

METODISKAIS MATERIĀLS SOCIĀLAJAM DARBAM

ar pilngadīgām
personām ar garīga
rakstura traucējumiem

2025. gads



Labklājības ministrija



Latvijas Kustība
par neatkarīgu dzīvi



RESURSU CENTRS CILVĒKIEM AR GARĪGIEM TRAUCĒJUMIEM

Metodikas sociālajam darbam ar personām ar garīga rakstura traucējumiem izstrāde tika īstenota 2018. – 2019. gadā Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektā Nr. 9.2.1.1/15/I/001 “Profesionāla sociālā darba attīstība pašvaldībās”. Metodikas izstrādi īstenoja personu apvienība, kuru veido biedrība “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “ZELDA”” un biedrība “Latvijas Kustība par neatkarīgu dzīvi”.

Metodikas izstrādes mērķis ir nodrošināt metodisko atbalstu praktizējošiem sociālajiem darbiniekiem, kuri ikdienā strādā ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem.

Metodika ietver metodisko materiālu drukātā formā (2019) un elektroniski, kā arī klātienē un tiešsaistes mācību programmas. Metodikas izstrādes gaitā tika veikta metodiskā materiāla aprobēšana, īstenojot klātienē mācības pilotprojektu ietvaros.

Metodikas izstrādes pamatā ir Latvijas starptautiskās saistības cilvēktiesību jomā, kā arī citu valstu labās prakses piemēri.

2025. gadā metodiku pilnveidoja biedrība “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “ZELDA””. Metodika tika pilnveidota Eiropas Savienības Kohēzijas politikas programmas 2021. – 2027. gadam Eiropas Sociālā fonda Plus 4.3.5.4. pasākuma projekta “Profesionāla un mūsdienīga sociālā darba attīstība” Nr. 4.3.5.4/1/24/I/001 ietvaros.

Metodika ir papildināta saskaņā ar pēdējos gados Latvijā īstenotajām pārmaiņām saistībā ar deinstitutionalizācijas projekta īstenošanu un jaunu sabiedrībā balstītu sociālo pakalpojumu ieviešanu. Metodikā ir iekļautas arī jaunākās pierādījumos balstītās metodes darbā ar personām ar garīga rakstura traucējumiem, pilnveidoti metodikas pielikumi “Normatīvie akti” un “Resursu karte”, kā arī pievienots jauns pielikums – “Veidlapas”.

Teksta korekcija: Anda Ogriņa

Šis ir ar autortiesībām aizsargāts darbs un Labklājības ministrijas īpašums, 2025.

2025. gada papildinātais metodiskais materiāls ir pieejams elektroniskā formātā:
<https://www.lm.gov.lv/lv/metodiskie-materiali>

ISSN 2661-538X

Labklājības ministrija izsaka pateicību par izstrādāto metodisko materiālu un mācību programmām biedrībai “Latvijas Kustība par neatkarīgu dzīvi” un biedrībai “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “ZELDA””, kā arī pieaicināto speciālistu komandai:

Ingai Šķesterei, biedrības “Latvijas Kustība par neatkarīgu dzīvi” valdes priekšsēdētājai,

Ievai Leimanei-Veldmeijerei, biedrības “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem, “ZELDA”” direktorei, ekspertei uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodēs,

Aleksandrai Pavlovskai, biedrības “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “ZELDA”” sociālajai darbiniecei,

Uģim Lapiņam, Inčukalna novada sociālā dienesta vadītāja vietniekam, sociālajam darbiniekam,

Ņikitam Bezborodovam, sertificētam ārstam psihiatram,

Ingai Albrektei, sertificētai ārstei psihiatrei,

Ausmai Pastorei, biedrības “Latvijas Kustība par neatkarīgu dzīvi” izglītības ekspertei,

Tamārai Vahļinai, nodibinājuma “Fonds KOPĀ” vadītājai, ekspertei sabiedrībā balstītu pakalpojumu sniegšanā,

Annijai Mazapšai, biedrības “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “ZELDA”” juristei.

Lienei Silei, sertificētai ārstei psihiatrei,

Sigitai Zankovskai-Odiņai, dažādības ekspertei.

Tāpat Labklājības ministrija atzinīgi novērtē sadarbības partneru dalību pilotprojektā, tajā skaitā klātienes mācībās, šī metodiskā materiāla aprobēšanai praksē un pateicas sociālo dienestu sociālajiem darbiniekiem no Aglonas novada, Daugavpils novada, Dobeles novada, Ilūkstes novada, Jēkabpils, Jūrmalas, Kandavas novada, Liepājas, Limbažu novada, Lubānas novada, Mālpils novada, Ogres novada, Ozolnieku novada, Preiļu novada, Rēzeknes novada, Saldus novada, Talsu novada, Tukuma novada un Valmieras.

Saturs

Metodiskajā materiālā izmantotie attēli	7
Metodiskajā materiālā izmantotās tabulas	8
Izmantotie saīsinājumi	10
Izmantotie termini	11
1. Metodika sociālajam darbam ar personām ar garīga rakstura traucējumiem: aktualitāte un loma mūsdienās	13
1.1. Skatījuma maiņa sociālajā darbā ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem	13
1.2. Metodikas lietojums sociālajos dienestos ikdienas sociālajā darbā	14
2. Pilngadīgu personu ar garīga rakstura traucējumiem raksturojums	15
2.1. Terminoloģijas skaidrojums	15
2.2. Mūsdienu psihiatrijas skatījums uz garīga rakstura traucējumiem	16
2.2.1. Psihiski vesels cilvēks	16
2.2.2. Psihisko un uzvedības traucējumu vispārējs raksturojums un cēloņi	16
2.2.3. Nervu sistēmas attīstības traucējumi	22
2.2.4. Organiski psihiskie traucējumi	26
2.2.5. Šizofrēnijas spektra traucējumi	29
2.2.6. Garastāvokļa traucējumi	32
2.2.7. Ar stresu saistīti traucējumi, trauksmes spektra traucējumi	34
2.2.8. Personības traucējumi	37
3. Dabiskā atbalsta tīkls: ģimene – nozīmīga atbalsta sistēma sociālajā darbā ar pilngadīgu personu ar garīga rakstura traucējumiem	39
3.1. Tuvinieks, kas aprūpē personu ar garīga rakstura traucējumiem, vispārīga informācija par ģimeni	39
3.2. Ģimenes, kurā audzina bērnu ar garīga rakstura traucējumiem, psihoemocionālais raksturojums	43
3.3. Bērnu un pilngadīgu personu ar garīga rakstura traucējumiem vecāki, brāļi un māšas	47
3.4. Persona ar garīga rakstura traucējumiem kā vecāka lomas īstenotājs	49
3.5. Vecāku ar garīga rakstura traucējumiem bērni	50
4. Sociālajam darbiniekam nepieciešamās vērtības, pamatzināšanas un prasmes darbā ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem	52
4.1. Sociālā darba pamatvērtības darbā ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem	52
4.1.1. Ētikas koncepcija sociālajā darbā	55
4.1.2. Sociālais taisnīgums	57
4.1.3. Cilvēktiesību koncepcija sociālajā darbā, t. sk. personu ar invaliditāti tiesības	59
4.1.4. Konfidencialitāte un datu aizsardzība	63
4.2. Sociālais darbinieks kā profesionālis	65

4.2.1. Dažādības atpazīšana, atzīšana un atbalstīšana	66
4.2.2. Empātija un cieņa	68
4.2.3. Radošums, cerība un spriestspēja	69
4.2.4. Refleksija, kritiskās domāšanas prasmes	72
4.2.5. Profesionālā integritāte	74
4.2.6. Sociālais darbinieks kā pētnieks	74
4.3. Komunikācijas prasmes un metodes darbā ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem	75
4.3.1. Komunikācijas procesa veicināšana	75
4.3.2. Pieklūstama un pielāgota komunikācija sociālajā darbā ar personām ar garīga rakstura traucējumiem	82
4.3.3. Komunikācijas izaicinājumi: sūdzības, krīzes un deeskalācija	90
4.4. Konsultēšanas prasmes darbā ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem	92
4.4.1. Spēka perspektīva konsultēšanā	93
4.4.2. Prasmju treniņš kā konsultēšanas sastāvdaļa	103
5. Sociālais darbs ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem	105
5.1. Mūsdienīgas pieejas sociālajā darbā ar personām ar garīga rakstura traucējumiem ..	105
5.2. Starptautiskā prakse: dažādu metožu lietojums un lietderība darbā ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem	108
5.2.1. Deinstitutionalizācija: Latvijas un citu valstu pieredze	108
5.2.2. Citu valstu pieredze pilngadīgu personu ar garīga rakstura traucējumiem spēju, prasmju un nepieciešamā atbalsta izvērtēšanā	117
5.3. Latvijas situācijai piemērotas, kā arī pieejamas metodes pilngadīgu personu ar garīga rakstura traucējumiem sociālās situācijas, t. sk. spēju, prasmju un nepieciešamā atbalsta, izvērtēšanā	129
5.4. Personām ar garīga rakstura traucējumiem piemēroti sabiedrībā balstīti pakalpojumi	136
5.4.1. Sabiedrībā balstītu pakalpojumu sniegšanas principi	136
5.4.2. Kvalitatīva sabiedrībā balstīta pakalpojuma raksturojums	139
5.4.3. Sabiedrībā balstīti sociālie pakalpojumi Latvijā	141
5.4.4. Citi sabiedrībā balstīti pakalpojumi Latvijā	152
5.4.5. Sabiedrībā balstīti pakalpojumi citu valstu praksē	153
5.5. Sociālā darba ar personām ar garīga rakstura traucējumiem un viņu tuviniekiem dažādās formas – sociālais darbs ar individu, ar ģimeni, ar grupu	157
5.5.1. Gadījuma vadīšana pilngadīgai personai ar garīga rakstura traucējumiem ...	157
5.5.2. Sociālais darbs ar grupām ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem	171
5.5.3. Sociālais darbs ar ģimeni, kurā ir pilngadīgas personas ar garīga rakstura traucējumiem	172
5.5.4. Ieteikumi darbam ar personām ar noteiktiem garīga rakstura traucējumiem ..	174
5.5.5. Tipiskas problēmas sociālajā darbā ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem	176
5.6. Starpprofesionālā un starpinstitucionālā sadarbība dažādos sociālā darba posmos ..	183
5.6.1. Kas ir starpprofesionālā un starpinstitucionālā sadarbība	183
5.6.2. Multidisciplināras un interdisciplināras komandas	185
5.6.3. Sociālā darbinieka loma komandā	185

5.6.4. Kādas ir iespējamās sadarbības formas (informācijas apmaiņa, tikšanās, diskusijas, supervīzijas, plānu izstrāde)	186
5.6.5. Sadarbība dažādos sociālā darba posmos	187
5.6.6. Akcenti – informācijas sniegšana kompetentajām iestādēm.	188
Literatūras saraksts	189

Metodiskā materiāla pielikumi

1. Pielikums - Mans atlabšanas plāns
2. Pielikums - Pētījumu un metodisko materiālu saraksts
3. Pielikums - Normatīvie akti
4. Pielikums - Resursu karte
5. Pielikums - Veidlapas

Metodiskajā materiālā izmantotie attēli

1.	“Dzīvības koka” shēma.	101
2.	Kas ir svarīgi pašai personai un kas ir svarīgi personas interesēs.	120
3.	MAPS metodes shēma.	122
4.	PATH metodes shēma.	124
5.	Attiecību karte.	162
6.	Drošības un atbalsta loki.	162

Metodiskajā materiālā izmantotās tabulas

1.	Sociālā darba vērtības: vispārējs skaidrojums	53
2.	Sociālā darba ētikas galvenās jomas.....	55
3.	Refleksijas līmeņi un jautājumi pašrefleksijai	72
4.	Ieteikumi neverbālai komunikācijai	77
5.	Ieteikumi validācijai.....	80
6.	Pašatklāsmes plusi un mīnusi.....	81
7.	“Dzīvības koka” posmi.....	101
8.	Galvenie principi un šķēršļi personcentrētā pieejā darbā ar personām ar GRT	106
9.	Kembervela vajadzību izvērtējuma instrumenta saīsinātā versija.....	127
10.	Nodibinājuma “Fonds Kopā” grupu dzīvokļu klientu nepieciešamības pēc atbalsta izvērtējums.....	131
11.	Nodibinājuma “Fonds Kopā” nepieciešamības pēc atbalsta izvērtējums (turpinājums) ...	132
12.	Nodibinājuma “Fonds Kopā” grupu dzīvokļu klientu nepieciešamības pēc atbalsta izvērtējuma kopsavilkums.....	134
13.	Grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojums	141
14.	Dienas aprūpes centra pakalpojums	142
15.	Specializētās darbnīcas pakalpojums	143
16.	Aprūpes mājās pakalpojums.....	144
17.	Asistenta pakalpojums.....	144
18.	Atbalsta personas lēmumu pieņemšanā pakalpojums	145
19.	Ģimenes asistenta pakalpojums	148
20.	Individuālā sociālās rehabilitācijas programma	149
21.	Atbalsta grupas, pašpalīdzības grupas un grupu nodarbības	150
22.	Atelpas brīža pakalpojums	151
23.	Subsidētais darbs.....	152
24.	Sociālais uzņēmums	153
25.	Atbalstītais darbs	153

26.	Kluba māja	154
27.	“Sākotnējā izvērtējuma” jautājumi	160
28.	Sociālā atbalsta tīkla izvērtējuma jautājumi	161

Izmantotie saīsinājumi

AAK	Alternatīvā un augmentatīvā komunikācija
AIS	Atbalsta intensitātes skala
AIP	Agrīnas intervences programma
ANO	Apvienoto Nāciju Organizācija
ANO Konvencija	ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām
APLP pakalpojums	Atbalsta personas lēmumu pieņemšanā pakalpojums
AST	Autiskā spektra traucējumi
CNS	Centrālā nervu sistēma
DBT	Dialektiski biheiviorālā terapija
DI	Deinstitucionalizācija
DSM-5	Amerikas Psihiatru asociācijas Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmata, 5. redakcija
ES	Eiropas Savienība
GRT	Garīga rakstura traucējumi
HIV	Cilvēka imūndeficīta vīruss
KBT	Kognitīvi biheiviorālā terapija
KVN	Kembervela vajadzību izvērtējums
NVA	Nodarbinātības valsts aģentūra
NVO	Nevalstiskās organizācijas
OKT	Obsesīvi kompulsīvi traucējumi
SSK-10	Starptautiskās slimību klasifikācijas 10. redakcija
RC "ZELDA"	Biedrība "Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem "ZELDA"
UDHS	Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms
VDEĀVK	Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija
VSAA	Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra

Izmantotie termini

Atbalsta personas lēmumu pieņemšanā pakalpojums	Sociālais pakalpojums, kas tiek sniegts pilngadīgai personai ar garīga rakstura traucējumiem, lai to atbalstītu lēmumu pieņemšanā.
Atbalstītā lēmumu pieņemšana	Atbalstītā lēmumu pieņemšana ir personisks lēmumu pieņemšanas process, kurā persona ar grūtībām lēmumu pieņemšanā tiek atbalstīta, lai attīstītu savas spējas pašai pieņemt lēmumus, ciktāl tas ir iespējams. Lēmumu pieņemšanas procesā prioritāte tiek dota personas gribai un izvēlei. Personai tiek sniegta nepieciešamā informācija un palīdzība, lai persona pati varētu pieņemt lēmumus par savu dzīvi, veselības un sociālo aprūpi, finansēm un īpašumiem.
Atlabšana	Dinamisks process, kurā persona, pat ja saglabājas psihiskās veselības grūtības, atgūst cerību, pašnoteikšanos, identitāti un spēju vadīt savu dzīvi. Atlabšana balstās uz personas stiprajām pusēm, sociālo atbalstu un tiesībspēju, uzsverot, ka pilnvērtīga dzīve un dalība sabiedrībā ir iespējama neatkarīgi no diagnozes.
Deinstitucionalizācija	Pārmaiņu process, kurā valsts un pašvaldības pakāpeniski aizstāj ilgstošu institucionālo aprūpi ar sabiedrībā balstītiem, individuālām vajadzībām pielāgotiem pakalpojumiem, nodrošinot personai iespēju dzīvot kopienā, nevis institūcijā. Tas ietver piemērotu mājokļu izveidi, atbalstu ikdienas dzīvē, nodarbinātībā un līdzdalībā, kā arī individuāla atbalsta plānošanu, lai persona varētu īstenot savas tiesības, pieņemt lēmumus un uzturēt maksimāli patstāvīgu un drošu dzīvi sabiedrībā.
Dažādība	Cilvēku atšķirīgo identitāšu, spēju, pieredžu, kultūru un dzīvesveidu kopums, kas bagātina sabiedrību. Dažādības atzišana nozīmē cieņu pret katru personu un gatavību pielāgot atbalstu, lai nodrošinātu vienlīdzīgu līdzdalību ikvienam.
Invaliditātes cilvēktiesību modelis	ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām balstīta pieeja, kur persona ar invaliditāti ir pilntiesīgs sabiedrības loceklis; uzsvars uz tiesībspēju, pašnoteikšanos, vienlīdzību un sabiedrības pienākumu nodrošināt atbalstu.
Invaliditātes medicīniskais modelis	Pieeja, kur invaliditāte tiek skatīta kā personas bioloģisks vai funkcionāls traucējums, kas rada ierobežojumus un ko iespējams "labot" galvenokārt ar medicīniskām vai rehabilitācijas metodēm.
Invaliditātes sociālais modelis	Pieeja, kas uzsver, ka personas ierobežojumus rada nevis traucējumi, bet sabiedrības radītie šķēršļi – attieksme, vide, resursu nepieejamība. Fokusējas uz barjeru mazināšanu, nevis personas "deficītu".
Kluba māja	Kopiena, kas ir organizēta ar mērķi palīdzēt cilvēkiem ar nopietnām, ilgstošām psihiskām saslimšanām sadzīvot ar savu slimību, atgūt zaudētas darba spējas, izglītību, ģimeni un draugus.

