* un būtu vienkāršāka aprūpes nodrošināšana.

Pašvaldības norāda, ka ir nepieciešams ilgstošas aprūpes apdrošināšanas modelis. *"Jau gadiem rosinām pārskatīt ilgstošas aprūpes apdrošināšanu, jo nav pieļaujams, ka cilvēks ar vidējiem ienākumiem nevar segt šīs izmaksas"*. Pašvaldību finansējums vien nespēj nodrošināt pilnvērtīgu atbalstu, un lielu slogu rada arī ES finansētu objektu uzturēšana, kas tagad ir pilnībā jāsedz pašvaldībām.

Integrētā pieeja un vienota atbildība par pakalpojumu nodrošināšanu varētu uzlabot situāciju. *"Ja tas būtu vienās rokās, iespējams, tas uzlabotu sadarbību."*

Pakalpojumu sniedzēju viedoklis

NVO pārstāvji uzsver izaicinājumus, ar kuriem saskaras, nodrošinot pakalpojumus bērniem un jauniešiem. Kā viņi norāda, *"vajadzības ir daudz, un visu nodrošināt nav iespējams"*. Valsts programmas vairāk koncentrējas uz pieaugušajiem, un finansējuma trūkums ierobežo pieejamību: *"daudziem nepieciešams ilgstošs atbalsts, kas pārsniedz valsts piešķirtās 10 vai 5 reizes"*. Lielākoties finansējums nāk no pašvaldībām, bet tas nav pietiekams. Lai ātrāk nodrošinātu pārbaudes jauniešiem, reizēm tiek izmantoti maksas pakalpojumi: *"mēs izmantojam maksas pakalpojumus, ja viņiem ir līdzekļi"*. Šobrīd darbojas divas sistēmas ar atsevišķām finansēšanas kārtībām, kas fokusējas uz ārstēšanu, bet tās neaptver ilgstošas aprūpes vajadzības, jo strādā kvotu un pieejamības ietvaros.

Pašvaldībām ir finanšu problēmas, jo *"valsts politika pēdējos gados ir palielinājusi izdevumus, bet samazinājusi ienākumus"*. Bagātākās pašvaldības spēj ieguldīt vairāk, bet trūcīgākās *"nespēj nodrošināt pat savas aprūpes iestādes, radot lielas atšķirības pakalpojumos"*. Tas bieži vien atstāj papildu slogu uz klientiem, jo *"pašvaldības nevar nodrošināt vajadzīgo attīstību"*. Tiek norādīts arī uz neracionālu izlietojumu, īpaši iepirkumos, kas attiecas uz slimnīcām un veselības aprūpes iestādēm. *"Ja naudas ir ierobežoti, jāseko līdzi, lai līdzekļus izlietotu racionāli"*.

Valsts iesaistīšanās ilgstošajā sociālajā aprūpē, sniedzot finansējumu, varētu būt risinājums. Tas ļautu nodrošināt cilvēkam pārliedību par vecumdienām: *"Cilvēks varēs būt pārliedināts par savām vecumdienām un kur viņš tās pavadīs"*.

Valsts finansējuma modelis ir vienkāršs: *"Mums ir viens finansēšanas avots – aprūpes valsts programma, ko saņemam pilnā apmērā"*. Kopējais finansējuma apjoms tiek sadalīts atbilstoši vajadzībām, bez atsevišķiem piešķirumiem konkrētām sadaļām.

Veselības aprūpes speciālistu viedoklis

Pacientiem SAC valsts daļēji kompensē pakalpojumus, taču daudziem būtiski veselības aprūpes aspekti, piemēram, asins analīzes, joprojām ir maksas pakalpojumi. *"Asins analīzes ir maksas pakalpojums, ko valsts neapmaksā, izņemot cukura analīzi."* Turklāt vakcinācijas un speciālistu pakalpojumi SAC bieži tiek nodrošināti ar ierobežotiem resursiem. Piemēram, vakcinācija pret gripu tiek veikta praksē ar minimālu tarifu, bet, lai nodrošinātu izbraukuma pakalpojumus, nepieciešami papildu resursi un aprīkojums, kas bieži vien nav pieejams.

Sabiedrības novecošanās un hronisko slimību pieaugums būtiski palielina valsts un pašvaldību slogu. *"Cilvēkiem jau darbspējīgā vecumā jāplāno savas vecumdienas, jo pensija vien nespēj nodrošināt adekvātu aprūpi."* Tiek uzsvērtā arī nepieciešamība pēc fizioterapeitu regulāras iesaistes SAC, lai nodrošinātu pacientu aktivizēšanu pēc ilgstošas gultas režīma. *"Nepieciešams speciālists ar medicīniskām zināšanām, lai aktivizētu šos pacientus."* Šāda pieeja ne tikai uzlabotu pacientu dzīves kvalitāti, bet arī samazinātu ilgtermiņa aprūpes slogu.

Problēmas rada arī finansējuma sadales mehānismi. Pašvaldībām piešķirtais finansējums bieži vien nav pietiekams, un *"tie, kas ir uzstājīgāki, saņem pakalpojumus, kamēr tie, kas nevar par sevi parūpēties, paliek bez palīdzības."* Pakalpojumu pieejamību varētu uzlabot, ja finansējums sekotu konkrētam pacientam, nevis tikai būtu pieejams pašvaldībām. Vienlaikus novērots, ka *"turīgākie labāk pārzina savas tiesības un saņem vairāk, kamēr mazturīgie, bieži mazāk izglītoti, tiek apdalīti"*, kas rada nevienlīdzību starp dažādām sabiedrības grupām.

NVO viedoklis

Kā norāda intervijās, ka *"naudas trūkst visur, un tas ir galvenais izaicinājums"*. Veselības aprūpe bieži vien tiek atstāta novārtā, samazinot finansējumu nepieciešamajām zālēm un palīdzībai. *"Tā vietā tērējam to pašu naudu invaliditātes pensijām un pabalstiem, kas būtu lieki, ja cilvēki saņemtu nepieciešamo ārstēšanu"*.

Ilgtermiņa sociālajai aprūpei un veselības aprūpei ir atšķirīgi finansējuma avoti. *"Ilgtermiņa sociālajai aprūpei ir atsevišķs finansējums no Labklājības ministrijas, savukārt veselības aprūpei ir finansējums no Veselības ministrijas"*. Daži pakalpojumu sniedzēji reizēm nodrošina pakalpojumu finansētu no abiem finansējumu veidiem.

Lai risinātu šo problēmu, tiek ierosināts veidot vienotu finansēšanas sistēmu, kas koncentrētos uz cilvēka vajadzībām konkrētajā dzīves posmā, nevis uz dalījumu starp sociālo un veselības aprūpi. *"Šāda sistēma varētu iet caur kādu līdzīgu struktūru, piemēram, apdrošinātājiem vai pensiju apdrošināšanu, kas pārstāv cilvēka intereses un nodrošina nepieciešamos pakalpojumus"*.