Neirodažādība	Pieeja, kas apliecina, ka neiroloģiskās atšķirības – piemēram, autiskā spektra traucējumi vai citas attīstības īpatnības – ir dabiska cilvēku daudzveidības daļa, nevis defekti, kas jānovērš. Neirodažādība uzsver tiesības uz atbalstu, akceptu un vidi, kas pielāgota dažādiem informācijas uztveres un komunikācijas veidiem.
Persona ar garīga rakstura traucējumiem	Atbilstoši Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā definētajam – persona ar psihisku saslimšanu vai garīgās (intelektuālās) attīstības traucējumiem, kuri ierobežo personas spējas strādāt un aprūpēt sevi, kā arī apgrūtina tās iekļaušanos sabiedrībā un kuri ir noteikti atbilstoši spēkā esošajai Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas redakcijai.
Personcentrētā pieeja	Personcentrētā pieeja uzsver cilvēka unikalitāti, cieņu un spēju atklāt savus personiskos resursus pašrealizācijas procesā. Tā balstīta uz humanistiskās psiholoģijas pamatlicēja Karla Rodžersa izstrādātajiem principiem, kuros persona tiek uzlūkota kā savas dzīves galvenais eksperts. Pieejai raksturīga nedirektīva, empātiska un atbalstoša komunikācija, koncentrējoties uz personas vajadzībām un situāciju. Tā ir integrēta sociālā darba vērtībās un praksē, veicinot personas pašnoteikšanos, identitātes un veselīga paštēla veidošanos.
Resiliences pieeja (jeb dzīvesspēka pieeja)	Pieeja, kas balstās uz atziņu, ka personas spēju pārvarēt grūtības veido ne tikai individuālie resursi, bet arī attiecības un sociālā vide. Tā koncentrēta uz iekšējo un ārējo resursu aktivizēšanu, drošas un atbalstošas vides radīšanu un šķēršļu mazināšanu, lai persona varētu atjaunot funkcionēšanu un veidot ilgtspējīgus risinājumus sarežģītās situācijās
Rīcībspēja	Personas spēja patstāvīgi veikt tiesiski nozīmīgas darbības un uzņemties atbildību par to sekām.
Stigmatizācija	Process, kurā personām vai grupām tiek piedēvētas negatīvas, nepamatotas un bieži nepārbaudītas īpašības, kā rezultātā pastiprinās sociālā atstumtība, nevienlīdzība un ierobežotas līdzdalības iespējas sabiedrībā.
Tiesībspēja	Spēja būt par tiesību un pienākumu subjektu. Tā piemīt jebkurai indivīdam neatkarīgi no vecuma, garīgo spēju līmeņa, dzimuma, rases, izcelsmes, reliģiskās piederības un citām pazīmēm. Tiesībspēja piemīt katram cilvēkam kā dabisko tiesību izpausme. Tiesībspēja rada iespēju cilvēkam iegūt tiesības un uzņemties pienākumus tiesisko darījumu rezultātā vai uz likuma pamata. Tiesībspēja rodas ar cilvēka piedzimšanu un beidzas ar cilvēka nāvi.
Uz personu vērsta domāšana un plānošana	Strukturētu metožu kopums, kas paredzēts atbalsta sniedzējiem, lai palīdzētu nodrošināt dzīves kvalitāti no atbalstāmās personas perspektīvas – lai plānotu kopā ar personu, nevis darītu personas vietā.

1

Metodika sociālajam darbam ar personām ar garīga rakstura traucējumiem: aktualitāte un loma mūsdienās

1.1. SKATĪJUMA MAIŅA SOCIĀLAJĀ DARBĀ AR PILNGADĪGĀM PERSONĀM AR GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM

Invaliditātes medicīniskais modelis, invaliditātes cilvēktiesību modelis, skatījuma maiņa – no nespējas uz spējām un atbalstu.

Invaliditātes medicīniskajā modelī cilvēki ar invaliditāti tiek raksturoti, balstoties uz viņu medicīnisko diagnozi vai saslimšanu. Invaliditāte tajā tiek uztverta kā traucējums, kas jāārstē, jānovērš vai vismaz jārehabilitē. Tādējādi invaliditāte tiek uzskatīta par novirzi no normāla veselības stāvokļa. Medicīniskajā modelī personas izslēgšana no sabiedrības tiek uzskatīta par indivīda problēmu, kuras pamatā ir personas funkcionālais traucējums. Invaliditātes medicīniskā modeļa vēl viena iezīme pamatota uz diviem pieņēmumiem, kuriem ir bīstama ietekme uz personas ar invaliditāti cilvēktiesību īstenošanu.

Pieņēmumi ir šādi:

- 1) personām ar invaliditāti ir jānodrošina pajumte un labklājība;
- 2) personas funkcionālie traucējumi ierobežo personas rīcībspēju.

Pirmais pieņēmums līdz šim ir devis tiesisku pamatu veidot īpašas segregētas (no pārējās sabiedrības nodalītas un izolētas) iestādes personām ar invaliditāti, piemēram, speciālās izglītības iestādes, ilgstošas aprūpes institūcijas un specializētas darbnīcas.

Otrais pieņēmums ir veicinājis tādu likumu attīstību, uz kuru pamata tiek ierobežota personu rīcībspēja.¹ Medicīniskajā modelī cilvēka diagnoze ir tā, kam ir noteicošā nozīme, regulējot vai kontrolējot pieejamību pabalstiem, mājoklim, izglītībai, nodarbinātībai u. tml.

Savukārt invaliditātes cilvēktiesību modelī atspoguļota attieksmes pret personām ar invaliditāti maiņa, kā arī pieejas maiņa. Notiek fokusēšanās pāreja no personas ierobežojumiem, kurus izraisa funkcionālie traucējumi, uz sabiedrības radītajām barjerām, kas ierobežo personas iespējas īstenot savas cilvēktiesības, un šo barjeru novēršanu. Cilvēktiesību modelī persona ar invaliditāti tiek uztverta kā spējīga pieņemt lēmumus par savu dzīvi, pamatojoties uz brīvu un informācijā balstītu izvēli, un būt aktīva sabiedrības

¹ Degener, T. 2016. *Disability in a Human Rights Context*. Department of Social Work, Education and Diaconia, Protestant University of Applied Sciences, 2–3.

locekle. Sniedzot atbalstu cilvēkam, vienmēr tiek ņemtas vērā viņa spējas, nevis nespēja, un nepieciešamais atbalsts tiek plānots atbilstīgi cilvēka spējām.

Pāreja no medicīniskā uz cilvēktiesību modeli noteikta Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām (turpmāk – ANO Konvencija). Latvijas Republika šo starptautisko dokumentu ratificēja 2010. gada 1. martā,² apņēmoties veicināt, aizsargāt un nodrošināt, lai personas ar invaliditāti varētu pilnībā un vienlīdzīgi izmantot visas cilvēktiesības un pamatbrīvības.

Šī metodika ir izstrādāta, lai palīdzētu sociālajiem darbiniekiem orientēties šajā pārmaiņu procesā. Tā piedāvā ne tikai konceptuālu ietvaru, kas balstīts cilvēktiesībās, atlabšanas un spēka perspektīvā, bet arī praktiskus darba rīkus, kas atbalsta profesionāli pamatotu izvērtējumu, sadarbības attiecību veidošanu un uz personu vērsta intervences plānošanu.

1.2. METODIKAS LIETOJUMS SOCIĀLAJOS DIENESTOS IKDIENAS SOCIĀLAJĀ DARBĀ

Metodika piedāvā plašas iespējas praktiskai izmantošanai sociālajā darbā ar personām ar garīga rakstura traucējumiem (turpmāk – GRT). Sociālie darbinieki, lietojot metodiku, var gūt plašāku ieskatu par psihisko un attīstības traucējumu vispārējo raksturu un cēloņiem, t. sk. to veidiem, izplatību, izpausmēm, saskarsmes un uzvedības īpatnībām.

Īpaša uzmanība veltīta pilngadīgu personu ar GRT ģimenēm, kas ir dabiskais atbalsta tīkls un nozīmīgs partneris un resurss sadarbībā ar sociālajiem darbiniekiem.

Metodikā aprakstīts sociālā darba process gadījuma vadīšanā ar pilngadīgām personām ar GRT – sākot no pirmā kontakta un sociālās situācijas izvērtējuma līdz intervences mērķu noteikšanai īstermiņā un ilgtermiņā, kopīgas vienošanās par atbalsta pasākumiem, to īstenošanas organizēšanas un nepārtrauktas dinamikas monitoringa. Tiek skaidroti dažādi paņēmieni personas spēju, prasmju un nepieciešamā atbalsta izvērtēšanai, kā arī aprakstīts, kā sociālais darbinieks kopā ar personu plāno, īsteno un regulāri pārskata atbalstu, novērtējot sasniegtos rezultātus un sociālās situācijas izmaiņas. Metodikā sniegts vispusīgs ieskats par personām ar GRT piemērotu, sabiedrībā balstītu pakalpojumu veidiem, dots to raksturojums, atspoguļots to saturs un būtiskākās atšķirības. Metodikā arī iezīmētas būtiskākās atšķirības, kas jāievēro, strādājot iedzīvotāju skaita ziņā atšķirīgu pašvaldību sociālajos dienestos, kā arī sniegta informācija par esošo un iespējamo sabiedrībā balstīto pakalpojumu pilngadīgām personām ar GRT apjomu un pieejamību, ņemot vērā pašvaldību dalījumu plānošanas reģionos.

Turklāt metodikā atspoguļotas sociālā darba dažādās formas un starpprofesionālās un starpinstitucionālās sadarbības nepieciešamība sociālā darba ar pilngadīgām personām ar GRT dažādos posmos.

² ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām: daudzpusējs starptautisks dokuments. Latvijas Vēstnesis. 27 (4219), 17.02.2010. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1630> [aplūkots 30.11.2025.]

2

Pilngadīgu personu ar garīga rakstura traucējumiem raksturojums

2.1. TERMINOLOĢIJAS SKAIDROJUMS

Psihisku traucējumu definīcijas, kas izmantotas materiāla sadaļā “Pilngadīgu personu ar GRT raksturojums”, ir formulētas atbilstīgi pašlaik spēkā esošiem Pasaules Veselības Organizācijas Starptautiskās slimību klasifikācijas 10. redakcijas (turpmāk – SSK-10) kritērijiem.³ SSK-10 klasifikators Latvijā tiek izmantots kā pamata references dokuments gan klīniskajā praksē, gan normatīvajos aktos.

Šeit tiks atspoguļota tiesību aktos spēkā esošā terminoloģija, pamatota metodikā izmantotā terminoloģija saskaņā ar ANO Konvenciju, kā arī tiks atspoguļotas atšķirības starp ANO Konvencijas terminoloģiju un psihiatrijas terminoloģiju un skatījumu.

Atbilstīgi SSK-10 nomenklatūrai termins “psihiski un uzvedības traucējumi” (angļu val. *mental and behavioural disorders*) metodikas 2. nodaļā tiek lietots, lai apzīmētu pilnu psihiatrijas diagnožu klāstu (arī nervu sistēmas attīstības traucējumus, garstāvokļa traucējumus, šizofrēnijas spektra traucējumus u. tml.). Šis termins ir sinonīms mūsdienu cilvēktiesību jomā lietotajam terminam “psihosociālā invaliditāte” (angļu val. *psychosocial disability*), kā arī Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma izpratnei par “garīga rakstura traucējumiem”.

Ņemot vērā mūsdienu medicīnas zinātnes izpratni par nervu sistēmas attīstību un funkcionēšanu, metodikā netiek atsevišķi izdalītas “psihiskās saslimšanas” un “garīgās attīstības traucējumi” (kam nav valīda zinātniska pamata), to vietā atbilstīgi SSK-10 nomenklatūrai tiek runāts par atsevišķām “psihisko un uzvedības traucējumu” grupām.

Viena no psihisko un uzvedības traucējumu grupām ir “nervu sistēmas attīstības traucējumi”, kas apvieno gan intelektuālās attīstības traucējumus (iepriekš sauktus par “garīgo atpalcību” vai “garīgās attīstības traucējumiem” Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma izpratnē), gan arī autiskā spektra traucējumus (turpmāk – AST)⁴ un uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindromu (turpmāk –

³ Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC). *Aktuālā Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10. redakcija (SSK-10)*. Pieejams: <https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk> [aplūkots 27.11.2025.]; *World Health Organization. (1992). ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization.*

⁴ Personas, kurām ir AST, arvien biežāk izvēlas apzīmējumu “autiska persona”, uzsverot autismu kā savas identitātes un neirodažādības aspektu, nevis kā traucējumu, ko nepieciešams “novērst”. Savukārt normatīvajos dokumentos un profesionālajā literatūrā Latvijā joprojām tiek lietots termins “autiskā spektra traucējumi (AST)”. Šis metodikas ietvaros tiek saglabāts termins AST, vienlaikus profesionālajā saskarsmē sociālajam darbiniekam ir būtiski respektēt personas izvēlēto pašapzīmējumu un atbalstīt tās pašnoteikšanos.

UDHS). Citas lielas psihisko un uzvedības traucējumu grupas, kas tiek apskatītas metodikas 2. nodaļā, ir, piemēram, “šizofrēnijas spektra traucējumi” un “garastāvokļa traucējumi”, kas Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā apvienoti ar nosaukumu “psihiskās saslimšanas”.

Turpmāk metodikā, runājot par sociālo darbu un sociālajiem pakalpojumiem, tomēr tiks lietots termins “garīga rakstura traucējumi (GRT)” tā, kā to nosaka Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums, apvienojot personas ar psihiskām saslimšanām un intelektuālās attīstības traucējumiem, lai nodrošinātu atbilstību spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.

2.2. MŪSDIENU PSIHIATRIJAS SKATĪJUMS UZ GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM

2.2.1. Psihiski vesels cilvēks

Psihiskā veselība ir holistisks cilvēka labklājības stāvoklis, kas ietver spēju regulēt emocijas, uzturēt līdzsvaru starp personīgajām vajadzībām un sabiedrības prasībām, kā arī saglabāt elastību dzīves pārmaiņu laikā. Psihiski vesels cilvēks atļauj sev brīvi izjust emocijas – gan pozitīvas, gan negatīvas –, nepielāgojot tās tam, “kā būtu jājūtas”, un spēj saglabāt harmoniju gan vienatnē, gan starppersonu attiecībās. Viņš spēj realizēt savus talantus, priecāties par citu sasniegumiem un veidot veselīgas, savstarpēji bagātinošas attiecības, kurās spēj dot bez žēluma un saņemt ar pateicību, bez vainas sajūtas.

Psihiskā veselība izpaužas arī spējā uzņemties atbildību par savu dzīvi, ieskaitot veselību, materiālo un sociālo stāvokli, kā arī neļaut neveiksmēm ietekmēt pašvērtējumu. Cilvēks ar labu psihisko veselību spēj analizēt situācijas, pieņemt lēmumus, meklēt risinājumus, nevis vainīgos, un balstīt attiecības uz patiesām jūtām, nevis sociālām maskām vai “iemācīto bezpalīdzību”. Viņš dzīvo tagadnē, ar atvērtību nākotnei un spēj saglabāt mīlestības un cieņas attiecības pret sevi un citiem.

Psihiskā veselība ietver arī adaptācijas spēju mainīgos apstākļos, toleranci pret nenoteiktību, kritisko domāšanu, kā arī prasmi rūpēties par emocionālo līdzsvaru ikdienā. Šie aspekti palīdz cilvēkam būt elastīgam, saglabāt spēju mācīties, attīstīties un saglabāt dzīves kvalitāti dažādos dzīves posmos.⁵

2.2.2. Psihisko un uzvedības traucējumu vispārējs raksturojums un cēloņi

Biopsihosociālais traucējumu / veselības modelis. Biopsihosociālais modelis ir pašlaik medicīnā galvenais un vispārpieņemtais konceptuālais modelis, kurā uzsvērta bioloģisko, psihoemocionālo un sociālo etioloģisko faktoru un to kompleksās savstarpējās mijiedarbības nozīme veselības traucējumu ģenēzē. Šo modeli kā alternatīvu tradicionālajam biomedicīniskajam modelim ir piedāvājuši ārsti Džordžs Libmans Engels un Džons Romano XX gadsimta 70. gados.⁶ Mūsdienās šajā modeli bioloģisko, psihes un sociālo ietekmi var integrēt ne tikai slimības koncepcijā, bet to var attiecināt arī uz medicīnisko aprūpi, tādējādi veidojot multidisciplināru modeli pētījumiem un praksei. Arī Pasaules Veselības Organizācijas veselības

⁵ Informācija adaptēta no Rīgas Stradiņa universitātes Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras izdevuma “Katedras 25 gadi un klīnikas 10 gadi” (Rīgas Stradiņa universitāte. (2023). *Rīgas Stradiņa universitātes Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras 25 gadi un klīnikas 10 gadi (1996–2021): Jubilejas izdevums*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 55. lpp. Pieejams: <https://dspace.rsu.lv/jspui/handle/123456789/7652> [aplūkots 27.11.2025]), un papildināta ar Pasaules Veselības Organizācijas un citu mūsdienu psihiskās veselības definīciju elementiem.

⁶ Engel, G. L. (1977). *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. Science, 196 (4286), 129.–136. lpp.

definīcijas pamatā ir biopsihosociālais modelis.⁷

Atbilstīgi biopsihosociālam modelim jebkuri veselības traucējumi (gan psihiskās veselības, gan arī fiziskās veselības), kā arī cilvēka veselība kopumā ir bio-psiho-sociāla parādība. Tas nozīmē, ka jebkuru traucējumu rašanās procesā, norisē un iznākumā vienmēr savstarpēji mijiedarbojas trīs faktoru grupas:

1. bioloģiskie faktori (ģenētiskā predispozīcija, organisma audu bojājums, toksiskās vides ietekmes);
2. psiholoģiskie faktori (agrīnās dzīves pieredze, stresa pilni notikumi bērnībā un pieaugušā dzīvē, psihs aizsardzības mehānismi);
3. sociālie faktori (sociālekonomiskais stāvoklis, sociālā atbalsta līmenis, pieredze par sabiedrības attieksmi un uzskatiem).

Nemot vērā šo komplekso mijiedarbību, atsevišķs faktors var būt nepieciešams konkrēto veselības traucējumu attīstībai, bet nekad nevar būt pietiekams. Piemēram, vienas liekās – 21. – hromosomas esamība (21. hromosomas trisomija) ir nepieciešams faktors Dauna sindroma attīstībai, bet tas nav pietiekams, lai izskaidrotu katra konkrētā cilvēka ar Dauna sindromu intelektuālās un sociālās funkcionēšanas līmeni, ko būtiski nosaka psihosociālie faktori (agrīnā socializācijas pieredze, saņemtās psihosociālās habilitācijas kvalitāte, izglītības struktūra un saturs, sociālā atbalsta pieejamība un kvalitāte u. c.).

Lai efektīvi sniegtu palīdzību klientam ar psihiskiem traucējumiem, nepieciešama kompleksa intervence, kurā ņemti vērā visi viņa veselību ietekmējošie faktori.

Psihisko un uzvedības traucējumu simptomu grupas:

1) PSIHOEMOCIONĀLI UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMI

Psihoemocionālie un uzvedības traucējumi rodas, ja traucēta kāda no strukturālajām vai neirofizioloģiskajām smadzeņu uzbūves daļām, ietekmējot cilvēka spēju pilnvērtīgi funkcionēt ikdienas dzīvē. Šādi traucējumi atbilst definīcijai, ka tie ir *klīniski nozīmīgs uzvedības vai psiholoģisks sindroms vai īpašība, kas indivīdam rada ciešanas, darbnespēju vai nozīmīgi palielina saslimšanas risku*⁸. Tie var izpausties dažādos līmeņos:

- kognitīvi – apgrūtināta domāšanas skaidrība, koncentrēšanās, atmiņa vai spēja pieņemt lēmumus, kas var traucēt mācībām, darbam vai sadzīves aktivitātēm;
- emocionāli – mainīgs vai neatbilstošs emocionālais stāvoklis, pārmērīgas trauksmes, depresijas vai dusmu epizodes, kas ietekmē pašsajūtu un attiecības ar citiem;
- uzvedības līmenī – izmaiņas cilvēka darbībās un ieradumos, piemēram, sociālās izolācijas tendence, impulsivitāte, agresīva vai pašdestruktīva uzvedība, kā arī grūtības ievērot sociālās normas.

Šie traucējumi var būt īslaicīgi vai ilgstoši, un to ietekme skar ne tikai indivīdu, bet arī viņa ģimeni, darba vidi un sabiedrību kopumā. Savlaicīga atpazīšana, precīza diagnostika un atbilstošs atbalsts ir būtiski, lai mazinātu negatīvo ietekmi un uzlabotu cilvēka dzīves kvalitāti.

2) UZTVERES TRAUCĒJUMI

Datus par ārējo pasauli cilvēks iegūst ar sajūtu orgāniem. Ar redzi, dzirdi, ožu, garšu un tausti viņš uzzina par apkārtējā pasaulē eksistējošo reālo priekšmetu īpašībām. Priekšmetu atsevišķo īpašību atsoguļojuma rezultātā veidojas sajūtas, piemēram, aukstuma un karstuma, gaismas un tumsas, arī

⁷ World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Pieņemta Starptautiskajā veselības konferencē Ņujorkā 1946. gadā; stājās spēkā 1948. gada 7. aprīlī. Pieejams: <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf> [aplūkots 27.11.2025.]

⁸ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th ed. Washington, DC: APA, 1994. Introduction, p. xxi.

dažādu krāsu, dobjas un spalgas skaņas, skāba un salda garšas, spiediena, duršanas, sāpju un citas sajūtas.

Sajūta ir izziņas procesa pamatelements. Uztveres procesā, kura pamatā ir jau minētās sajūtas, priekšmeti un to īpašības tiek atspoguļotas kopumā, vienotībā. Dažādo psihisko traucējumu gadījumā cilvēka uztveres process var būt izmainīts, tas var ietekmēt viņa psiholoģisko pašsajūtu un uzvedību.

Hiperestēzija izpaužas kā saasināta ārējo kairinājumu uztvere. Klientam parasta spilgta gaisma liekas apžilbinoša, parasta skaļuma sarunas vai soļi koridorā šķiet ļoti skaļi, drēbes, pie kurām klients pieskaras, – ļoti raupjas, vājas smaržas – intensīvas. Hiperestēziju parasti novēro stipra noguruma un somatisku slimību gadījumos, ļoti raksturīga tā ir klientiem ar AST.

Hipestēzija izpaužas kā pavājināta ārējo kairinājumu uztvere, pretējs stāvoklis hiperestēzijai. Klientam priekšmeti liekas blāvāki, to kontūras neskaidrākas, skaņas klusākas, ožas un garšas sajūtas ir notrulinātas. Bieži novēro depresiju gadījumos un apdulluma stāvoklī.

Senestopātijas – mānīga uztvere sajūtu līmenī. Parasti tās ir grūti izskaidrojamas, nepatīkamas, nomācošas sajūtas ķermenī, kurām nav objektīva cēloņa. Piemēram, dedzināšana un tirpšana pakausī, stīpas ap galvu vai krūtīm sajūta, pēkšņa viegluma vai smaguma sajūta kādā orgānā vai visā ķermenī, grūti aprakstāms reibonis vai līdzsvara zaudēšanas sajūta, orgānu pārvietošanās sajūta.

Ilūziju gadījumā cilvēks reāli esošos priekšmetus vai parādības uztver izmainīti. Citāda, kļūdaina uztvere iespējama visos analizatoros, tāpēc izdala redzes, dzirdes, ožas, garšas un taustes ilūzijas. Dažkārt ilūzijas var būt arī cilvēkiem bez psihiskiem traucējumiem. Pastiprinātā gaidu stāvoklī cilvēks maldīgi var dzirdēt zvanu pie durvīm, steigties pretī svešam cilvēkam, kuru redzes ilūzijas dēļ noturējis par gaidīto personu. Ja ilūzijas, uztveres maldi ir veselīgiem cilvēkiem, tad tie ir īslaicīgi un viegli koriģējami. Klientiem ar dažādiem psihiskiem traucējumiem ilūzijas var būt noturīgas un satraucošas. Piemēram, klients ar psihozi ilūziju gadījumā pakarināta virsvalka vietā var redzēt cilvēku, no virtuves sajūt nevis ceptu kartupeļu, bet indīgas gāzes smaku.

Halucinācijas. Atšķirībā no ilūzijām halucināciju gadījumā pacients īstenībā esošos priekšmetus un parādības neuztver izmainīti, bet gan “uztver” vispār neesošus priekšmetus un parādības. Halucināciju tēli neatšķiras no īstiem, reāliem priekšmetiem. Halucinācijas, tāpat kā ilūzijas, var būt visu analizatoru sfērās (redzes, dzirdes, ožas, taustes un garšas halucinācijas). Piemēram, klienti ar organisku psihozi halucinācijās redz cilvēkus, suņus, kaķus, mašīnas, dzird savu kaimiņu, priekšnieku vai bērnu balsis, saņņ gāzes, etiķa smaku tā, it kā tās būtu īstenībā. Cilvēks ar šizofrēnijas spektra traucējumiem var dzirdēt komentējošas balsis, sajūst savu orgānu kustības vai tirpšanu, saost neesošas, nepatīkamas smakas, izjūst nepatīkamu sajūtu, it kā zem ādas līstu kukaiņi.

Derealizācija ir īpašs pārdzīvojumu veids – apkārtne šķiet nereāla, atsvešināta, savāda. Bieži šāds simptoms raksturīgs depresijas gadījumā.

Depersonalizācija izpaužas sevis paša uztveres traucējumos. Cilvēks pats sev liekas svešs, savāds, nereāls, mainījies. Šis pārdzīvojums var attiekties gan uz sava organisma izjūtu, gan uz paša emocijām, gribu, kustībām un domāšanu.

3) DOMĀŠANAS TRAUCĒJUMI

Spēja uztvert apkārtnei ar sajūtu orgāniem piemīt kā cilvēkiem, tā dzīvniekiem. Bet tikai cilvēks, kuram bez spējas uztvert piemīt arī spēja domāt, var runāt, lietot vārdus, lai ar tiem apzīmētu priekšmetus un jēdzienus, kā arī ar šiem abstraktajiem jēdzieniem operētu – veidotu spriedumus un slēdzienus.

Patoloģiskos stāvokļos domāšanas procesā rodas traucējumi. Ja patoloģija skar domu veidošanās, formēšanās procesu, rodas tā sauktie formālie domāšanas traucējumi. Tie var izpausties tādējādi, ka izmainās domāšanas temps, kvantitatīvi mainās jēdzieni un asociāciju saistība. Ja patoloģija izpaužas domu saturā un rodas nepareizi, patiesībai neatbilstoši spriedumi, traucējumi skar domāšanas saturu (murgi, uzmācības, pārvērtēšanas idejas u. c.).

FORMĀLIE DOMĀŠANAS TRAUCĒJUMI

Paātrināta domāšana. Atkarībā no temperamenta ikvienam cilvēkam ir savs individuāls domāšanas ātrums. Arī veselam cilvēkam laba – vēl jo vairāk nedaudz pacilāta – garstāvokļa periodā rodas vairāk domu, vairāk asociāciju nekā parasti. Viņam domas plūst ātrāk, cilvēks labprāt joko, viņa domāšana ir produktīvāka.

Gadījumos, ja indivīdam ir pārmērīgi pacilāts garstāvoklis, paātrinātā domāšana vairs nedod labvēlīgus rezultātus. Ja domāšana vēl vairāk paātrinās, secinājumi kļūst nepārdomāti un nav pietiekami pamatoti, un rezultātā domāšanas produktivitāte samazinās. Šādiem klientiem nepārtraukti mainās domu virziens un temats, viņi iesāktu domu vairs nevar secīgi pabeigt. Patoloģiski paātrināta domāšana var būt raksturīga klientiem ar bipolāri afektīviem traucējumiem pacilāta garstāvokļa (mānijas) fāzē vai arī kādu vielu izraisītas intoksikācijas stāvokli.

Palēnināta domāšana ir pretējs stāvoklis paātrinātai domāšanai. Tā visbiežāk rodas klientiem ar nomāktu garstāvokli. Smagu traucējumu gadījumos domas rit ļoti lēni, asociāciju rodas maz, un tās veidojas tik gausi, ka klients pat uz visvienkāršākajiem jautājumiem atbild ar lielām grūtībām, nemāk saistīti izstāstīt pat savas sūdzības, anamnēzi. Cilvēks uz jautājumiem atbild tikai tad, ja tie formulēti iespējami īsi un vienkārši, bet neatbild uz garākiem, sarežģītākiem jautājumiem, uz kuriem nevar atbildēt ar vienu vārdu.

Šādu stāvokli var pat kļūdaini uzskatīt par intelekta traucējumiem, ja asociāciju gausuma un to trūkuma dēļ cilvēks nespēj pastāstīt svarīgus un šķietami elementārus faktus: kad sākušies traucējumi, kādu ārstēšanu saņēmis, kāpēc nosūtīts u. tml.

Patoloģiski pamatīgas (sikumainas, iestrēgstošas) domāšanas gadījumos klientam ir grūtības pārslēgties no viena temata uz citu. Klientam viss ir vienādi svarīgs, piemēram, viņa stāstījumā ir daudz lieku, nesvarīgu un nevajadzīgu atkāpju, maznozīmīgu detaļu, traucējošu sīkumu. Pat uz vienkāršiem jautājumiem šādi klienti nespēj atbildēt īsi un skaidri, bez plaša un detalizēta izklāsta. Patoloģiski pamatīga domāšana var būt raksturīga epilepsijas, aterosklerozes un citu organisku centrālās nervu sistēmas (turpmāk – CNS) slimību gadījumos, kā arī klientiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem vai AST.

Juceklīga domāšana visbiežāk sastopama šizofrēnijas gadījumos. Klienta domāšanā un runā ir īpatnējas asociācijas, tās ir negaidītas un nesaprotamas. Viegļākos gadījumos klienta runā ir neparasta un negaidīta pāreja no tēmas uz tēmu, ar grūtībām var izprast pāreju no teikuma uz teikumu. Smagākos traucējumu gadījumos šādas pārejas vispār vairs nav, un runa šķiet pilnīgi nesakarīga.