Priekšlikumi

Savlaicīga informācijas un pakalpojumu nodrošināšana ir būtiska, lai novērstu cilvēku nonākšanu ilgstošajā aprūpē. Kā uzsvērts, *"cilvēks varētu saņemt nepieciešamo palīdzību dzīvesvietā"*. Tas ir īpaši svarīgi pēc izrakstīšanas no slimnīcas, lai *"novērstu pārrāvumus pakalpojumu nodrošinājumā"*. Problēmas bieži rodas, jo *"sociālajiem dienestiem trūkst pilnīgas informācijas"*, kas var novest pie *"atkārtotām krīzēm"*.

Lai risinātu šīs problēmas, tiek ierosinātas mobilās vienības, kas *"varētu divreiz dienā apmeklēt cilvēkus mājās, iedot zāles, apmainīt katetru, sagatavot ēdienu un nodrošināt aprūpi"*. Šāds risinājums ļautu cilvēkiem *"palikt mājās, saņemot nepieciešamo atbalstu"*. Papildus tam ir svarīgi nodrošināt līdzsvaru starp valsts un pašvaldību atbildību, lai *"ilgstošu pakalpojumu nepieciešamības gadījumā samaksu segtu vai nu valsts, vai pašvaldība"*.

Paliatīvās aprūpes jomā tiek norādīts, ka *"paliatīvā aprūpe valstī ir pieejama tikai onkoloģiskiem un termināliem pacientiem ar prognozētu nāvi sešu mēnešu laikā"*.

Tāpēc nepieciešams attīstīt šīs aprūpes papildu nišu pacientiem ar hroniskām slimībām, kas *"bieži dzīvo ar zemu dzīves kvalitāti."*

Lai uzlabotu piekļuvi aprūpei, ieteicams izveidot "vienas pieturas aģentūru", kur ģimenes *"vienuviet saņemtu informāciju, konsultācijas un pakalpojumu koordināciju."* Tas novērstu *"rindas, apjukumu un nodrošinātu atbalstu agrīnā posmā."* Svarīgi ir arī nodrošināt, lai aprūpes darbinieki spētu *"ieraudzīt cilvēku aiz viņa diagnozes vai ierobežojumiem"*.

Nepieciešama skaidra un savietojama informācijas sistēma, lai *"veselības aprūpe iegūtu ieskatu par sociālajiem pakalpojumiem un iesaistītajiem cilvēkiem, savukārt sociālā puse varētu identificēt veselības riskus un labāk saprast pacienta vajadzības."*

Lai veicinātu aprūpes kvalitāti, īpaši vecāka gadagājuma personu vidū, ir būtiski nodrošināt ģimeniskai videi pietuvinātus pakalpojumus, kas balstīti uz mazām, cilvēkiem pielāgotām struktūrām. Kā norādīts, *"Latvijā, kā mazā valstī, ir iespēja pievērsties katram cilvēkam individuāli un nodrošināt atbilstošu atbalstu ar pieejamajiem resursiem."*

2. Fokusgrupas datu apkopojums un analīze

Diskusijas mērķis bija iegūt politikas veidotāju vērtējumu par mijiedarbību starp ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumiem (sadarbības modeļi, organizācijas forma, finansēšanas plūsmas), priekšlikumus mijiedarbības attīstībai.

2.1. Fokusgrupas īstenošana

Laiks: 26. novembris plkst. 13:00-14:30

Vieta: tiešsaistē ZOOM platformā

Dalībnieki: politikas veidotāji no nacionālā un pašvaldību līmeņa, tostarp pārstāvji no Labklājības ministrijas (4), Veselības ministrijas (1), Latvijas Pašvaldību savienības (1), Latvijas Lielo pilsētu asociācijas (2) un Reģionālo attīstības centru apvienības (1).

Konfidencialitāte – Fokusgrupas rezultāti atklāj vispārējas tendences un neatklāj individuālus viedokļus vai pieredzi, tādējādi saglabājot dalībnieku privātumu un ievērojot konfidencialitātes principus.

Darba kārtība:

1. Ievads (10 min.)
2. Diskusija (70 min.)
3. Noslēgums (10 min.)

Diskusijas jautājumi

1. Kā politikas veidošanas līmenī tiek ņemtas vērā iedzīvotāju mainīgās vajadzības pēc veselības aprūpes un ilgtermiņa sociālās aprūpes pakalpojumiem, īpaši saistībā ar sabiedrības novecošanos un hronisko slimību izplatības pieaugumu?

2. Kādā veidā ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumu mijiedarbība var uzlabot dzīves kvalitāti individuālā (mikro), kopienas (mezo) un sabiedrības (makro) līmenī?
3. Kādas konkrētas funkcijas un atbildības būtu jāuzņemas Labklājības ministrijai, Veselības ministrijai un pašvaldībām, lai veicinātu koordinētu sadarbību starp ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes jomām, nodrošinot vienotu pakalpojumu sistēmu?
4. Kādi sadarbības modeļi būtu jāizstrādā starp valsti, pašvaldībām un privāto sektoru, lai veidotu ilgtspējīgu un integrētu ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes sistēmu, kas būtu pieejama visām mērķa grupām?
5. Kādi mehānismi un pārraudzības sistēmas būtu jāievieš, lai regulāri izvērtētu un uzlabotu sadarbību starp valsts, pašvaldību un privātā sektora pārstāvjiem, nodrošinot caurspīdīgumu un atbildības sadali starp ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes jomām?
5. Kādi ir galvenie pašreizējie šķēršļi (juridiskie, administratīvie, organizatoriskie u.c.), kas kavē ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumu integrāciju? Kādi risinājumi būtu nepieciešami, lai šos šķēršļus pārvarētu?
6. Kā būtu jāorganizē aprūpes koordinācija un resursu sadale starp ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes jomām valsts un pašvaldību līmenī, lai nodrošinātu vienotu un kvalitatīvu pakalpojumu sniegšanu? Kādi konkrēti mehānismi varētu veicināt šo koordināciju?
7. Kādai no mērķa grupām — bērniem ar funkcionāliem traucējumiem, darbspējas vecuma personām ar funkcionāliem traucējumiem vai pensijas vecuma personām — būtu jāpiešķir prioritāte, un kādi būtu šādas izvēles iemesli?
8. Kā pašreizējā finansēšanas sistēma ietekmē ilgtermiņa sociālās aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumu savstarpējo sadarbību, to pieejamību iedzīvotājiem un pakalpojumu kvalitāti? Kādā veidā finansēšanas mehānismi veicina vai ierobežo šo jomu integrāciju?
9. Kādas izmaiņas finansēšanas sistēmā būtu nepieciešamas, lai tā nodrošinātu integrētu ilgtermiņa sociālās un veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un pielāgotos mainīgajām šo pakalpojumu vajadzībām?
10. Kādas izmaiņas valsts un pašvaldības līmenī varētu palīdzēt mazināt pieprasījumu pēc veselības un ilgtermiņa sociālās aprūpes pakalpojumiem?
11. Kādas ir galvenās prioritātes ilgtermiņa sociālās un veselības aprūpes pakalpojumu mijiedarbības attīstībai nākamo piecu gadu laikā? Kādi ir svarīgākie nosacījumi šo prioritāšu īstenošanai?