DOMĀŠANAS TRAUCĒJUMI PĒC SATURA

Pārvērtēšanas (pārspilētas) idejas. Reāliem faktiem un notikumiem tiek piešķirta pārāk liela nozīme, un tie iegūst emocionāli izteikti nozīmīgu vietu apziņā. Cilvēks savām idejām pakārto savu rīcību. Pārvērtēšanas idejas iespējams korigēt ar loģiskiem pierādījumiem. Tās var korigēties arī paša pieredzes rezultātā. Piemēram, idejas, ka partneris ir neuzticīgs, ka kaimiņš vēlas ieriebt vai ka kolēģis ir cilvēkā iemīļies. Pārvērtēšanas idejas var būt raksturīgas arī cilvēkiem bez psihiskiem traucējumiem.

Murgu idejas. Psihiatrijā ar terminu “murgi” (lieto tikai daudzskaitlī) apzīmē noteiktu domāšanas patoloģijas formu, un atšķirībā no sadzīvē lietojamā apzīmējuma tiem nav nekādas saistības ar miegu un gulēšanu. Atšķirībā no formālajiem domāšanas traucējumiem murgu gadījumā patoloģija ir izteikto domu saturā.

Murgu idejas ir īstenībai un kulturālam kontekstam neatbilstošas aplamas domas, turklāt ar vispārnīgākajiem un motivētākajiem iebildumiem cilvēks par savu maldīšanos nav pārliecināms. Atsevišķas murgu idejas kopumā veido murgus. Svarīgāka par nepareizo domu izteikšanu ir paša cilvēka attieksme pret aplamajām domām, kura izpaužas viņa uzvedībā. Klients ne tikai nav pārliecināms par sava pieņēmuma aplamību un nepiekrīt argumentiem un loģiskiem pierādījumiem, bet arī atbilstoši savām murgu idejām aktīvi rīkojas. Šādu rīcību sauc par murgainu uzvedību. Piemēram, klients ar aizdomām, ka kaimiņi viņam

bojā produktus, gatavojot ēdienu neatiet no katla, pārtiku neglabā ledusskapī, bet pārnes uz istabu, sākumā atkārtoti maina dzīvokļa atslēgas, bet tad pieliek uzreiz vairākas atslēgas vai arī, izejot no mājas, visur nēsā sev līdzi somā produktus un drēbes. Klients, kuram šķiet, ka sociālās aprūpes centrā pret viņu slikti izturas, baidās iziet no savas istabas koridorā, izvairās no “aizdomīgiem” klientiem vai personāla. Klients, kuram liekas, ka viņu indē, atsakās no ēdiena, nelieto medikamentus vai arī tos tikai ieliek mutē, bet, radniekiem nemanot, zāles izspļauj.

Smagākos gadījumos murgu idejas ir ar neikdienišķu, grandiozu saturu. Piemēram, klientam var būt pārliecība, ka viņam ir jāglābj visi pasaules iedzīvotāji no ļaunuma vai ka par viņu cīnās augstāki, kosmiski spēki.

4) EMOCIJU UN GARASTĀVOKĻA TRAUCĒJUMI

Emocijas un jūtas ir viena no reālās pasaules atspoguļojuma formām. Tās, atšķirībā no uztveres, ataino nevis pašus priekšmetus, bet gan cilvēka attieksmi pret apkārtējiem priekšmetiem un parādībām, pret sajūtām savā ķermenī.

Pret lielāko vairumu apkārtējo priekšmetu un parādību mūsu attieksme ir vienaldzīga. Emocionāli diferencētāku attieksmi izraisa tikai tas, kas tieši vai netieši saistīts ar pašu cilvēku, ar cilvēka personisko vajadzību apmierināšanu vai arī ar sabiedrības prasībām. Šie ārējie iespaidi var būt patīkami vai nepatīkami, tādēļ atbilstīgi rodas gan pozitīvi emocionāli pārdzīvojumi (patika, apmierinātība, mīlestība, cieņa, prieks, uzticība, pieķeršanās), gan negatīvi emocionāli pārdzīvojumi (nepatika, neapmierinātība, dusmas, naid, nicināšana, aizdomas, skumjas, bailes). Visas šīs jūtas kopumā veido garstāvokli, ko reizēm tēlaini apzīmē par aritmētisko vidējo no visām saņemtajām emocijām. Saņemtie iespaidi visu laiku mainās, tādēļ arī garstāvoklis arvien nedaudz mainās.

Nomākts vai pacilāts garstāvoklis var būt arī veselīgiem cilvēkiem. Par garstāvokļa traucējumiem jādodomā gadījumos, ja garstāvoklis ir mainījies bez jebkāda ārēja iemesla vai ja pēc niecīga patīkama vai nepatīkama notikuma iestājas ilgstošas un dziļas garstāvokļa izmaiņas.

Hipotīmija ir nomākts garstāvoklis. Viegļāku traucējumu gadījumos cilvēks to izjūt kā visiem ļoti pazīstamu sliktu garstāvokli, smagākos – pārdzīvo stipras skumjas, bēdas, bezcerību un bezizejas izjūtu.

Hipertīmija ir pacilāts garstāvoklis. Cilvēks izjūt labu noskaņojumu, optimismu, prieku, jautrību, ir kustīgs un aktīvs.

Hipotīmija un hipertīmija bieži ir bipolāri afektīvo traucējumu un šizofrēnijas simptomi, bet šie simptomi var būt arī jebkuru citu psihisko traucējumu gadījumos.

Eiforija ir pacilāts garstāvoklis ar spontanitātes trūkumu un bezdarbīgumu, cilvēkam ir apmierinātība ar sevi un apkārtējiem. Visbiežāk eiforija ir raksturīgs simptoms alkohola, narkotisku un citu vielu un medikamentozas intoksikācijas, kā arī smagu organisku CNS slimību gadījumos.

Apātijas gadījumā cilvēks ir pilnīgi vienaldzīgs pret sevi, savu apkārtni, savu pašreizējo stāvokli un nākotni. Klienta garstāvoklis nav ne pacilāts, ne nomākts, viņš parasti ir mazkustīgs. Ja klienti paši sūdzas par apātiju un vienaldzību, tad viņu stāvoklis parasti atbilst hipotīmijai. Īstas apātijas gadījumos klients savu stāvokli neizjūt kā nepatīkamu, tādēļ arī par to nežēlojas. Apātiju visbiežāk var novērot smagu organisku CNS slimību gadījumos (piemēram, demences), kā arī ilgstošu un hroniski noritošu psihotisku traucējumu pacientiem (šizofrēnijas).

Disforija – nomākts garstāvoklis ar neapmierinātību, īgnumu un ļaunumu. Klienti ir ļoti viegli uzbudināmi. Niecīga iemesla dēļ, un pat bez iemesliem, klientam rodas tieksme kādu aizskart, apvainot un konfliktēt. Reizēm klienti izraisa skandālus, ir pat agresīvi. Disforiju visbiežāk novēro cilvēkiem, kas slimo ar epilepsiju, hronisku alkohola atkarību, smagiem personības traucējumiem, kā arī cilvēkiem, kas ir pārcietuši galvas smadzeņu traumas.

Emociju nenoturība (labilitāte) ir izteikts garstāvokļa mainīgums. Niecīgu iemeslu dēļ garstāvoklis

kļūst pacilāts vai nomākts, turklāt parasti neiestājas ne izteikta hipertīmija, ne dziļa depresija. Nedaudz pacilātā garastāvokļa epizodēs raksturīga sentimentalitāte, pārlieks jūtīgums, bet nedaudz nomāktā – raudulība.

5) UZMANĪBAS TRAUCĒJUMI

Uztveres procesā liela nozīme ir uzmanībai. Tā palīdz pievērsties izraudzītajam objektam, pat nelabvēlīgos apstākļos (troksnī, sliktā apgaismojumā) to pamanīt un izdalīt no citiem. Apzināta aktīva uzmanības koncentrēšana palīdz atbrīvoties no liekā un traucējošā, detalizēti un skaidri uztvert vajadzīgo materiālu. Ikdienas dzīvē uzmanību bez īpašas piepūles nepārtraukti saista dažādi fakti un notikumi, galvenokārt – neparastākie, negaidītākie (nepatvaļīgā uzmanība). Taču iespējams arī apzināti koncentrēties uz subjektīvi vajadzīgāko un svarīgāko materiālu (patvaļīgā uzmanība), kaut arī tas būtu ārēji neuzkrītošāks, neinteresantāks un pat grūti pamanāms.

Dažādu psihisku traucējumu gadījumā var rasties uzmanības nenoturība – cilvēks nespēj ilgstoši koncentrēties vienā virzienā. To parasti novēro cilvēkiem ar pacilātu garastāvokli (hipertīmiju), šie klienti kļūst nesistemātiski un pavirši. Klienta uzmanību gan saista daudzi fakti, tomēr nevienu no tiem viņš īsti līdz galam neiepapāst un neizpēta, jo viņa uzmanību jau saista nākamais fakts.

Cilvēkiem, kas slimo ar epilepsiju, kā arī cilvēkiem ar AST var būt raksturīgas grūtības pārslēgt uzmanību. Klienti var apnicīgi, bez īstas vajadzības un ar pārlietu pedantismu runāt un domāt par vienu un to pašu, nereti gluži nenozīmīgu sīkumu.

Organisku CNS slimību gadījumos, piemēram, sākoties demencei, sašaurinās uzmanības apjoms. Šajos gadījumos šoferiem kļūst grūtāk vienlaikus ievērot visas satiksmes regulēšanas zīmes un vadīt automašīnu, garīgā darba strādnieki novēro, ka viņi var koncentrēties tikai kādai darba daļai, bet ir grūti salīdzināt, analizēt un vērtēt darbu kopumā.

Nepatvaļīgās un patvaļīgās uzmanības traucējumi ne vienmēr pastāv vienlaikus. Dažreiz, piemēram, AST gadījumos, klients it kā uzmanību nekam nepievērš, taču vēlāk izrādās, ka viņš savā apkārtnē ievērojis daudzas sīkas un grūti pamanāmas apkārtējo notikumu nianses.

6) AKTIVITĀTES (GRIBAS UN KUSTĪBU) UN DZIŅU TRAUCĒJUMI

Griba ir apzināta, mērķtiecīga psihiska aktivitāte, kas vērsta uz šķēršļu pārvarēšanu, vēlmju un dziņu jeb tieksmju apmierināšanu vai kontrolēšanu.

Hipobūlija / abūlija ir pazemināta motivācija un spēja veikt dažādas darbības, kas cilvēkam būtu jāveic, lai varētu pilnvērtīgi funkcionēt. Hipobūlija var izpausties kā gulšņāšana, mazkustīgums, bezdarbība. Hipobūliju var pavadīt arī apātija, interešu un emociju trūkums. Smagākos gadījumos var būt pilnīgs gribas un aktivitātes trūkums, ko sauc par abūliju. Hipobūlija ir raksturīga depresijas gadījumā, kā arī tad, ja ir šizofrēnijas spektra traucējumi. Abūlija var būt arī smagu organisku traucējumu gadījumā.

Manierība ir gribas un kustību traucējumi, kas izpaužas ar divainām, nedabiskām manierēm, mīmiku, pozu, žestiem un izturēšanos, kam nav izskaidrojuma ar audzināšanu, izglītību, attieksmi pret apkārtējiem. Kustības arī neatspoguļo cilvēka emocionālo stāvokli vai konkrētā brīža situāciju. Piemēram, uzsvērtā krekšķināšana vai grimašu veidošana sarunas laikā, kariķētas, nedabīgas pozas. Cilvēks šīs kustības var kontrolēt ar gribu un pārtraukt uz kādu laiku, ja tiek lūgts to darīt.

Dziņu traucējumu gadījumā dziņas jeb tieksmes var būt **uzmācīgas** (tieksmes rodas pret paša gribu, cilvēks saprot, ka tās ir pārspīlētas vai situācijai neadekvātas, cenšas tās apspiest vai kontrolēt, piemēram, tieksme atkārtoti pārbaudīt, vai durvis ir aizslēgtas, kaut cilvēks pirms brīža pārliecinājies, ka tās ir aizslēgtas); **kompulsīvas** (ar prātu saprot, ka dziņas ir neloģiskas, tās rada trauksmi, taču cilvēks nespēj tās pārvarēt un veic rituālus, lai mazinātu dziņu radīto trauksmi, piemēram, desmitiem reižu pārbauda, vai durvis ir aizslēgtas, darot to īpašā, rituālā veidā, piemēram, noteiktu skaitu reižu nospiež durvju rokturi un pavelk durvis uz priekšu, atpakaļ, vēlreiz uz priekšu). Tieksmes var būt arī **impulsīvas**, grūti kontrolējamas.

Šādā gadījumā cilvēks rīkojas pēkšņi, bez apdoma.

7) ATMIŅAS TRAUCĒJUMI

Atmiņa ir viena no psihies īpašībām, tā ļauj atspoguļot pagātnes pieredzi. Vesels cilvēks notiekošo iegaumē, saglabā atmiņā un vēlāk spēj to reproducēt.

Viena no raksturīgākajām dažu psihisko slimību izpausmēm ir atmiņas traucējumi: visbiežāk – atmiņas pasliktināšanās vai arī kļūdainu, aplamu, izkropļotu atmiņas radītu priekšstatu rašanās.

Katram cilvēkam piemīt spēja atcerēties kādu notikumu daudzumu. Patoloģijas gadījumos šī spēja mainās – parasti pasliktinās (amnēzija), reti arī paasinās. Atmiņai paasinoties, to novēro pacilāta garastāvokļa stāvoklī vai arī dažiem cilvēkiem ar AST, cilvēks atceras vairāk un sīkāk nekā parasti.

Atmiņas pasliktināšanās reizēm var būt pārejoša (sekundāra), piemēram, liela noguruma (astēnijas) vai intensīvas psihiskas aiztures (depresijas) rezultātā. Primārs atmiņas zaudējums visbiežāk ir maz atgriezenisks vai pilnīgi neatgriezenisks un rodas organisku CNS izmaiņu rezultātā, piemēram, demences gadījumā.

Progresējoša amnēzija ir raksturīga vecuma demencei – kā izsaka pats termins, cilvēkam pakāpeniski no atmiņas izzūd arvien vairāk faktu. Atmiņas defekts pakāpeniski progresē pēc Ribo likuma – vispirms aizmirstas tie fakti, kas laika ziņā bijuši pēdējie, bet ilgāk prātā saglabājas jaunības notikumi. Tāpat no atmiņas vispirms zūd mazāk emocionālie notikumi, kuriem nav bijusi būtiska nozīme cilvēka dzīvē, bet ilgāk prātā paliek tas, ko cilvēks emocionāli dziļāk pārdzīvojis un kas cieši saistījies ar viņa personību.

Dziļas demences gadījumos cilvēks neorientējas situācijā un kļūdaini vērtē apkārtni (dezorientācija), piemēram, klients domā, ka atrodas nevis mājās, bet stacijā, sociālo darbinieku notur par paziņu vai radnieku.

8) KOGNITĪVIE TRAUCĒJUMI

Kognitīvie traucējumi ir izmaiņas cilvēka garīgajās spējās, kas ietekmē domāšanu, atmiņu, uztveri, valodu, uzmanību un citus intelektuālos procesus. Tie var būt vieglā formā, kad traucējumi parādās vienā vai vairākās kognitīvajās jomās – uzmanībā, reproducēšanā, valodā, atmiņā, uztverē, motorajās spējās vai sociālajā izziņā –, salīdzinot ar sagaidāmo funkcionēšanu konkrētajā vecumā un pirms slimības. Šādi traucējumi norāda uz indivīda iepriekšējā funkcionēšanas līmeņa pazemināšanos, taču nav pietiekami smagi, lai būtiski traucētu spēju veikt ikdienas darbības personīgajā, ģimenes, sociālajā, izglītības vai profesionālajā jomā.

Objektīvi pierādījumi par kognitīvajiem traucējumiem tiek iegūti ar standartizētu neiropsiholoģisku vai kognitīvu pārbaudi. Vieglie kognitīvie traucējumi nav saistīti ar normālu novecošanos, un to norise var būt statiska, progresējoša vai uzlabojama/izzūdoša, atkarībā no konkrētās etioloģijas un pieejamajām ārstēšanās iespējām. Dažos gadījumos viegli traucējumi var būt agrīna demences izpausme.

Kognitīvie traucējumi var būt saistīti ar iedzimtām nervu sistēmas slimībām, traumām, infekcijām vai citiem smadzeņu slimību procesiem, noteiktu vielu vai medikamentu lietošanu, uztura deficītu vai toksīnu iedarbību. Dažkārt to etioloģija ir neskaidra. Simptomus nevar labāk izskaidrot ar citiem neirokognitīviem traucējumiem, vielu intoksikāciju vai lietošanas pārtraukšanu, kā arī citiem psihiskiem traucējumiem, piemēram, UDHS, šizofrēniju, garastāvokļa traucējumiem, pēctraumatiskajiem stresa traucējumiem vai disociatīviem traucējumiem.

2.2.3. Nervu sistēmas attīstības traucējumi

Nervu sistēmas attīstības traucējumi ir traucējumu grupa, kas cilvēkam ir kopš dzimšanas. Šo traucējumu izpausmes var konstatēt jau agrīni, visbiežāk – jau pirmskolas vecumā. Nervu sistēmas

attīstības aizkavēšanās apgrūtina intelektuālu, akadēmisku, personīgu un sociālu funkcionēšanu. Attīstības traucējumu radītie ierobežojumi var variēt no vieglākām, specifiskām grūtībām (piemēram, socializēšanās grūtības, mācīšanās traucējumi) līdz pat dziļam, vispārējam intelektuālam deficītam (iepriekš sauktam par “dziļu garīgu atpalicību”).

Šajā metodiskajā materiālā tiek apskatīti trīs nervu sistēmas attīstības traucējumu veidi: intelektuālās attīstības traucējumi, AST un UDHS.

Intelektuālās attīstības traucējumi ir traucējumi, kas cilvēkam ir kopš dzimšanas, bet diagnosticēt tos izdodas galvenokārt līdz 18 gadu vecumam. Intelektuālās attīstības traucējumi ir pastāvīgs stāvoklis, kam raksturīgas pazeminātas intelektuālās spējas (pazemināta spēja kognitīvi funkcionēt, spriest, plānot, veidot loģiskas asociācijas, ikdienā izmantot iemācīto vai pieredzēto). Cilvēkam ir grūtības adaptēties dzīvei, funkcionēt ikdienā, komunicēt, būt neatkarīgam. Cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem kognitīvās spējas, valodas, motorās un sociālās iemaņas var būt pastāvīgi pazeminātā līmenī, tomēr atsevišķos gadījumos var arī novērot pakāpenisku uzlabošanos mācīšanās un rehabilitācijas procesā.

Intelektuālās attīstības traucējumu izcelsme ir saistīta ar nelabvēlīgu iedarbi uz individu pirms embrionālā perioda, embrionālajā periodā, kā arī līdz trīs gadu vecumam pēc dzimšanas. Intelektuālās attīstības traucējumus var izraisīt ģenētiski vai apkārtējās vides faktori, piemēram, infekcija, skābekļa trūkums smadzenēs grūtniecības laikā, kā arī smadzeņu vai galvas traumatisks bojājums. Cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem ir arī vairāki dotumi un prasmes. Lielākoties klienti ar intelektuālās attīstības traucējumiem var dzīvot neatkarīgu dzīvi, un viņiem nepieciešama palīdzība tikai dažās īpašās jomās, piemēram, daži cilvēki prot lasīt, bet grūtības sagādā skaitļi; citi prot skaitīt un rēķināt, bet viņiem ir grūtības ar laika noteikšanu u. tml. Intelektuālās attīstības traucējumu pakāpe tiek noteikta, ņemot vērā ne tikai intelektuālās attīstības spējas un sociālās adaptācijas prasmes, bet arī klienta pašreizējo funkcionēšanas līmeni.

Intelektuālās attīstības traucējumu klīniskās izpausmes ir palēnināta domāšana, pavājināta spēja spriest, analizēt un sintezēt, atšķirt svarīgo no mazsvarīgā un piemēroties neparastiem, neikdienišķiem apstākļiem. Var būt arī novājināta atmiņa, nepilnīgi attīstīta valoda, samazināts vārdu krājums.

Cilvēki ar intelektuālās attīstības traucējumiem bieži mēdz justies vientuļi, viņiem ir lielāks bezdarba un nabadzības risks. Viņiem var būt grūtāk sekot līdzi savam veselības stāvoklim, kā arī meklēt, saņemt un īstenot pilnvērtīgu ārstēšanu, ja rodas kādas saslimšanas. Nereti papildu šiem traucējumiem var attīstīties arī citi psihiski traucējumi, piemēram, trauksme, depresija vai pārmērīga, kaitīga psihoaktīvo vielu lietošana. Cilvēkiem, kuriem ir intelektuālās attīstības traucējumi, pastāv lielāks risks tikt izmantotiem – finansiāli, emocionāli, fiziski un seksuāli.



PSIHATRA IETEIKUMI DARBAM

- **Iegūstiet maksimāli daudz informācijas** par nervu sistēmas attīstības traucējumiem un konkrēto cilvēku, kam ir intelektuālās attīstības traucējumi! Atbalsta apjoms atšķirsies atkarībā no tā, vai klients dzīvo ģimenē, ir viens vai uzturas institūcijā. Profesionālās attiecības ar klientu, kuram ir intelektuālās attīstības traucējumi, var veidoties lēnām, pakāpeniski.
- **Komunicējiet pacietīgi!** Sarunājieties ar savu klientu, izmantojot vienkāršus, īsus teikumus, paredziet sarunai pietiekami daudz laika! Neuzdodiet vairākus jautājumus vienlaikus! Dažiem cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem vieglāk ir saprast informāciju, nekā pašiem to izsacīt.

- **Iespēju robežās veiciniet klienta neatkarību!** Aiciniet veikt dažādus sadzīves darbus kopā, nevis pilnībā uzņemties visus darbus paveikt klienta vietā! Sadaliet veicamos uzdevumus mazākos, vieglāk paveicamos uzdevumos! Mēģiniet izpētīt, kas varētu būt klienta resursi, spējas, talanti un kādā veidā tos varētu pielietot, lai veicinātu klienta neatkarību vai paaugstinātu pašapziņu!
- **Veiciniet klienta turpmāku apmācību iespēju robežās!** Lai gan klientam ir kognitīvi un sociālo spēju adaptācijas traucējumi, tas nenozīmē, ka klients nevar apgūt kādas prasmes. Veiciniet klienta turpmāku izglītošanu, socializēšanu un integrēšanu sabiedriskās aktivitātēs!

Autiskā spektra traucējumi (AST) ir attīstības traucējumi, kas noris mūža garumā un ietekmē cilvēka komunicēšanu un mijiedarbību ar citiem cilvēkiem un apkārtējo pasauli. Veidi, kā šie traucējumi ietekmē cilvēku, atšķiras individuāli, tie ir atkarīgi no vecuma un intelektuālās funkcijas.

Cilvēka smadzenēm sociālā informācija ir vissvarīgākā, tādēļ tā vienmēr tiek izvirzīta priekšplānā, bet pārējie vides stimuli un informācija tiek novirzīti otrajā plānā. Savukārt cilvēka ar AST smadzenes sociālos stimulus neuztver kā galvenos, kā svarīgākus par pārējiem, tādēļ visi apkārtējie stimuli tiek uztverti kā vienlīdz svarīgi. Cilvēkam ar AST ir izteikts sensors jutīgums – pastiprināta reakcija uz skaņu, gaismu, pieskārienu un garšu.

Cilvēks ar AST pasauli uztver atšķirīgi. Šiem traucējumiem ir raksturīga triāde:

1) sociālās mijiedarbības grūtības, kas izpaužas kā nespēja izprast sociālos “noteikumus”, uzvedību un attiecības, piemēram, cilvēks izskatās vienaldzīgs pret citiem cilvēkiem vai nesaprot, kā sagaidīt savu kārtu. Cilvēkam var būt vieglāk attiecināt sevi pret objektiem nekā cilvēkiem, viņš var dot priekšroku individuālām nodarbēm un paciest, ka viņiem pietuvojās tikai ļoti labi pazīstami cilvēki;

2) sociālās komunikācijas grūtības – cilvēkam grūti saprast un īstenot gan verbālo, gan neverbālo komunikāciju, piemēram, cilvēks pilnībā neizprot bieži sastopamo žestu, sejas izteiksmju vai balsis toņu nozīmi;

3) domāšanas rigiditāte un sociālās iztēles grūtības, kas var izpausties kā stingri kopētas, vairākkārt atkārtotas darbības. Cilvēkam ar AST var būt izteikti svarīgi turēties pie stingras rutīnas un ir grūti pamēģināt kaut ko jaunu, piemēram, pagatavot jaunu ēdienu vai uzvilkt citas drēbes. Viņam var būt grūti izprast, ko citi cilvēki grib darīt un kādēļ viņi to dara. Šiem cilvēkiem var būt padziļināta, detalizēta interese par kādu vienu specifisku lietu, piemēram, transporta maršrutiem, noteikta veida videospēlēm, astronomiju u. c.

Autiskais spektrs ir ļoti plašs. Smagākos AST gadījumos var būt arī intelektuālās attīstības traucējumi. Var būt arī klienti, kuri nerunā vispār. Sastopami arī augstas funkcionalitātes AST gadījumi. Lai gan cilvēkiem, kuriem tie piemīt, ir grūtības sociālās komunikācijas jomā, viņiem var būt izcili attīstītas kognitīvās spējas, un viņi var būt izcili speciālisti kādā pašus interesējošā jomā.⁹ Cilvēkiem ar AST var būt augsts trauksmes līmenis. Ja trauksmes līmenis ir ārkārtīgi augsts un grūti panesams, tas var rezultēties ar neatbilstošu uzvedību.

⁹ Materiāli adaptēti no: Latvijas Autisma apvienība. *Oficiālā mājaslapa*. Pieejams: <https://www.autisms.lv/> [aplūkots 27.11.2025.]



PSIHATRA IETEIKUMI DARBAM

- **Iegūstiet maksimāli daudz informācijas par AST un cilvēku, kuram šie traucējumi ir konstatēti!** Īpaši pievērsiet uzmanību tam, kuri sensorie stimuli klientu satrauc visvairāk, lai varat palīdzēt viņam tos mazināt! Piemēram, ja klients ir jutīgs pret skaņām, varat piedāvāt viņam lietot austiņas.
- **Esiet iecietīgi un nekoncentrējieties uz domāšanas un darbību rigiditāti!** Cilvēkam ar AST svarīga ir rutīna un paredzamība. Viņam var piedāvāt vizualizēt dienas izkārtojumu, ierakstot vai ar piktogrammām iezīmējot to viņa kalendārā.
- **Respektējiet specifiskās intereses!** Pat ja jums interese šķiet bezjēdzīga un nesaprotama (piemēram, specifiska interese varētu būt ilgstoši vērot, kā veļasmašīna mazgā veļu), cilvēkam ar AST tā var būt patiesa prieka un aizrautības avots. Ja specifiskām interesēm tiek veltīts tik daudz laika, ka tiek ignorētas ikdienas aktivitātes – ēšana, gulēšana, sevis sakopšana –, piedāvājiet klientam pievērsties viņa interesēm skaidri noteiktos laikos!
- **Komunicējot atcerieties, ka cilvēks ar AST dzirdēto uztver tieši!** Izvairieties no izteicieniem pārnestā nozīmē (piemēram, “maize ir sakaltusi un cieta kā akmens” vai “es būšu ātrs kā vējš”), jo tie var izraisīt trauksmi un pārpratumus! Runājiet mierīgā balsī un vienkāršos teikumos! Paskaidrojiet ar vārdiem, ko domājat, nevis paļaujieties, ka klients jūs sapratis pēc balss intonācijas, sejas izteiksmes vai ķermeņa valodas! Cilvēkam ar AST var būt nepieciešams ilgāks laiks, lai apstrādātu un saprastu informāciju sociālās situācijās. Pārliecinieties, ka klients jūs ir sapratis.
- **Acu kontakts cilvēkam ar AST var būt satraucošs.** Izturieties ar sapratni pret to, ka cilvēks, sarunājoties ar jums, skatās jums garām vai uz leju!

Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms (UDHS) izpaužas ar uzmanības koncentrēšanas grūtībām, paaugstinātu motoro aktivitāti un impulsivitāti. Cilvēks ar UDHS bieži vien nespēj uzmanīgi sekot uzdevumu detaļām, ilgstoši koncentrēties vai arī pieļauj neuzmanības kļūdas mācību procesā, darbā vai citās aktivitātēs (piemēram, nepamana detaļas, neizlasa uzdevumu līdz galam). Uzdevumi, kas prasa iedziļināšanos un ir garlaicīgi, šiem cilvēkiem ir ļoti apgrūtināši. Piemēram, viņi nespēj saglabāt koncentrēšanos sarunu vai lasīšanas laikā, nevar pabeigt istabas kārtošānu, aizmirst, kāds bijis darbības mērķis, un sāk darīt kaut ko citu. Tomēr viņi bieži vien var pietiekami labi koncentrēties jaunām, interesantām aktivitātēm, piemēram, interneta izmantošanai, datorspēlēm u. tml. Dažiem uzmanības nenoturība var rezultēties arī pārmērīgi perfekcionistiskā un rigidā uzvedībā, cilvēks var tērēt pārāk daudz laika uzdevumiem, kas prasa detalizāciju, lai izvairītos no kļūdām. Cilvēki ar UDHS bieži izvairās no darbiem un aktivitātēm, kas prasa garīgu piepūli (piemēram, atskaišu gatavošana, garu anketu aizpildīšana). Viņi atliek uzdevumus, atbildēšanu uz vēstulēm, dokumentu šķirošanu, rēķinu maksāšanu. Bieži rodas iespaids, ka cilvēki ar UDHS neklausās, kad ar viņiem runā (piemēram, izskatās, ka nedzird, ko viņam saka, pat, ja nav citu aktuālu kairinātāju). Šie cilvēki bieži zaudē priekšmetus un ikdienas aktivitātēs ir aizmārīgi (piemēram, aizmirst atbildēt uz zvaniem, ierasties uz tikšanos).

Cilvēks ar UDHS bieži nemierīgi kustina rokas un kājas, nevar būt mierā, dīdās, pamet savu vietu, kad viņam būtu jāsēž, piemēram, nevar nosēdēt vakariņu laikā, sarunas laikā, darba pārrunās. Tas var izpausties arī ar stipru iekšēju nemieru, īpaši gaidīšanas situācijās. Par šiem cilvēkiem reizēm saka, ka viņi vienmēr kaut kur skrien, nevar ilgi atrasties mierā, ir it kā “motora dzīti”. Partneri un dzīvesbiedri var sūdzēties par šo cilvēku neizturamo tempu, kas tiek sagaidīts arī no citiem. Cilvēki ar UDHS bieži nevietā runā pārāk daudz, nerēķinoties ar sociālo situāciju, nesagaidot savu kārtu. Pārmērīgs runātīgums un nespēja sagaidīt savu kārtu dialoga uzturēšanu un sadarbošanos var padarīt par grūtu uzdevumu. Cilvēks ar UDHS viegli var kļūt aizkaitināts.