2.2. Fokusgrupas rezultātu apkopojums

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
1. Vispārīgi	1.1. Iedzīvotāju mainīgās vajadzības	Medicīnas inovācijas, profilakses skrīningi un ieviestie veselības aprūpes pasākumi sekmē pacientu dzīves ilguma palielināšanos.
		Pacientiem, dzīvojot ilgāk, rodas nepieciešamība pēc īpaši pielāgotas veselības aprūpes, kas ņem vērā viņu vecumu un specifiskās vajadzības. Vecākiem pacientiem bieži vien ir nepieciešama ne tikai rutīnas aprūpe, bet arī individuāla pieeja ārstēšanā, ņemot vērā gan fiziskos, gan emocionālos aspektus. Papildu veselības problēmām viņi nereti saskaras ar vientulību, nespēju pašiem sevi pilnībā aprūpēt un mentālām problēmām, kas ievērojami ietekmē aprūpes organizēšanu. Tāpēc šī aprūpe ir jāplāno, iekļaujot gan medicīnisko, gan sociālo atbalstu.
		Klientam jau nav tikai veselības vajadzības, viņam ir sociālās vajadzības, viņam ir arī materiālas vajadzības un vēl citas vajadzības.
		Viena situācija – jūs esat maksātspējīgs, un otra – jūs neesat maksātspējīgs. Protams, par to var noklusēt, taču līdzekļi, kas ir pieejami ne pašvaldībai, ne valstij, šodien nav pietiekami, lai nodrošinātu visiem vienādu aprūpes līmeni.
		Ja katra pašvaldība pati lemtu par atsevišķu jautājumu izpildi un nebūtu pārspīlēti uzstāts uz vienādu standartu visiem, tas veicinātu efektivitāti un labāku atbilstību iedzīvotāju vajadzībām.
		Mainīgās vajadzības pašreizējā situācijā, arī Latvijas sociālpolitikā, tiek ņemtas vērā diezgan fragmentāri, lielā mērā atstājot tās pašvaldību ziņā.
		Ģimenes ārstu pārklājums ar katru gadu kļūst arvien vājāks, savukārt sociālajā jomā – jo mazāka pašvaldība, jo ierobežotāks pieejamo pakalpojumu grozs.
		Pašlaik lielāka uzmanība tiek pievērsta pakalpojumu attīstībai personām pensijas vecumā, tostarp sniedzot atbalstu pašvaldību nodrošinātajiem pakalpojumiem. Šobrīd tiek plānota arī ģimeniskai videi pietuvinātu pakalpojumu attīstība šai vecuma grupai.
	1.2. Pakalpojumu pieprasījuma apjoms	Pieprasījums pēc pakalpojumiem pārsniedz piedāvājumu, īpaši laukos, kur cilvēki novilcina veselības aprūpi līdz krīzei, kas bieži noved pie operācijām, invaliditātes vai darbnespējas. Prevencijas trūkums un pakalpojumu nepieejamība padara situāciju neefektīvu.
		Dzīvojam ilgāk, vientulības rādītāji ir augsti, un, manuprāt, vajadzētu nevis samazināt, bet mudināt cilvēkus vairāk izmantot veselības aprūpes pakalpojumus. Ir jāmaina domāšana un jāizglīto sabiedrība, lai cilvēki uzņemtos atbildību par savu veselību. Prevencija ir būtiska. Jāveicina izpratne, ka veselība ir tikpat svarīga kā izglītība, izmantojot reklāmas kampaņas un izglītības programmas, lai uzsvērtu sekas, ja par veselību nerūpējas.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Mūsu dzīvesveids, uzturs un paradumi ietekmē veselību. Pozitīvas iniciatīvas ir redzamas pašvaldībās, kur veicina sabiedrības iesaisti, piemēram, nūjošanas klubi un fiziskās aktivitātes svaigā gaisā. Dažas pašvaldības veiksmīgi sadarbojas ar nevalstiskajām organizācijām, veicinot sabiedrības atveseļošanos. Mēs paši varam palīdzēt, sanākot kopā dienas centros, kas neprasa lielus līdzekļus. Veselības aprūpē ir lielas rezerves, īpaši medicīniskajās konsultācijās. Efektīvākas konsultācijas var palielināt pieejamību un veicināt prevenciju. Jo vairāk cilvēki saprot, kā pakalpojumi uzlabo viņu vai viņu tuvinieku dzīvi, jo lielāks pieprasījums būs.
	1.3. Dzīves kvalitātes uzlabošana	Mediķi savu darbu paveic ļoti labi, izārstējot pacientus un izrakstot tos no slimnīcas. Taču tālāk rodas jautājums: vai pacients nonāk ģimenes aprūpē vai ilgstošas sociālās aprūpes institūcijā? Šādās situācijās kādam ir jānodrošina nepieciešamais veselības pakalpojumu grozs. Tas ietver, piemēram, papildu sistēmu uzlikšanu, izgulējumu apstrādi un citas medicīnas procedūras. Diemžēl ne vienmēr ir pieejami medicīnas pakalpojumi, lai apmierinātu šo cilvēku vajadzības, kas rada ievērojamu plaisu aprūpes sistēmā. Sociālajai un veselības aprūpei bieži varētu likt vienādības zīmi, jo tās ir cieši saistītas, tomēr tās pilnībā sapludināt nevar. Piemēram, slimnīcas izraksta pacientus un nosūta uz SAC, kur tiem bieži vien jārisina arī veselības jautājumi. Tā rezultātā pacients tiek "mētāts" starp SAC un slimnīcām, jo trūkst sinerģijas starp šīm sistēmām. Savlaicīgs atbalsts ne tikai uzlabo aprūpes kvalitāti, bet arī samazina ilgtermiņa izmaksas. Kovīda laikā Veselības inspekcijas un LM pārbaudēs tika konstatēts, ka SAC, kur pieejama savlaicīga un adekvāta veselības aprūpe, hospitalizāciju skaits būtiski samazinās. Jo savlaicīgāk tiek nodrošināts nepieciešamais atbalsts, jo lētāk tas izmaksā vidējā un ilgtermiņā, vienlaikus būtiski uzlabojot dzīves kvalitāti. Ja GM klientam ir nepieciešama psihiatra konsultācija, bet viņš to var saņemt tikai psihiatra kabinetā, turklāt katru reizi pie cita speciālista, tas rada būtiskas problēmas. Pastāvīga psihiatra trūkums nozīmē, ka pacienta vēsture un dzīves sociālie apstākļi netiek pilnībā ņemti vērā. Turklāt, ja medikamentiem ir neparedzēta iedarbība, nepieciešamība pēc ātras reakcijas, piemēram, medikamentu maiņas, bieži netiek nodrošināta. Tas negatīvi ietekmē klienta dzīves kvalitāti un veselības stāvokli, kā arī apgrūtina GM kā kopienas vai mājas labklājību, radot stresu gan klientam, gan apkārtējiem. Ja cilvēks saņem savlaicīgu medicīnisko palīdzību un viņam ir atbalsts no sociālās un veselības aprūpes darbiniekiem, sabiedrības tolerance pret dažāda veida invaliditātēm noteikti pieaugs. Mēs daudz runājam par klientiem, bet patiesībā vēl vairāk būtu jārunā un jādomā par klienta tuviniekiem. Tieši viņiem rodas problēmas, jo, ja jāaprūpē tuvinieks, viņi bieži vien nevar pilnvērtīgi strādāt vai arī ir spiesti samazināt darba intensitāti.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
2. Sadarbības modeļi	2.1. Sadarbība starp ISA un veselības aprūpi	Mēs nekad nepanāksim integrētu veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu, kā arī sistēmu, ja nebūs izveidots integrēts finansēšanas modelis.
		Kamēr viena joma uzliks prasības vai izteiks labus nodomus, kurus jāīsteno citiem, integrācija nebūs iespējama. Šobrīd situācija ir tieši tāda: Labklājības ministrija izstrādā prasības, kuras pašvaldībām jāizpilda par saviem līdzekļiem. Tēlaini izsakoties, tas ir līdzīgi, kā ja es paziņotu, ka manam kaimiņam ir jāuzbūvē skaists žogs par viņa paša naudu, un vēl jautātu, vai viņam pietiek līdzekļu. Mēs izsakām labus nodomus, bet finansējuma nodrošināšana tiek prasīta no citiem. Kamēr šāda pieeja pastāvēs, es uzskatu, ka problēma saglabāsies.
		Šī politikas veidošana, vismaz mutiski, pašlaik tiek prezentēta kā kopīga lieta, un daļēji tā tiek nostiprināta arī dokumentos. Taču līdz šim un arī pašreizējā praksē lielā mērā tā ir bijusi katras pašvaldības atbildība, tāpēc pieeja joprojām ir fragmentāra.
		Pēdējā laikā šī pieeja ir mainījusies, jo Labklājības ministrija sadarbībā ar partneriem ir izstrādājusi ilgtermiņa aprūpes pakalpojumu pieejamības un attīstības veicināšanas plānu 2024.–2029. gadam.
		Pašvaldību SAC būs veselības punkti, jo ir skaidrs, ka šo cilvēku veselības stāvoklis bieži vien nav vislabākajā stāvoklī.
		DI projekts lieliski parādīja nepieciešamību pēc starpnozaru sadarbības. Dienas aprūpes centros tika nodrošināti tādi pakalpojumi kā mākslas un mūzikas terapija, ergoterapija un fizioterapija, kas gan ir vairāk veselības un izglītības jomu kompetencē, nevis sociālajā darbā. Nav skaidrs, kāpēc šie pakalpojumi tika finansēti tikai no Labklājības ministrijas budžeta, neiesaistot Izglītības un Veselības ministrijas.
		Liela mēroga projekti, kas ietekmē visu valsti, prasa ciešu sadarbību starp visām atbildīgajām ministrijām. Jāveido vienota pieeja, kur visas iesaistītās puses sadarbojas un uzņemas kopīgu atbildību, lai nodrošinātu integrētus pakalpojumus cilvēkiem, kurus šie projekti skar. Šāda vienošanās novērstu atbildības sadalījuma neskaidrības un veicinātu efektīvāku resursu izmantošanu.
		Pēc DI projektiem pašvaldībām neapšaubāmi ir pienākums nodrošināt pakalpojumu ilgtermiņa finansēšanu piecu gadu periodā, un par to šaubu nav. Taču rodas jautājums, kāpēc sociālajam dienestam vienam jāaizstāv budžets un jāargumentē, ka tās ir tikai viņu vajadzības. Šādā procesā pazūd veselības un izglītības dimensijas, kas ir būtiskas daudzu pakalpojumu nodrošināšanā.
		Pašreiz veselības aprūpes speciālisti reti konsultē viens otru par kopīgu klientu, piemēram, psihiatri. Ģimenes ārsts, iespējams, to varētu darīt, bet lielākoties viss ir orientēts uz pacientu, nevis uz kopīgu konsultāciju. Realitātē, piemēram, vecāks cilvēks var nesaprast vai neatcerēties, ko viņam teica, un, izejot no ārsta kabineta, viņš var apjukt par to, kas ir bijis. Viņš atgriežas vidē, kur viņu uzrauga sociālā darba speciālists, kurš spēj novērtēt situāciju. Šis resurss ir nenovērtēts, un būtu jādod plašākas tiesības konsultantiem, lai veicinātu šādu savstarpējo saziņu.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Likumdošanā vecāki cilvēki tiek uzskatīti par pilngadīgām personām, taču daudzos gadījumos viņi nav pilnībā rīcībspējīgi. Šajos gadījumos nepieciešams speciālists, kas spēj gan pārtulkot klienta stāvokli mediķiem, gan otrādi, palīdzot atgādināt pacientam nepieciešamo informāciju.
	2.2. Ilgtspējīga integrācijas pieeja	Ja sociālajos pakalpojumos ir noteikts, ka nepieciešamas ārstniecības personas, šo ārstniecības personu finansējumam automātiski jābūt nodrošinātam no veselības aprūpes budžeta. Respektīvi, prasība ir pavisam vienkārša: katram ir jāpilda savs uzdevums. Ja pašvaldība nodrošinās ārstu tur, kur ir pacients, sociālais darbinieks risinās problēmas tur, kur atrodas klienti, un aprūpētājs sniegs aprūpi tur, kur tas nepieciešams, tad, manuprāt, visi būs apmierināti un laimīgi.
		Jāievieš regulējums individuālajam budžetam, līdzīgi kā vaučeru sistēmai, lai cilvēki varētu brīvi izvēlēties sociālās aprūpes pakalpojumu sniedzēju. Šo sistēmu varētu kombinēt ar esošajiem valsts budžeta līdzekļiem, piemēram, īpašās kopšanas pabalstiem. Lai izstrādātu šādu regulējumu, nav nepieciešami papildu līdzekļi, to var paveikt esošo resursu ietvaros.