UDHS simptomi ir ne tikai subjektīvi traucējoši, bet arī saistīti ar nopietnām sociālām un veselības sekām gan pašiem cilvēkiem ar UDHS, gan viņu ģimenēm, gan sabiedrībai kopumā. Cilvēkam ar nediagnosticētu un neārstētu UDHS var būt pazeminātas akadēmiskās sekmes, nespēja iekļauties darba tirgū, bieža darba maiņa, un ir arī negadījumi darbavietā. Cilvēkam ar UDHS var būt uzvedības traucējumi un problēmas ar likumu. Pieaugušajiem ar UDHS ir arī augstāks attiecību sairšanas un šķiršanās līmenis. Vecākus, kam ir UDHS, bieži skar efektīvas bērnu audzināšanas problēmas, kas tieši saistītas ar viņu pašu pieredzēto traucējumu simptomātiku. Pieaugušajiem ar UDHS ir lielāks risks attiecībā uz citu psihisku traucējumu attīstību, piemēram, trauksmes, garastāvokļa traucējumu un psihoaktīvu vielu lietošanu. Viņiem ir arī augstāks suicīda risks, īpaši gadījumos, ja UDHS kombinējas ar depresiju vai atkarību no kādām vielām. Pieaugušajiem ar UDHS var būt paaugstināts traumatisma risks un riskanta seksuāla uzvedība – vairāk seksuālu partneru un lielāks seksuāli transmisīvu saslimšanu un nevēlamas grūtniecības risks.¹⁰



PSIHATRA IETEIKUMI DARBAM

- **Iegūstiet maksimāli daudz informācijas par nervu sistēmas attīstības traucējumiem un konkrēto cilvēku, kam ir UDHS!**
- **Palīdziet strukturēt dienu, lai tajā būtu noteiktas ikdienas rutīnas aktivitātes!** Var palīdzēt izvietot atgādinājuma kartītes aktivitāšu veikšanai vai labi pārskatāmu sarakstu ar obligātajām rīta, pusdienlaika vai vakara aktivitātēm (piemēram, no plkst. 8.00 līdz 10.00 paēst brokastis, izdzert zāles, ieiet dušā, pārbaudīt pastkastīti u. tml.).
- **Komunicējot ar klientu, kuram ir UDHS, nodrošiniet acu kontaktu!** Ja jums jānodod svarīga informācija, varat arī pielikt roku pie pleca, tādējādi sarunā iesaistot vairākas maņas, kas var palīdzēt paturēt informāciju atmiņā!
- **Iedrošiniet klientu, kuram ir UDHS, nodarboties ar sportu!** Pietiekamas fiziskās aktivitātes var mazināt trauksmes un depresijas attīstības risku.
- **Palīdziet veicamos darbus sadalīt mazākos, reāli paveicamos!** Jūs varat kopā padomāt, kā šos darbus padarīt interesantākus.
- **Izskaidrojiet, nevis komandējiet!** Paskaidrojiet klientu par lietām, kas labi izdevušās!
- **Iesakiet ieviest gaidīšanas laiku!** Ja rodas kāda ideja vai vēlme, mudiniet klientu ieviest dažas stundas vai dienas ilgu gaidīšanas laiku, pirms savu ideju vai vēlmi īstenot.

2.2.4. Organiski psihiskie traucējumi

Demence ir smadzeņu darbības traucējumi, kas izraisa neatgriezeniskus, pieaugošus un daudzpusīgus kognitīvo jeb prāta funkciju traucējumus, ietver atmiņas, valodas, vizuāli telpiskās izjūtas, prasmju un spriešanas spēju izmaiņas. Šie traucējumi sākotnēji var būt viegli un kļūdaini interpretēti kā normāla novecošanās procesa izpausmes. Tomēr slimības progresēšanas gaitā kognitīvie traucējumi var kļūt izteiktāki un kombinēties ar dažādas intensitātes personības un uzvedības izmaiņām, būtiski ierobežojot vai apgrūtinot indivīda spēju veikt ikdienas aktivitātes salīdzinājumā ar iepriekšējo dzīves periodu.

Atbilstoši Pasaules Veselības Organizācijas Starptautiskā slimību klasifikatora 10. redakcijai (SSK-10)

¹⁰ Bezborodovs, N. (2016). *Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms pieaugušajiem*. Medicus Bonus, jūlija-augusta-septembra numurs, 58.–60. lpp.

(F00–F03) un Amerikas Psihiatru asociācijas izdotajiem psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatai (turpmāk – DSM-5) (*Major and Mild Neurocognitive Disorders*) kritērijiem, šie traucējumi tiek raksturoti kā klīniski nozīmīga kognitīvo funkciju pasliktināšanās vienā vai vairākās jomās (piemēram, komplekss uzmanības noturības un pārslēgšanas deficīts, izpildfunkciju traucējumi, mācīšanās un atmiņas zudums, valodas prasmes samazināšanās, uztveres-motorie traucējumi vai sociālās izziņas pasliktināšanās), kas ir objektīvi pierādāma ar standartizētu neiropsiholoģisku testēšanu vai citiem klīniskiem novērtēšanas līdzekļiem un kas būtiski traucē indivīda funkcionēšanu ikdienā.

Biežākie demences veidi ir Alcheimera slimība un asinsrites traucējumu izraisīta jeb vaskulāra demence, taču izcelsme var būt arī cita – piemēram, frontotemporālā deģenerācija, Lewy ķermeņu slimība, traumatisks smadzeņu bojājums vai ar cilvēka imūndeficīta vīrusu (HIV) saistīta kognitīvā disfunkcija.¹¹

Agrīnā demences stadijā cilvēks aizmirst tikko dzirdētu informāciju, uzdod vienus un tos pašus jautājumus, stāsta vienus un tos pašus stāstus, taču komunicējot nespēj atrast vārdus, pazaudē laika izjūtu, ar grūtībām veic sarežģītākus ikdienas uzdevumus, piemēram, ēdiena gatavošanu, dzīvokļa uzkopšanu, rīkošanos ar naudu. Klients ar kognitīviem traucējumiem var sākt zaudēt interesi par lietām, kas agrāk patikušas, viņš kļūst apātiskāks, vieglāk aizkaitināms un satraucams. Pakāpeniski, stāvoklim pasliktinoties, atmiņa vēl vairāk pavājinās, cilvēks sāk apmaldīties pazīstamās vietās, viņam nepieciešams palīdzēt pašaprūpē, ēdiena gatavošanā un savas vides sakopšanā, parādās personības traucējumi, cilvēks var sākt vākt nevajadzīgas mantas, kļūt aizdomīgs un sākt baidīties no apzagšanas.

Demences vēlīnā stadijā cilvēks kļūst pilnībā atkarīgs no aprūpētāja, neorientējas ne vietā, ne laikā, neizprot apkārt notiekošo, nespēj veikt iepriekš zināmas darbības, piemēram, ēšanu vai labierīcību izmantošanu, nespēj pilnvērtīgi lietot un saprast valodu, bieži vien nepazīst tuviniekus, var sākties uzvedības izmaiņas (piemēram, agresivitāte), personības traucējumi un uztveres traucējumi (redzes vai dzirdes halucinācijas).



PSIHIATRA IETEIKUMI DARBAM

- **Iegūstiet maksimāli daudz informācijas par psihiskajiem traucējumiem un konkrēto cilvēku, kam ir demence!**
- **Komunicējiet pacietīgi!** Sarunājieties ar savu klientu, izmantojot vienkāršus, īsus teikumus! Neuzdodiet vairākus jautājumus vienlaikus! Izmantojiet draudzīgu balss toni! Esiet pacietīgi, gaidot atbildi! Cilvēkam, kuram ir demence, var būt nepieciešams ilgāks laiks, lai apstrādātu dzirdēto informāciju un sagatavotu atbildi. Nepieciešamības gadījumā uzdodiet jautājumu atkārtoti, jo, iespējams, klients ar demenci nav spējis apstrādāt informāciju!
- **Maksimāli ilgi saglabājiet klienta neatkarību!** Pavājinoties psihes funkcijām, cilvēks ar demenci kļūst arvien atkarīgāks no citiem. Pēc iespējas ilgāk mēģiniet palīdzēt uzturēt un atbalstīt cilvēka veselās un funkcionēt spējīgās psihes daļas! Jūs varat motivēt darīt dažādus sadzīves darbus kopā, nevis pilnībā uzņemties visus darbus paveikt klienta vietā. Sadaliet veicamos uzdevumus mazākos, vieglāk paveicamos uzdevumos! Iespēju robežās ļaujiet cilvēkam ar demenci sadzīves darbus darīt pašam – nedariet viņa vietā, ja redzat, ka viņš pats tos var paveikt!

¹¹ Sagatavots pēc World Health Organization. (1990). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Tenth Revision (ICD-10). Geneva: World Health Organization.

- **Atvieglojiet sadzīvi!** Nepieciešams padarīt vidi ap klientu pēc iespējas vienkāršāku un ierastu. Atbrīvojieties no visa liekā! Maziniet apkārtējos kairinātājus, piemēram, troksni! Nodrošiniet telpās pietiekamu apgaismojumu! Izlieciet norādes, kas palīdz orientēties laikā un telpā! Novietojiet pie sienas kalendāru ar pietiekami lieliem cipariem un burtiem! Jūs varat arī izvietot atgādinājuma zīmītes ar attēliem. Nodrošiniet viegli uzvelkamu un novelkamu apģērbu, jo reizēm pogas un rāvējslēdzēji cilvēkam, kuram ir demence, var šķist sarežģīti lietojami! Raugieties, lai vannasistabā grīda nebūtu slidena! Atvieglojiet zāļu ieņemšanu, sadalot medikamentu kombināciju katrai zāļu ieņemšanas reizei atsevišķos trauciņos, uz kuriem ir skaidri salasāmas norādes! Jūs varat ierīkot vai noorganizēt atgādinājumus par zāļu ieņemšanu, piemēram, skaņas signāla veidā.
- **Maziniet kritienu risku!** Padariet vidi vienkāršāku, nodrošiniet stabilus apavus vai istabas čības bez zolēm, lai mazinātu aizķeršanās risku un pašlidēšanu!
- **Nodrošiniet klienta organisma funkcijas pietiekami labā līmenī** – rūpējieties, lai būtu atbilstošas brilles, dzirdes palīgīdzekļi, sekojiet līdz asiņsspiediena un pulsa rādītājiem! Raugieties, lai cilvēks pietiekamā daudzumā uzņem šķidrumu! Ja cilvēks ir gulošs, jārūpējas par izgulējumu profilaksi.
- **Reaģējiet uz emocionālā stāvokļa un uzvedības izmaiņām!** Reizēm cilvēkam, kuram ir demence, attīstās arī depresija, bezmiegs, nepamatomas, aplamas un nekoriģējamas idejas, halucinācijas, nemierīga vai agresīva uzvedība, var pat parādīties epilepsijas lēkmes. Ja pamanāt pārmaiņas klienta uzvedībā un emocijās, noteikti nodrošiniet vizīti pie ārsta!
- **Esiet aktīvs medicīniskās aprūpes organizēšanā!** Cilvēkam, kuram ir demence, var būt grūti veikt daudzpakāpju uzdevumus, piemēram, izvēlēties speciālistu, pieteikt vizīti, plānot ceļu pie ārsta, izstāstīt ārstam visas sūdzības un īstenot visas ārsta rekomendācijas. Iesaistieties klienta medicīniskās aprūpes organizēšanā!

Par **organiskām psihozēm** vai psihotiskiem traucējumiem sauc smadzeņu bojājumu, cerebrālas slimības vai citu iemeslu dēļ radušos traucējumus, kuru rezultātā veidojas halucinatori pārdzīvojumi vai murgu idejas. Izšķir organisko halucinozi un organiskus murgus. Organiskā halucinoze ir traucējumi, kam raksturīgas patstāvīgas vai atkārtotas – parasti redzes vai dzirdes – halucinācijas, kas rodas cilvēkam ar skaidru apziņu. Savukārt pie organiskiem murgiem pieder traucējumi, kam raksturīgas patstāvīgas vai atkārtotas īstenībai neatbilstošas idejas, piemēram, kaitēšanas murgi, kas parasti tiek vērsti pret piederīgajiem un ir sadzīviska rakstura, izsekošanas un vajāšanas murgi, indēšanas murgi vai citi murgi.

Epilepsija ir hroniska slimība, kurai raksturīgi lēkmjveidīgi (paroksismāli) stāvokļi, kas visbiežāk izpaužas ar krampju lēkmēm. Klīniski galvenās pazīmes ir epilepsijas lēkmes, kas ir pēkšņas, gribai nepakļautas pārmaiņas motorikā, sajūtās un apziņas stāvoklī. Pastāv epileptiskais sindroms. Aizdomas par epilepsiju var apstiprināties tikai pēc vairākām un atkārtotām lēkmēm. Ja epilepsijas lēkmes ir biežas un smagas, cilvēkam var mainīties personības struktūra. Cilvēki ar epilepsiju var kļūt sīkumaini, egocentriski, nespēj atšķirt svarīgo no maznozīmīgām detaļām, stāstījumos var kļūt izteikti sīkumaini, detalizēti, iestrēgstoši. Ja epilepsijas lēkmes ir smagas, biežas vai netiek kontrolētas, cilvēkam var attīstīties demence.

Neatliekamā palīdzība epileptisku lēkmju gadījumā:

- jāatbrīvo pacients no cieša apģērba, īpaši ap kaklu, lai cilvēkam būtu vieglāk elpot;
- zem galvas jāpaliek kaut kas mīksts, lai mazinātu traumas gūšanas risku;
- jāpārlicinās, vai tuvumā nav bīstamu, asu priekšmetu;
- lēkmes laikā **neko nedrīkst likt pacienta mutē**, jo viņš var ievainot sevi vai aizrīties;
- pacientu nedrīkst turēt;
- pēc lēkmes jāattīra elpceļi un jākontrolē asinsspiediens, kamēr pacients pilnīgi atgūst samaņu;
- ja krampju lēkmes ir atkārtotas vai nepārtrauktas un pacients starp lēkmēm neatgūst samaņu, jāmeklē neatliekamā medicīniskā palīdzība.

2.2.5. Šizofrēnijas spektra traucējumi

Šizofrēnija un citi šizofrēniska spektra traucējumi ir klīniski daudzveidīgi, multifaktoriālas etioloģijas psihiski traucējumi (slimību grupa), kas saskaņā ar SSK-10¹² (F20–F29) un DSM-5 (šizofrēniskā spektra traucējumi un citi psihotiski traucējumi)¹³ ietver virkni sindromu ar raksturīgām pozitīvajām, negatīvajām un kognitīvajām izpausmēm. Biežākie simptomi ir psihotiski simptomi – īstenībai neatbilstošas idejas (maldinājumi), halucinācijas, apgrūtināta realitātes uztvere, samazināta spēja just emocijas, vienaldzības sajūta, apātija, atmiņas un koncentrēšanās spēju traucējumi, grūtības veidot loģiskas asociācijas. Šizofrēniskā spektra traucējumi skar apmēram 0,3% pasaules populācijas.¹⁴

Slimībai raksturīga epizodiska gaita ar psihiskā stāvokļa paasinājumiem (psihozes epizodēm), kam seko remisija jeb atlabšana. Daļai pacientu ir tikai viena epizode dzīves laikā, taču bieži tās atkārtojas, un daļā gadījumu slimība noris hroniski. Atsevišķos gadījumos iespējama akūta un pārejoša psihoze ar pilnīgu atlabšanu.

Ārstēšanas mērķis ir simptomu mazināšana, recidīvu novēršana un funkcionēšanas uzlabošana. Saskaņā ar Lielbritānijas Nacionālā veselības un aprūpes kvalitātes institūta (angļu val. – *National Institute for Health and Care Excellence, NICE*)¹⁵ un Pasaules Veselības Organizācijas rekomendācijām, ārstēšanā tiek izmantota kombinēta pieeja – antipsihotiskie medikamenti un psihosociālās intervences. Psihosociālās metodes ietver pacienta “veselo pazīmju” stiprināšanu, sociālās izolācijas mazināšanu, pašvērtējuma uzlabošanu, komunikācijas un ikdienas prasmju attīstīšanu, paasinājuma pazīmju atpazīšanu un izglītošanu par palīdzības iespējām.

Agrīnas intervences programma (turpmāk – AIP) ir mērķtiecīga, multidisciplināra pieeja pacientiem ar pirmreizēju šizofrēniskā spektra psihozes epizodi (šizofrēnija (F20), Akūti un transitori psihozi traucējumi (F23) pēc SSK-10), kas īsteno sekundāro profilaksi un stabilizē pacienta psihisko veselību. Tā ir visefektīvākais veids, kā samazināt recidīva risku un novērst slimības pāreju hroniskā formā.¹⁶

¹² World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.

¹³ American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed.

¹⁴ World Health Organization. (2025). *Schizophrenia: Fact Sheet*. Pieejams: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> [aplūkots 27.11.2025.]

¹⁵ National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (CG178)*. London: NICE. Pieejams: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178> [aplūkots 27.11.2025.]

¹⁶ McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148–156. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18836582/> [aplūkots 27.11.2025.]