		Valsts var runāt par veselības punktu nepieciešamību, bet, kamēr netiks nodrošināts finansējums speciālistu atalgojumam, šie punkti paliks tikai četras sienas. Ir jānosaka sociālo pakalpojumu veidi, kuriem, ja klients tos saņem, prioritāri pienāktos veselības aprūpes budžeta finansējums speciālistu, piemēram, psihiatru, narkologu vai ergoterapeitu nodrošināšanai.
		Individuālā budžeta pilotprojekts ļāva nodrošināt veselības, sociālās aprūpes un izglītības pakalpojumus, bet šo modeli pilnībā ieviest ir grūti. Sociālajā jomā nav noteikts konkrēts finansējuma apjoms, un pašvaldību pakalpojumu pieejamība un izmaksas atšķiras. Brīva izvēle ir ierobežota ar pakalpojumu pieejamību, un ģimenes locekļiem bija jāpiedalās pakalpojumu saņemšanā, kas daudziem ir apgrūtināši. Šos pienākumus nevar uzlikt sociālajiem dienestiem, jo ne visi spēj izvēlēties piemērotākos pakalpojumus.
		Galvenā problēma ir finansējuma deficīts, kas kavē integrēto modeļu ieviešanu. Nepietiekamais finansējums ierobežo iespējas nodrošināt veselības aprūpes pieejamību, īpaši lielām iestādēm ar lielu saņēmēju skaitu. Bez adekvāta atbalsta problēmas tikai saasināsies.
		Šobrīd nevaru uzkrāt privāti riskam, ja mani vecākiem, man pašam vai kādam tuviniekam nepieciešama aprūpe.
		Pietrūkst saprātīga regulējuma, kas ļautu privāti risināt veselības aprūpes jautājumus apdrošināšanas veidā. Ir jāpanāk, lai privātie labprātīgi veidotu šādas sistēmas.
		Izdomājam, kā radīt ieinteresētību privātajam sektoram atrast risinājumu un veicināt apzinīgās sabiedrības daļas iesaisti šajos jautājumos.
		Mans sapnis ir, ka sociālā un veselības aprūpe kādreiz sadosies rokās, un mēs strādāsim kopā uz vienas baltas lapas. Šobrīd šķiet, ka situācija ir kā mamma, kas stāv pa vidu, un viens bērns velk uz vienu pusi, bet otrs uz otru.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Pirmām kārtām sistēmai jābalstās uz motivāciju, lai tā nebūtu tikai vērtības balstīta, bet arī veidota uz motivācijas pamata, radot interesi sadarboties un iesaistīties.
		Nosauksim trīs vai piecus sociālos pakalpojumus, kuros vēlamies ieviest integrētu finansēšanas modeli, piemēram, pansionāts, grupu dzīvoklis un dienas aprūpes centrs. Šobrīd, piemēram, Rīgā lielās pašvaldības jau maksā par veselības aprūpi, un integrējot finansējumu no dažādiem avotiem, mēs palielinām motivāciju, līdzatbildību un veicinām visefektīvāko risinājumu meklēšanu.
		Piecus gadu laikā varētu ieviest integrētu pieeju personas ar garīga rakstura traucējumiem aprūpē, lai viņi varētu dzīvot savās mājās pašvaldībā ar veselības aprūpes integrāciju. Tāpat ir svarīgi, lai novecojuši cilvēki pēc iespējas ilgāk varētu palikt mājās, jo tas ir lētāks pakalpojums nekā ilgstošas aprūpes institūcija. Ilgtermiņā varētu attīstīt integrētu sociālo un veselības aprūpes, kā arī rehabilitācijas kopīgu darbu.
	2.3. Šķēršļi integrētas pieejas īstenošanā	Sadarbību traucē formāli apstākļi, jo veselības iestādes pārsvarā ir kapitālsabiedrības vai privātzņēmumi, savukārt sociālās iestādes ir institūcijas. Šī pretruna un dažādi likumiski šķēršļi sarežģīt sadarbību. Lai uzlabotu sadarbību, veselības un sociālajiem pakalpojumiem būtu jānosaka līdzīgs juridiskais statuss. Jāizlemj, vai tie būs kapitālsabiedrības, aģentūras vai citi modeļi, nodrošinot vienotu pieeju un novēršot esošās institucionālās pretrunas.
		Pašvaldības dažkārt nosaka, ka aprūpes pakalpojumi jāsaņem konkrētā pansionātā vai no noteikta pakalpojumu sniedzēja, jo likums to atļauj. Šāda pieeja ierobežo izvēles iespējas, kas savukārt mazina pakalpojumu sniedzēju motivāciju uzlabot piedāvājumu.
		Veselības aprūpe tiek uzskatīta par izdevumu, bet faktiski tā tiek izmantota tikai tad, ja cilvēks saņem pakalpojumu. Un cik daudz ir tādu, kas atsakās? Veselības aprūpē bieži vien katrs ārsts nosūta uz analīzēm, bet savstarpēji nekoordinējas. Šajā procesā ir ļoti daudz neizmantotu rezervju.
		Sarunas, kurās piedalās visas trīs iesaistītās puses, nav nedz vieglas, nedz vienkāršas.
3. Organizācijas formas	3.1. Koordinācijas atbalsta mehānismi	Kāpēc nevar izveidot sistēmu, kurā aprūpes mājās organizācija, kas nodrošina klientam aprūpi mājās, apņemas nodrošināt arī veselības aprūpi mājās? Tā organizācija būtu atbildīga par pakalpojumu sniegšanu, ievērojot noteiktos standartus. Iepirkumos un reģistrācijas procesos vienkārši jāiekļauj prasība, ka pakalpojuma sniedzējs nodrošina integrāciju, koordināciju un efektīvu resursu izmantošanu.
		Mēs saprotam, ka ieviest jaunu pakalpojumu nav viegli, jo tam trūkst līdzekļu. Šogad radās iespēja, tāpēc arī veidojam grozījumus MK noteikumos, kas ļauj ieguldīt finansējumu lielajos SAC. Tas nav pilnīgs risinājums, bet tas ir solis uz priekšu.
		Kopā ar LM esam veikuši mobilo paliatīvās aprūpes iepirkumu, taču pakalpojuma sniedzēja izvēle nemaz nav tik vienkārša. Ir jānodrošina gan veselības aprūpes, gan sociālās aprūpes prasību izpilde, un šādu pakalpojumu

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		sniedzēju nav daudz. Veselības aprūpei mājās ir specifiskas prasības, kas jāievēro. Iepirkums var būt apspriežams no kvalitātes viedokļa, bet tas vismaz nodrošina vienotas prasības katram pakalpojumam. Rehabilitācija ir vajadzīga, taču tā nav medicīniskā rehabilitācija, ko apmaksā valsts un Labklājības ministrija. Šīs ir divas atšķirīgas lietas. Šobrīd konsultējamies (VM) ar rehabilitologiem un fizioterapeitiem par to, kā organizēt rehabilitāciju sociālās aprūpes centros. Katram klientam nesastādīsim detalizētu rehabilitācijas plānu, kā tas tiek darīts, piemēram, pacientiem pēc akūta insulta. Sadarbība un koordinācija ir atkarīga no tā, vai ir viens atbildīgais, kas pieņem galīgo lēmumu. Kamēr šāda vienota atbildība nepastāv, efektīva sadarbība nav iespējama. Savulaik šīs sistēmas tika mākslīgi nodalītas, taču pieredze rāda, ka bez veselības aprūpes sociālajā aprūpē neko nav iespējams panākt, jo aprūpē esošie ir veci un bieži vien slimi cilvēki. Eiropas pieredze to apstiprina. Ir arī veiksmīgi piemēri, kur ģimenes ārsti sadarbojas ar institūcijām gan ar, gan bez veselības punktiem. Taču tas mūs atkal noved pie diskusijas par finansējumu, kas ir šodienas galvenā tēma. Par nepieciešamību integrēt finansējumu, šķiet, neviens nešaubās.
4. Finansēšanas plūsmas	4.1. Esošais finansēšanas modelis	Pašreizējā finansēšanas sistēma būtiski ietekmē pakalpojumu sadarbību. Tā veicina situāciju, kurā katra sistēma cenšas ātrāk nodot klientu otram, nevis sadarboties, lai nodrošinātu labāko iespējamo pakalpojumu. Slimnīcas vēlas ātrāk atbrīvoties no pacienta, savukārt sociālās aprūpes centri, sastopoties ar mazāko akūto problēmu, aicina neatliekamo palīdzību un nosūta klientu atpakaļ uz slimnīcu. Tas notiek tāpēc, ka citādi tiek uzskatīts, ka viņi rīkojušies nepareizi. Pēdējo piecu gadu laikā sistemātiski samazinās pašvaldību finanšu iespējas. Tas izriet no 2019. gadā pieņemtā lēmuma ieviest progresivitāti pašvaldībām piekritošajā darbaspēka nodoklī, radot atbilstošas sekas. Ja turpināsies esošā finansēšanas kārtība un pašvaldību daļa publiskajā kopbudžetā ik gadu samazināsies, paplašināt pašvaldību funkcijas finansēšanas jomā nebūs iespējams. Ja saglabāsies pašreizējā nodokļu politika, pašvaldību izlīdzināšanas sistēma un citi saistītie jautājumi, vienīgais risinājums būs valsts budžeta dotāciju sakārtošana. Mūsu problēma ir tā, ka mēs jaukam kopā finansēšanu ar organizēšanu. Pašvaldības, protams, atbild par sociālo pakalpojumu administrēšanu, proti, nodrošinot, ka klients šos pakalpojumus saņem, taču tas nenozīmē, ka viņām arī jānodrošina to finansējums. Var pastāvēt vairāki finansēšanas avoti, un, ja katrs savus labos nodomus finansētu ar savu daļu, es uzskatu, ka mēs ātri vienotos par lētāko, efektīvāko un klienta interesēm vislabāk atbilstošo pakalpojumu. Ja vēlamies palielināt pašvaldību lomu, tad, visticamāk, ir nepieciešams pieņemt skaidru lēmumu par nodokļu reformas virzienu.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Pašreiz netiek ņemta vērā atgriezeniskā saite starp pašvaldību pienākumiem un to budžetu, it kā pašvaldība nebūtu nozīmīgs faktors. Tajā pašā laikā spriedumi tiek pieņemti, koncentrējoties uz uzņēmēju attiecībām ar valsti, nevis uz to, kas veicinātu efektīvu pašvaldību darbību. Ja tiek plānots saglabāt pašreizējās tendences iedzīvotāju ienākuma nodoklī, tad ir būtiski pievērsties sociālās apdrošināšanas obligātajiem maksājumiem un daļēji novirzīt tos pašvaldībām. Tas ļautu nodrošināt taisnīgāku resursu sadali un efektīvāku pienākumu izpildi pašvaldību līmenī. Pašvaldību SAC ar zemākām izmaksām un privātais SAC ar lielākām izmaksām rada jautājumu: vai pašvaldības SAC var piesaistīt labākos speciālistus par zemākām algām nekā privātais SAC? Līdz ar to finansējums ir cieši saistīts ar šo situāciju. Pašlaik veci cilvēki bez maksāspējas ir atkarīgi no pašvaldībām, kas bieži var nodrošināt tikai minimālus, bieži vien nepietiekamus pakalpojumus. Ja nodokļu maksātājs zinātu savu garantēto finansējumu, viņš varētu izvēlēties sev vēlamu pakalpojumu, nevis būt spiests pieņemt pašvaldības piedāvājumu. Pašlaik izvēles iespējas ir tikai tiem, kas spēj maksāt. Šāda sistēma uzlabotu pieejamību un kvalitāti arī tiem, kas nav maksāspējīgi.
	4.2. Nākotnes finansēšanas modelis	Mums jādomā, kā veicināt privāto iniciatīvu sociālajās problēmās. Jautājums ir, kā panākt, lai privātie sektori – klienti, viņu tuvinieki un uzņēmēji – veic pasākumus, kas vajadzīgi sociālajā politikā. Vai tas būtu nodokļu atlaides vai citi stimuli, jāmeklē veidi, kā stimulēt privāto ieguldījumu sociālo problēmu risināšanā. Rīgā ir panākts, ka privātie investē, piemēram, pansionātos, jo ir izveidots skaidrs finansēšanas modelis, kas nodrošina publisko līdzfinansējumu un pārējo finansējumu no tuviniekiem un klientiem. Ir jāievieš regulējums, kas nodrošina elastīgu finansēšanas modeli individuālajiem sociālajiem pakalpojumiem, ļaujot klientiem izvēlēties piemērotāko risinājumu. Piemēram, Rīgā pansionāta pakalpojumi tiek piedāvāti trīs dažādos finansēšanas modeļos, tostarp Vaučera modelī. Šāda sistēma ļauj klientiem izvēlēties atbilstoši savām vajadzībām, piemēram, vientuļiem klientiem lēmumus var pieņemt pašvaldība, bet klienti ar maksāspējīgiem tuviniekiem var izvēlēties citus risinājumus. Tas veicina efektivitāti un labāku atbilstību situācijai. Individuālajā budžetā valsts un pašvaldību atbalstu varētu pārvērst klienta rīcībā esošā finansējumā, ko viņš izmantotu pēc savām vajadzībām. Tas novērstu iepirkumu nepieciešamību un birokrātiskos šķēršļus, ja vien tiktu ieviests vienkāršs un efektīvs atskaitīšanās mehānisms. Šāda sistēma ļautu klientiem izvēlēties pakalpojumus, kas vislabāk atbilst viņu vēlmēm. Ja valsts nosaka prasības, tai arī jābūt jāpārbauda par resursu piešķiršanu to izpildei. Izmantojot daudzveidīgus finansēšanas avotus un modeļus, tirgus pats var daļēji atregulēt pakalpojumu pieejamību. Atslēga ir finansēšanas elastība un dažādība.