Programmas ilgums ir 6 mēneši, tā sākas 2–3 nedēļu laikā pēc izrakstīšanās no stacionāra. AIP ietvaros multiprofesionāla komanda nodrošina:

- medikamentozo terapiju un tās efektivitātes uzraudzību;
- psihosociālās intervences;
- psihoemocionālo atbalstu pacientam un ģimenei;
- motivāciju regulāri lietot medikamentus;
- prasmju attīstīšanu izglītības, nodarbinātības un ikdienas dzīves jomās;
- paasinājuma pazīmju agrīnu atpazīšanu.

Komandas sastāvs Nacionālajā psihiskās veselības centrā¹⁷: psihiatrs, aprūpes koordinators, māsa, klīniskais psihologs, mūzikas terapeits, sociālais darbinieks un komandas vadītājs. Katrs speciālists ir atbildīgs par savu kompetences jomu, bet sadarbojas kopīga mērķa – pacienta funkcionēšanas atjaunošanas – labā.

Psihiski traucējumi ir arī **hroniski murgi** (īstenībai neatbilstošas idejas). Personām ar hroniskiem murgiem visbiežāk tie ir monotematiski, tomēr atsevišķos gadījumos var būt aptvertas vairākas tematikas, kas ir īstenībai neatbilstošas. Šie traucējumi bieži ir ilgstoši un dažreiz turpinās visu dzīvi. Monotematisko vai politematisko murgu saturs ir ļoti mainīgs. Personai ar hroniskiem murgiem īstenībai neatbilstošas idejas parasti tiek sistematizētas (galvā ir izveidojies noteikts murgains stāsts vai scenārijs, kam cilvēks cieši tic) un attīstās bez iekšējām pretrunām (cilvēkam nav nekādu šaubu par to, ka viņa pārliecība ir patiesa).



PSIHIATRA IETEIKUMI DARBAM

- **Nestrīdieties, mēģiniet saglabāt mieru sarunās par psihotiskajiem pārdzīvojumiem**, taču iztaujājiet par murgu ideju vai halucināciju saturu un centieties noskaidrot cilvēka nolūkus saistībā ar šīm idejām vai halucinācijām! Pārējā laikā centieties novērst cilvēka ar psihotiskiem traucējumiem uzmanību no šīm idejām, uzsākot sarunu par citām, neitrālākām tēmām!
- **Iegūstiet maksimāli daudz informācijas par psihiskajiem traucējumiem un konkrēto cilvēku, kuram ir šizofrēniska spektra traucējumi!**
- **Izglītojiet pašu cilvēku par psihiskajiem traucējumiem, riska faktoriem un paasinājumu pazīmēm, ārstēšanas iespējām un nepieciešamību, sociālo kontaktu nozīmību!** Izglītošana par psihisko veselību ir svarīgs aspekts, lai mazinātu paasinājuma risku, uzlabotu ārstēšanas procesu un palīdzētu labāk tikt galā ar ikdienas stresa situācijām un dažādiem sarežģījumiem.
- **Pamaniet psihiskā stāvokļa paasinājuma pirmās pazīmes!** Sākoties paasinājumam, sākotnēji var parādīties dažādi nespecifiski simptomi: nervozitāte, bezmiegs, raudulīgums, aizkaitināmība, naidīgums, saasināta apkārtējo situāciju uztvere, pārlieka aizraušanās ar kādu ideju vai nodarbi, izolēšanās no apkārtējiem, kā arī personīgās higiēnas neievērošana un norobežošanās. Pamanot pirmās paasinājuma pazīmes, svarīgi mudināt cilvēku laikus vērsties pie ārsta.
- **Nodrošiniet ārstēšanu!** Nozīmīga ir pastāvīga ārstēšana. Jāveicina regulāras vizītes pie paša cilvēka izvēlēta ambulatorā psihiatra. Ja nepieciešams, palīdziet ar medikamentu sagādāšanu un regulāru to lietošanu ikdienā!

¹⁷ Latvijā AIP ir pieejama visās valsts psihiatriskajās slimnīcās bez maksas pacientiem ar diagnosticētu šizofrēnijas spektra traucējumu pirmo epizodi pēdējo trīs gadu laikā, ar psihiatra, kurš ir līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu, nosūtījumu (U27 forma).

- **Palīdziet strukturēt dienu un piekopt veselīgu dzīvesveidu!** Cilvēkiem, kuriem ir šizofrēniska spektra traucējumi, ir lielāks risks slimot arī ar sirds un asinsvadu slimībām, ciest no aptaukošanās, lietot psihoaktīvās vielas. Tādēļ vēlams ievērot veselīga dzīvesveida principus: nodrošināt veselīgu uzturu, regulāras fiziskās aktivitātes, mazināt stresu, strukturēt dienas režīmu u. tml. Cilvēkiem ar šizofrēniska spektra traucējumiem ir grūtāk uzsākt kādu daudzpakāpju uzdevumu, tādēļ vēlams palīdzība izplānot, organizēt un piedalīties, lai sasniegtu paša cilvēka izvirzītos mērķus. Būtiski ir palīdzēt cilvēkam izveidot savu dienas režīmu. Ja cilvēka izvēlētie mērķi ir grūti realizējami vai pat nesasniedzami, vēlams skaidrot un dalīties savās pārdomās par šķēršļiem, kas, pēc jūsu domām, liedz sasniegt mērķi, un palīdzēt izvirzīt citus uzdevumus.
- **Izvairieties no padziļinātām diskusijām par īstenībai neatbilstošām (murgu) idejām un halucinācijām!** Cilvēkam ar šizofrēniska spektra traucējumiem īstenībai neatbilstošas idejas un halucinācijas šķiet reālas. Nestrīdieties, mēģiniet saglabāt mieru sarunās par psihotiskajiem pārdzīvojumiem, taču iztaujājiet par murgu ideju vai halucināciju saturu un centieties noskaidrot cilvēka nolūkus saistībā ar šīm idejām vai halucinācijām! Pārējā laikā centieties novērst cilvēka ar psihotiskiem traucējumiem uzmanību no šīm idejām, uzsākot sarunu par citām, neitrālākām tēmām!
- **Stipriniet un veiciniet prasmes un spējas,** uzticiet cilvēkam ar šizofrēniska spektra traucējumiem paveikt darbus, kas viņam labi padodas vai patīk, iedrošiniet pievērsties vaļaspriekiem, uzturēties citu cilvēku sabiedrībā!
- **Ievērojiet cilvēka privātumu, personīgās robežas, respektējiet tās!**
- **Nebaidieties jautāt cilvēkam par pašnāvības domām vai nolūkiem!** Atsevišķos gadījumos cilvēkam var pievienoties depresijas simptomātika, kura var izpausties kā domas par pašnāvību vai pašnāvības mēģinājums. Pievērsiet uzmanību depresijas pazīmēm un nodrošiniet, lai cilvēks laikus dodas pie ārsta, un mudiniet veidot ciešas un uz uzticību balstītas attiecības!
- **Pasargājiet sevi!** Vairumā gadījumu cilvēks ar šizofrēniska spektra traucējumiem nav vardarbīgs, agresīvs vai bīstams apkārtējiem. Tomēr atsevišķās paasinājumu epizodēs murgu ideju vai halucināciju iespaidā trauksme vai bailes var būt tik izteiktas, ka cilvēks izjūt nepieciešamību "aizstāvēties". Nestrīdieties, neprovocējiet, dodiet iespēju klientam izteikties par saviem pārdzīvojumiem, izsakiat sapratni un mēģiniet rast ar viņu kompromisu! Izteikti akūtas un bīstamas situācijas gadījumā izsauciet neatliekamo medicīnisko palīdzību!
- **Praktiskajā darbā ieteicams izmantot** – "Atlabšanas ratu"¹⁸. Tas ir praktisks un strukturēts novērtēšanas instruments, kas paredzēts personām ar psihiskās veselības traucējumiem, lai palīdzētu noteikt personas individuālos atlabšanas mērķus, izstrādāt personalizētu ārstēšanas vai atlabšanas plānu un izvēlēties atbilstošas iekļaušanās metodes šo mērķu sasniegšanai. Tas balstās uz holistisku pieeju, kurā tiek ņemti vērā gan resursi, gan riska faktori, kas ietekmē psihisko veselību, un aptver trīs galvenās atlabšanas dimensijas: simptomu mazināšanu, funkcionēšanas uzlabošanu un identitātes atgūšanu. Novērtējamās dzīves sfēras ietver: optimistisku un cerīgu nākotni, spēju pārvarēt stresu un traumatisko pieredzi, attiecības un iekļaušanos sociālajā vidē, dzīves apstākļus, atbildības uzņemšanos, nodarbinātību vai izglītību, patstāvīgas dzīves prasmes, identitāti un pašpārliecību, psihisko simptomu kontroli un fizisko veselību, kā arī dzīves jēgas izjūtu. Praktiskai pielietošanai ieteicams veikt novērtējumu, katrai sfērai piešķirot vērtējumu skalā no 1 (vismazāk apmierina) līdz 10 (pilnībā apmierina), un atkārtot šo izvērtējamu ik pēc sešiem mēnešiem, lai sekotu progresam un pielāgotu atbalsta stratēģijas.

¹⁸ Štrkalj-Ivezić, S., & Radić, K. (2022). *Kormilo oporavka kao alat za izradu individualnog plana oporavka u svakodnevnoj psihijatrijskoj praksi*. *Socijalna psihijatrija*, 50(4), 436–449. Pieejams: https://www.socijalnapsihijatrija.com/media/1380/436-strkaljivezic_radic.pdf [aplūkots 11.12.2025.]

2.2.6. Garastāvokļa traucējumi

Depresija ir saslimšana, kas ietekmē emocijas, domas, uzvedību un fiziskās ķermeņa reakcijas. Depresija traucē pilnvērtīgi veikt ikdienas aktivitātes, var pat parādīties domas, ka nav vērts dzīvot. Statistikas dati liecina par depresijas izplatību pasaulē (no 1,5 % līdz 19 %). Vidēji pasaulē dzīves laikā depresiju diagnosticē ap 9 % iedzīvotāju. Biežāk depresija sākas 20–25 gadu vecumā.

Depresijas biežākie simptomi ir pastāvīgi nomākts garastāvoklis, interešu trūkums, vienaldzības sajūta, nespēks un enerģijas izsīkums. Cilvēks, kurš cieš no depresijas, nespēj priecāties par lietām un notikumiem, kas agrāk sagādāja prieku. Var parādīties nepamatota vainas izjūta, nākotnes redzējums var kļūt drūms un pesimistisks, ir grūtības koncentrēties un pieņemt lēmumus. Depresijas simptomi ir arī traucēts miegs, mainījusies apetīte, kustību un domāšanas lēnīgums, sasprindzinājums, neizskaidrojamas fiziskas sūdzības, piemēram, par galvas vai muguras sāpēm. Nopietnākos gadījumos var parādīties domas par pašnāvību.

Depresiju pēc klīniskās izteiktības iedala šādi:

- 1) **viegla depresijas epizode** – galvenokārt depresijai raksturīgā simptomātika ir viegli izteikta;
- 2) **vidēji smaga (mērena) depresijas epizode** – klientam ir vairāki depresijai raksturīgie simptomi, un vismaz viens no tiem ir izteikti smags, ir grūtības darbā, traucēta sociālā funkcionēšana un grūtības tikt galā ar ikdienas pienākumiem;
- 3) **smaga depresijas epizode** – spilgti izteikta depresijai raksturīgo simptomu lielākā daļa, un depresijas klīnisko ainu smagāku padara asa trauksme vai apātija, klients nespēj strādāt, veikt vienkāršus ikdienas pienākumus;
- 4) **smaga depresijas epizode ar psihotiskiem simptomiem** – klīnisko ainu papildina dažādas murgu idejas (īstenībai neatbilstošas), kas var būt, piemēram, ideja par savu grēcīgumu, vainu lielos katastrofālos pasaules notikumos, ideja par savu iekšējo orgānu bojāeju, savu iznīcību vai katastrofālu nabadzību (kas neatbilst īstenībai), atsevišķos gadījumos var pievienoties ļauna, izsmejoša satura dzirdes halucinācijas vai ožas halucinācijas.



PSIHIATRA IETEIKUMI DARBAM

- **Iegūstiet maksimāli daudz informācijas par šo saslimšanu, mudiniet ar informāciju iepazīties arī klientu!**
- **Pamāniet saslimšanas pirmās pazīmes!** Reizēm apkārtējie var saskatīt depresijai raksturīgās pazīmes pat ātrāk, nekā tās pamana pati persona. Pazīmes, kurām nepieciešams pievērst uzmanību un laikus sniegt palīdzību, ir šādas:
 - klients kļuvis vienaldzīgāks pret ikdienas aktivitātēm, kuras iepriekš pašu interesēja un aizrāva;
 - klients kļuvis viegli aizkaitināms vai satraucams;
 - klienta garastāvoklis kļuvis mainīgs, biežāk novērojams, ka viņš ir bēdīgs, noskumis vai nomākts;
 - klients sūdzas par nogurumu un enerģijas trūkumu;
 - klients ir izklaidīgāks, aizmāršīgāks, neizlēmīgāks nekā ierasts;
 - klients biežāk smēķē, lieto alkoholu un pretsāpju medikamentus;
 - klients sūdzas par bezcerības, bezjēdzības sajūtu;
 - klients sūdzas par miega vai apetītes traucējumiem.

- **Runājiet ar klientu par to, kādas depresijas pazīmes un sarežģījumus esat pamanījis, un veiciniet risinājuma meklēšanu!**
- **Nebaidieties runāt par pašnāvības domām!** Saruna par pašnāvības domām jāuzsāk taktiski un saudzīgi. Saruna par šo tēmu neprovocēs cilvēku izdarīt pašnāvību, bet šī ir iespēja sniegt atbalstu, dot cerību un nodrošināt palīdzību.
- **Atpazīstiet pašnāvības riska pazīmes!** Cilvēks, kurš apsver pašnāvības izdarīšanu, vienmēr apzināti vai neapzināti "signalizē" par to apkārtējiem. Raksturīga brīdinājuma pazīme ir bezcerības izjūta un izteikumi par bezcerību. Cilvēks, kuram ir bezcerības izjūta, var runāt par to, ka "nespēj to vairs izturēt", "nekam vairs nav jēgas", "situācija ir bezcerīga", vai lietot līdzīgas frāzes.
- **Citas nozīmīgas brīdinājuma pazīmes ir:**
 - cilvēks uzvedas tā, it kā atvadītos;
 - cilvēks runā par nāvi, vēlmi mirt vai par savām pašnāvības domām, viņš var lietot tādas izteicienus kā "tad jau labāk nedzīvot", "gribētu aizmigt un rīt nepamosties", "es varētu saslimt ar kādu nāvējošu slimību un nomirt" u. tml.;
 - cilvēks neraksturīgi sev sāk sakārtot dažādus juridiskus vai sadzīves jautājumus;
 - cilvēks norobežojas no citiem;
 - cilvēkam novērojama pārmērīgi riskanta uzvedība (pārāk ātra braukšana ar automobili, alkohola pastiprināta lietošana u. c.);
 - pēkšņa, strauja laimes un miera izjūta pēc smaga nomāktības perioda var nozīmēt, ka cilvēks pieņēmis lēmumu atstāt šo dzīvi.
- **Palīdziet saņemt ārstēšanu un iesakiet vizīti pie ārsta, ja novērojat veselības stāvokļa pasliktināšanos!** Ja nepieciešams, palīdziet ar medikamentu sagādāšanu un lietošanu! Atcerieties un nepieciešamības gadījumā atgādiniet cilvēkam, ka atsevišķu medikamentu iedarbība sākas pēc noteikta laika (divām līdz četrām nedēļām)! Jautājiet arī pašam cilvēkam, cik daudz un kādu palīdzību viņš vēlas saņemt un pieņemt!
- **Nosakiet reālistiskus mērķus!** Esiet pacietīgs un iecietīgs pret klientu mērķu sasniegšanas procesā, jo viņa enerģija, interese par apkārt notiekošo un dzīvesprieks var būt ļoti pazemināts traucējumu dēļ. Depresijas ārstēšanas sākotnējā posmā cilvēkam var būt grūti strādāt, veikt sadzīves pienākumus, rūpēties par sevi.
- **Mudiniet strukturēt dienu!** Izteiktā nespēka un apātijas dēļ, vienaldzības pret sevi un citiem dēļ var rasties grūtības paveikt pat visvienkāršākos sevis sakopšanas darbus. Tomēr svarīgi katru dienu īstenot vismaz vienu vai dažas aktivitātes, kas veicina labsajūtu un atlabšanu. Jūs varat palīdzēt izveidot cilvēkam ar depresiju piemērotāko aktivitāšu sarakstu vai ļaut to izdarīt viņam pašam. Pamazām ieviestās aktivitātes un darbošanās palielinās enerģiju un emociju daudzumu.
- **Depresijas slimniekam ierosiniet apmeklēt pašpalīdzības atbalsta grupu!**

Bipolāri afektīvi traucējumi izpaužas ar mānijas (vai hipomānijas) epizodēm, kas mijas ar depresiju. Mānijas epizodēm raksturīgās pazīmes ir šādas: eiforisks, pacilāts garastāvoklis, pastiprināta, bet bieži vien neproduktīva rosināšanās, viegla aizkaitināmība, bezmiegs, nesaprātīga rīcība, darbojoties ar finansēm vai īpašumu, vieglprātīga iesaistīšanās attiecībās, arī intīmās attiecībās, savu traucējumu noliegšana, to "neredzēšana".