Tēma	Jautājumi	Respondentu atbildes
		Valstiskā līmenī jādomā par to, lai daļa no lielajiem nodokļiem, ko maksājam no algas, tiktu novirzīta aprūpes pakalpojumu segšanai, piemēram, kā neliels procentpunkts veselības apdrošināšanas ietvaros. Tas ļautu cilvēkiem plānot, kādus pakalpojumus viņi var atļauties un izmantot.
		Vai mēs varam atļauties palielināt nodokļu slogu darba ņēmējiem, ieviešot papildu sociālo apdrošināšanu šādiem gadījumiem? Par to jau ilgstoši diskutēts un spriests. Domāju, ka tas nav nolikts malā, bet pie esošā nodokļu sloga mēs visi zinām, ka apjoms vēl palielināsies, ja šādus nodokļus ieviesīs.

2.3. Fokusgrupas kopsavilkums

Vispārīgi

Mūsdienās, kad medicīnas inovācijas un profilakses skrīningi veicina dzīves ilguma pieaugumu, kļūst arvien svarīgāk pielāgot veselības un sociālo aprūpi jauniem izaicinājumiem. „*Pacientiem, dzīvojot ilgāk, rodas nepieciešamība pēc īpaši pielāgotas veselības aprūpes, kas ņem vērā viņu vecumu un specifiskās vajadzības.*” Vecākiem pacientiem bieži nepieciešama ne tikai rutīnas aprūpe, bet arī individuāla pieeja, kas aptver gan fiziskos, gan emocionālos aspektus. „*Klientam jau nav tikai veselības vajadzības, viņam ir sociālās vajadzības, viņam ir arī materiālas vajadzības un vēl citas vajadzības.*”

Realitātē resursu trūkums atstāj būtisku iespaidu. „*Viena situācija – jūs esat maksātspējīgs, un otra – jūs neesat maksātspējīgs.*” Šī nevienlīdzība īpaši izpaužas laukos, kur „*pieprasījums pēc pakalpojumiem pārsniedz piedāvājumu, īpaši laukos, kur cilvēki novilcina veselības aprūpi līdz krīzei, kas bieži noved pie operācijām, invaliditātes vai darbnespējas.*” Līdzās tam pastāv arī prevencijas trūkums, kas padara situāciju vēl neefektīvāku. Tāpēc īpaši svarīgi ir mainīt sabiedrības domāšanu. „*Dzīvojam ilgāk, vientulības rādītāji ir augsti, un, manuprāt, vajadzētu nevis samazināt, bet mudināt cilvēkus vairāk izmantot veselības aprūpes pakalpojumus.*”

Pozitīvas iniciatīvas tomēr ir vērojamas. Pašvaldības veicina sabiedrības iesaisti, organizējot „*nūjošanas klubus un fiziskās aktivitātes svaigā gaisā.*” Tajā pašā laikā mazākās pašvaldībās pieejamo pakalpojumu klāsts ir ierobežots. „*Jo mazāka pašvaldība, jo ierobežotāks pieejamo pakalpojumu grozs.*”

Īpaša uzmanība tiek pievērsta veselības un sociālās aprūpes sadarbības problēmām. „*Slimnīcas izraksta pacientus un nosūta uz SAC, kur tiem bieži vien jārisina arī veselības jautājumi.*” Šāda sistēmas nepilnība rada situāciju, kur „*klients tiek 'mētāts' starp SAC un slimnīcām, jo trūkst sinerģijas starp šīm sistēmām.*” Taču savlaicīga palīdzība uzlabo dzīves kvalitāti un samazina izmaksas. „*Jo savlaicīgāk tiek nodrošināts nepieciešamais atbalsts, jo lētāk tas izmaksā vidējā un ilgtermiņā, vienlaikus būtiski uzlabojot dzīves kvalitāti.*”

Ģimeniskai videi pietuvinātu pakalpojumu (GM) jomā pastāv būtiskas problēmas, īpaši attiecībā uz psihiatrijas pakalpojumu pieejamību. „*Ja GM klientam ir nepieciešama psihiatra konsultācija, bet viņš to var saņemt tikai psihiatra kabinetā, turklāt katru reizi pie cita speciālista, tas rada būtiskas problēmas.*”

Ģimenes locekļu lomai ir būtiska nozīme. „*Tieši viņiem rodas problēmas, jo, ja jāaprūpē tuvinieks, viņi bieži vien nevar pilnvērtīgi strādāt vai arī ir spiesti samazināt darba intensitāti.*”

Sadarbības modeļi

Integrētas veselības un sociālās aprūpes sistēmas attīstība ir būtisks izaicinājums, kas prasa ciešu sadarbību starp dažādām nozarēm un institūcijām. Šobrīd pieeja ir fragmentāra, un nav izveidots vienots finansēšanas modelis, kas ir galvenais šķērslis integrācijas veicināšanai. „*Mēs nekad nepadziņāsim integrētu veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu, kā arī sistēmu, ja nebūs izveidots integrēts finansēšanas modelis.*” Pašreiz Labklājības ministrija izstrādā prasības, kuru izpilde tiek atstāta

pašvaldību ziņā, nereti bez pietiekama finansējuma. Šāda pieceja rada situāciju, kur „mēs izsakām labus nodomus, bet finansējuma nodrošināšana tiek prasīta no citiem.”

DI projekti parādīja starpnozaru sadarbības nepieciešamību. Dienas aprūpes centros tika piedāvāti tādi pakalpojumi kā mākslas un mūzikas terapija, ergoterapija un fizioterapija. Šie pakalpojumi faktiski ietilpst veselības un izglītības jomas kompetencē, taču tie tika finansēti tikai no Labklājības ministrijas budžeta. „Nav skaidrs, kāpēc šie pakalpojumi tika finansēti tikai no Labklājības ministrijas budžeta, neiesaistot Izglītības un Veselības ministrijas.”

Liela problēma ir arī sadarbības trūkums starp veselības un sociālās aprūpes speciālistiem. Pašreiz „veselības aprūpes speciālisti reti konsultē viens otru par kopīgu klientu.” Tas īpaši ietekmē vecāka gadagājuma cilvēkus, kuri bieži nesaprot ārstu norādījumus vai tos aizmirst. Sociālajiem darbiniekiem būtu nozīmīga loma, palīdzot tulkot un atgādināt šo informāciju, taču viņu resursi un loma šobrīd ir nenovērtēti. „Realitātē vecāks cilvēks var nesaprast vai neatcerēties, ko viņam teica, un, izejot no ārsta kabineta, viņš var apjukt par to, kas ir bijis.”

Ilgspējīgai integrācijai nepieciešams vienots finansēšanas modelis. „Ja sociālajos pakalpojumos ir noteikts, ka nepieciešamas ārstniecības personas, šo ārstniecības personu finansējumam automātiski jābūt nodrošinātam no veselības aprūpes budžeta.” Individuālo budžetu sistēma, kas ļautu cilvēkiem brīvi izvēlēties aprūpes pakalpojumu sniedzējus, ir viens no risinājumiem.

Finansējuma trūkums ir būtisks šķērslis integrētās sistēmas attīstībai. „Valsts var runāt par veselības punktu nepieciešamību, bet, kamēr netiks nodrošināts finansējums speciālistu atalgojumam, šie punkti paliks tikai četras sienas.”

Nākotnē ir svarīgi izveidot sistēmu, kurā veselības un sociālā aprūpe darbotos vienoti un kur resursi tiktu izmantoti efektīvi. „Mans sapnis ir, ka sociālā un veselības aprūpe kādreiz sadosies rokās, un mēs strādāsim kopā uz vienas baltas lapas.”

Organizācijas formas

Integrētas sociālās un veselības aprūpes sistēmas izveidošana joprojām ir būtisks izaicinājums, kas prasa efektīvu sadarbību un resursu koordināciju. Kā tiek uzdots jautājums: „Kāpēc nevar izveidot sistēmu, kurā aprūpes mājās organizācija, kas nodrošina klientam aprūpi mājās, apņemas nodrošināt arī veselības aprūpi mājās?”

Vēsturiski veselības un sociālās aprūpes sistēmas tika mākslīgi nodalītas, un tas negatīvi ietekmē pakalpojumu efektivitāti. „Bez veselības aprūpes sociālajā aprūpē neko nav iespējams panākt, jo aprūpē esošie ir veci un bieži vien slimi cilvēki.” Eiropas pieredze apliecina šādas integrācijas nozīmību, un ir arī vietējie pozitīvie piemēri, kur ģimenes ārsti sadarbojas ar institūcijām. Tomēr praksē šādas iniciatīvas joprojām ir nepietiekamas.

Viens no galvenajiem šķēršļiem ir vienotas atbildības trūkums. „Sadarbība un koordinācija ir atkarīga no tā, vai ir viens atbildīgais, kas pieņem galīgo lēmumu.” Šobrīd nav skaidras vadības, kas nodrošinātu vienotu pieeju, kas kavē efektīvas sistēmas izveidi. Turklāt pastāv būtiskas finansējuma problēmas. Lai gan atzīts, ka „par

nepieciešamību integrēt finansējumu, šķiet, neviens nešaubās,” šī integrācija praksē joprojām nav realizēta.

Rehabilitācijas jomā problēma izpaužas kā dalījums starp medicīnisko un sociālās aprūpes rehabilitāciju. *„Katram klientam nesastādīsim detalizētu rehabilitācijas plānu, kā tas tiek darīts, piemēram, pacientiem pēc akūta insulta.”* Tas norāda uz nepietiekamu individuālu pieeju un resursu trūkumu.

Ir veikti atsevišķi uzlabojumi, piemēram, grozījumi MK noteikumos un mobilo paliatīvās aprūpes pakalpojumu iepirkumi, taču tas nav pietiekami, lai risinātu sistēmiskas problēmas. *„Tas nav pilnīgs risinājums, bet tas ir solis uz priekšu.”*

Finansēšanas plūsmas

Pašreizējā finansēšanas sistēma būtiski ietekmē sociālās un veselības aprūpes pakalpojumu organizāciju, radot sadarbības trūkumu starp iesaistītajām pusēm. Tā rezultātā katra sistēma cenšas ātrāk nodot klientu otram, nevis sadarboties. *„Slimnīcas vēlas ātrāk atbrīvoties no pacienta, savukārt sociālās aprūpes centri, sastopoties ar mazāko akūto problēmu, aicina neatliekamo palīdzību un nosūta klientu atpakaļ uz slimnīcu.”*

Problēmu pastiprina pašvaldību finanšu iespēju sistemātiska samazināšanās pēdējo gadu laikā. *„Ja turpināsies esošā finansēšanas kārtība un pašvaldību daļa publiskajā kopbudžetā ik gadu samazināsies, paplašināt pašvaldību funkcijas finansēšanas jomā nebūs iespējams.”* Šāda situācija īpaši ietekmē tos, kuri nav maksāspējīgi, jo pašvaldības bieži var nodrošināt tikai minimālus pakalpojumus. Rezultātā izvēles iespējas ir ierobežotas, jo *„pašlaik izvēles iespējas ir tikai tiem, kas spēj maksāt.”*

Lai novērstu šīs nepilnības, būtu jāizveido elastīga un taisnīga finansēšanas sistēma, kas veicinātu lielāku privātā sektora iesaisti un paplašinātu klientu izvēles iespējas. *„Rīgā ir panākts, ka privātais sektors investē, piemēram, pansionātos, jo ir izveidots skaidrs finansēšanas modelis, kas nodrošina publisko līdzfinansējumu un pārējo finansējumu no tuviniekiem un klientiem.”*

Regulējums, kas paredz individuālos budžetus, varētu būt vēl viens efektīvs risinājums. *„Individuālajā budžetā valsts un pašvaldību atbalstu varētu pārvērst klienta rīcībā esošā finansējumā, ko viņš izmantotu pēc savām vajadzībām.”*

Tomēr galvenā problēma ir saistīta ar finansējuma avotu un piešķiruma mehānismiem. *„Mūsu problēma ir tā, ka mēs jaucam kopā finansēšanu ar organizēšanu.”* Pašvaldībām nav pietiekamu resursu, lai pilnībā segtu nepieciešamos pakalpojumus, un tiek ieteikts izveidot sistēmu, kurā dažādi finansēšanas avoti kopīgi nodrošinātu pakalpojumu izpildi. *„Ja katrs savus labos nodomus finansētu ar savu daļu, es uzskatu, ka mēs ātri vienotos par lētāko, efektīvāko un klienta interesēm vislabāk atbilstošo pakalpojumu.”*

Valstiskā līmenī nepieciešams veikt izmaiņas nodokļu politikā, lai nodrošinātu taisnīgāku resursu sadali un efektīvāku pienākumu izpildi. *„Valstiskā līmenī jādoma par to, lai daļa no lielajiem nodokļiem, ko maksājam no algas, tiktu novirzīta aprūpes pakalpojumu segšanai.”* Tāpat tiek izskatītas iespējas ieviest papildu sociālās apdrošināšanas mehānismus, kas segtu nepieciešamos pakalpojumus, taču tas rada diskusijas par iespējamo nodokļu sloga palielinājumu. *„Vai mēs varam atļauties*

palielināt nodokļu slogu darba ņēmējiem, ieviešot papildu sociālo apdrošināšanu šādiem gadījumiem?”