Mānijas epizodes mijas ar depresijas epizodēm, kas izpaužas ar nomāktu garastāvokli, interešu trūkumu, nespēku, vainas sajūtu, sliktu miegu naktī un sliktu apetīti, smagākos gadījumos – ar pašnāvības domām vai tās mēģinājumu.



PSIHIATRA IETEIKUMI DARBAM

- **Iegūstiet maksimāli daudz informācijas par bipolāri afektīviem traucējumiem un dalieties informācijā ar personu, kuru tie skar!**
- **Atpazīstiet pirmās brīdinošās pazīmes un mudiniet iespējami ātrāk vērsties pie ārsta psihiatra, lai uzsāktu ārstēšanos vai to koriģētu!** Lielākoties mānijas epizode sākas pakāpeniski. Bieži pirmā mānijas pazīme ir samazināta vajadzība pēc miega, un cilvēks pat pēc negulētas nakts nejutas noguris. Mānijai sākoties, cilvēks kļūst ļoti runīgs, priecīgs, pārspīlēti optimistisks, nepacietīgs un neiecietīgs, izteikti pašpārliecināts. Mēģiniet ierosināt doties pie ārsta saistībā ar kādu no cilvēkam saprotamiem simptomiem – bezmiegu, trauksmi, aizkaitināmību!
- **Sarunājieties ar cilvēku, kuram ir mānijas epizode, īsi, strukturēti, izmantojot loģiskus argumentus, lieki nekonfrontējot un nestrīdoties!**
- **Rūpējieties par savu drošību mānijas epizodes laikā!** Cilvēkam mānijas epizodes laikā var būt raksturīga, piemēram, pārmērīga, neapdomīga naudas tērēšana, pārgalvīga braukšana ar automobili. Ja cilvēks mānijas epizodes laikā kļūst agresīvs vai viņa uzvedību vada halucinācijas vai murgu idejas, sauciet neatliekamo medicīnisko palīdzību vai policiju!
- **Atbalstiet cilvēku ārstēšanas procesā!** Mudiniet cilvēku, kurš slimo ar bipolāri afektīviem traucējumiem, ievērot dienas režīmu, atvēlēt pietiekamu laiku nakts miegam, mazināt stresu ikdienā! Mudiniet regulāri lietot medikamentus un regulāri apmeklēt ārstu psihiatru!

2.2.7. Ar stresu saistīti traucējumi, trauksmes spektra traucējumi

Pie **trauksmes** spektra traucējumiem pieder dažādi traucējumi, kuru pamatā vai dominējošais simptoms ir trauksme. Tomēr jāuzsver, ka trauksmes simptomi var izpausties arī daudzu citu psihisku traucējumu gadījumā kā papildu simptoms, piemēram, šizofrēniskā spektra traucējumu vai AST, depresijas, bipolāru traucējumu, demences gadījumā u. c.

Ar trauksmi var būt klienti, kam simptomi mēdz izpausties un tikt ierosināti tikai skaidri noteiktās situācijās, kas tajā pašā laikā nav bīstamas. Rezultātā klienti no šīm situācijām izvairās vai tās pārdzīvo ar bailēm. Klienta bažas var primāri koncentrēties uz atsevišķiem simptomiem, piemēram, sirdsklauvēm vai sajūtu, ka tuvojas ģibonis, un tikai sekundāri traucējumi var saistīties ar bailēm nomirt, zaudēt kontroli pār sevi vai sajukt prātā. Tāpat var būt klienti, kuriem trauksmes simptomi ir dominējoši un traucējumi nav saistīti ar kādu īpašu apkārtējo situāciju.

Trauksmes simptomātika var izpausties lēkmjveidīgi, un to klasificē kā paniku. Tā izpaužas ar izteiktu trauksmi un fiziskiem veselības traucējumiem: sirdsklauvēm, sāpēm krūtīs, svārstīgu spiedienu, svīšanu, sliktu dūšu, ģībšanas sajūtu. Parasti panikas lēkme ilgst dažas minūtes, taču atsevišķos gadījumos asa trauksme var saglabāties pat pusstundu. Savukārt citiem cilvēkiem trauksme var izpausties ilgstoši, tā nerodas kādos noteiktos apstākļos, un to klasificē kā ģeneralizētu trauksmi. Cilvēkiem ar šādu trauksmi galvenie simptomi var mainīties, bet parasti ir sūdzības par nepārejošu nervozitāti, trīci, muskulatūras sasprindzinājumu, svīšanu, apdullumu, sirdsklauvēm, reiboni, nepatīkamu sajūtu pakrūtē. Bieži vien var būt papildu simptomi – bailes, ka cilvēks vai viņa radnieki drīz var saslimt vai ar viņiem var atgadīties kāda nelaime.



PSIHATRA IETEIKUMI DARBAM

- **Saglabājiet mieru pats un nodrošiniet, ka cilvēks, kuram ir trauksme, atrodas mierīgā vietā!**
- **Medikamenti izteiktas trauksmes mazināšanai iedarbojas dažu minūšu laikā.** Ja cilvēks parasti asas trauksmes laikā lietojis kādus medikamentus, aiciniet un atgādiniet to darīt arī šajā reizē!
- **Aiciniet cilvēku vienmērīgi elpot!** Jūs varat izmantot salīdzinājumu: "Ielpo, it kā tu pasmaržotu puķi, izelpo it kā tu censtos nopūst sveci!" Veiciet šo elpošanas paņēmieni kopā!
- **Runājiet ar cilvēku īsos, vienkāršos teikumos!**
- **Ja jums ir aizdomas, ka esošā lēkme nav psiholoģiska rakstura asa trauksme, bet fiziska problēma, sauciet neatliekamo medicīnisko palīdzību!** Panikas lēkmei līdzīgi simptomi var būt akūtas sirds un asinsvadu saslīmšanas, piemēram, miokarda infarkta gadījumā. Parasti par fizisku problēmu liecina izteiktas, žņaudzošas sāpes aiz krūšu kaula, bāla un nosvīdusi sejas āda, izteikts nespēks, reiboņi.
- **Kad trauksmes epizode ir mazinājusies vai beigusies, piemērotā brīdī uzsāciet sarunu par vēršanos pie speciālista – ārsta psihiatra, ārsta psihoterapeita!**
- **Mudiniet klientu apgūt relaksācijas vai apzinātības prasmes!** Vienkāršākie relaksācijas vingrinājumi ir dziļa, kontrolēta elpošana, patīkamu situāciju vai vietu vizualizācija. Vienkāršākie apzinātības vingrinājumi ir konkrētā brīža apzināšanās ar vismaz trim savām maņām. Jūs varat mudināt savu tuvinieku veikt šādu vingrinājumu: "Nosauc piecas lietas, ko šobrīd redzi, dzirdi un sajūti ar tausti!" Kad tuvinieks to ir izdarījis, lūdziet viņu nosaukt četras citas lietas, ko viņš šobrīd redz, dzird un sajūt ar tausti, pēc tam lūdziet nosaukt trīs citas lietas, ko viņš šobrīd redz, dzird un sajūt ar tausti. Šādā veidā turpiniet vingrinājumu, pakāpeniski samazinot nosaukamo lietu skaitu!

Cilvēkam ar **obsesīvi kompulsīviem traucējumiem** (turpmāk – OKT) ir atkārtotas obsesīvas jeb uzmācīgas domas vai kompulsīva jeb piespiedu rīcība. Obsesīvas jeb uzmācīgas domas ir idejas, iedomas vai impulsi, kas atkal un atkal nāk prātā cilvēkam stereotipiskā veidā. Šīs domas cilvēkam visbiežāk ir mokošas, un viņš bieži mēģina tām pretoties. Savukārt kompulsīvas jeb piespiedu darbības vai rituāli ir atkārtota rīcība, kas atkal un atkal atkārtojas. Tās cilvēkam nedod prieku, tās nav darbības, kas novestu pie vajadzīgu uzdevumu izpildes. Šo darbību funkcija ir pasargāt no kāda objektīvi mazticama atgadījuma, no kura iespējamības pacients baidās un kas, pēc pacienta domām, varētu viņam kaitēt, vai arī ļaunumu varētu nodarīt pats pacients. Parasti pacients atzīst, ka šāda uzvedība ir nevajadzīga, neproduktīva, un viņš atkārtoti mēģina tai pretoties. Gandrīz vienmēr vienlaikus ar OKT ir arī trauksmes simptomi. Piemēram, cilvēks desmitiem reižu pēc kārtas mazgā rokas, jo ir uzmācīgas bailes, ka varētu inficēties ar kādu slimību; neskaitāmas reizes pārbauda elektrības kontaktus, jo ir uzmācīgas domas, ka varētu notikt elektrības īssavienojums; vai arī viņu pārņem uzmācīgas domas, ka varētu savainot kādu ar nazi.



PSIHATRA IETEIKUMI DARBAM

- **Iegūstiet maksimāli daudz informācijas par OKT un dalieties informācijā ar klientu!**
- **Klausieties klientā bez nosodījuma!** Iesaistieties un veiciniet klienta diskutēšanu par viņa jūtām, uzmācīgām domām! Pievērsiet uzmanību klienta teiktajam! Nedodiet "tukšus" vai destruktīvus ieteikumus, piemēram, "Saņem sevi rokās!", "Tas nav nekas traks" u. tml.! Izvairieties no konfrontējošiem ieteikumiem!

- **Vairieties sniegt pārlietu daudz iedrošinājuma!** Cilvēkam ar OKT apkārtējo iedrošinājumu saņemšana ir kā rituāls. To darot atkārtoti, OKT tiek vēl vairāk nostiprināti. Piemēram, klientam var būt uzmācīgas bailes, ka viņš ir kādu nejausi savainojis. Viņš var jautāt atkal un atkal, vai tas ir noticis. Daudzkārt atkārtojot, ka “nekas nav noticis, tu nevienu nesavainoji”, varat kļūt par daļu no klienta rituāla un pasliktināt OKT.
- **Piemērotā brīdī rekomendējiet konsultēties ar speciālistu – ārstu psihiatru, ārstu psihoterapeitu!**

Pēctraumas stresa sindroms cilvēkam var attīstīties pēc asas stresa situācijas, negaidītas dzīves krīzes (izvarošanas, apzagšanas, ceļu satiksmes negadījuma, tuvinieka nāves u. c.). Izpausmes ir izteikta trauksme, baiļu sajūta, bezmiegs, biedējoši sapņi, vēlēšanās palikt vienatnē, izteikta emocionāla distancēšanās, nerealitātes sajūta un pat agresīva, pašdestruktīva uzvedība un suicidālas domas.



PSIHATRA IETEIKUMI DARBAM

- **Nodrošiniet psihiatrisku konsultāciju** (saucot neatliekamo medicīnisko palīdzību vai aizvedot pie psihiatra), ja emocionālie simptomi ir izteikti vai tie dažu dienu laikā nemazinās!
- **Neatstājiet cilvēku vienatnē pēc izteiktās stresa situācijas!** Reizēm pietiek ar to, ka esat klāt un uzklausāt.
- **Piedāvājiet savu klātbūtni un jautājiet, kā varat palīdzēt!**
- **Piedāvājiet aktivitātes, kas var novērst uzmanību no notikuma!**
- **Nebaidieties runāt par pašnāvības domām!** Saruna par pašnāvības domām jāuzsāk taktiski un saudzīgi. Saruna par šo tēmu neprovocēs cilvēku izdarīt pašnāvību, tā ir iespēja sniegt atbalstu, dot cerību un nodrošināt palīdzību.
- **Ņemiet vērā, ka atlabšana no šīs psiholoģiskās traumas notiks pakāpeniski, lēnām.**

Adaptācijas traucējumi ir subjektīvi smags distress un emocionālu traucējumu stāvoklis, kas parasti traucē sociālās funkcijas un rīcību, rodas adaptācijas periodā, piemērojoties jūtamām pārmaiņām dzīvē vai psihotraumējošiem notikumiem. Stresa faktori, kas var izraisīt adaptācijas traucējumus, ir daudzveidīgi. Tie var būt individuāli (piemēram, smags zaudējums, šķiršanās, smaga saslimšana), ģimenes līmeņa (vardarbība ģimenē, tuvinieka ilgstoša slimība, bērna aizbildnības zaudēšana), sociālie un ekonomiskie (darba zaudējums, aiziešana pensijā, pēkšņa finansiāla krīze, migrācija, dzīvesvietas maiņa uz svešu vidi), kā arī sabiedrības līmeņa (dabas katastrofas, pandēmija, bruņots konflikts). Adaptācijas traucējumu izpausmes ir mainīgas: var būt gan depresīvs garastāvoklis, trauksme, miega traucējumi, pastāvīgas bažas, koncentrēšanās grūtības, sajūta, ka nespēj tikt galā vai nespēj turpināt darboties esošajā situācijā, kā arī nespēja veikt ierastos ikdienas darbus. Dažkārt simptomi izpaužas arī somatiski — ar nogurumu, galvassāpēm, gremošanas traucējumiem vai citiem stresa fizioloģiskajiem rādītājiem.

Pētījumi un klīniskā prakse rāda, ka visnozīmīgākais ārējais resurss stresa situāciju pārvarēšanā ir atbalsts. To var nodrošināt dažādos veidos:

- instrumentālais atbalsts – materiālie resursi, finansiālais atbalsts, praktiska palīdzība (piemēram, palīdzība pārcelšanās laikā, īslaicīgs mājoklis, nepieciešamo sadzīves lietu nodrošināšana);
- emocionālais atbalsts – pieņemšana, sapratne, empātiska klātbūtne un uzklausīšana bez nosodījuma;

- informatīvais atbalsts – praktiska, aktuāla un uzticama informācija problēmas risināšanai (piemēram, juridiska konsultācija, informācija par sociālajiem pakalpojumiem vai ārstēšanās iespējām);
- piederību apliecinošs atbalsts – piederības izjūta, iesaiste kopienā, kopīga identitāte un sajūta, ka cilvēks nav viens savās grūtībās.

Šo atbalsta formu nodrošināšana ne tikai mazina akūto psiholoģisko distresu, bet arī paātrina pielāgošanos, stiprina cilvēka iekšējos resursus un samazina risku, ka adaptācijas traucējumi pāries hroniskā vai smagākā psihiskā saslimšanā.



PSIHATRA IETEIKUMI DARBAM

- **Piedāvāriet savu klātbūtni un jautāriet, kā varat palīdzēt!**
- **Piedāvāriet aktivitātes, kas var novērst uzmanību no notikuma!**
- **Palīdziet iespēju robežās atrisināt praktiskas grūtības, adaptējoties jaunajai situācijai!**

Somatoformu traucējumu galvenā pazīme ir atkārtotas sūdzības par somatiskiem jeb ķermeniskiem simptomiem. Bieži vien cilvēkiem ar somatoformiem traucējumiem ir vēlme pēc papildu medicīniskas izmeklēšanas par spīti tam, ka iepriekšējās apskatēs pie ārsta un veiktajos izmeklējumos neatrod nevienu ķermenisku patoloģisku atradni. Cilvēkam ar fiziskām saslimšanām ir līdzīgi simptomi, piemēram, smakšanas sajūta, sāpes krūtīs, svīšana, reiboņi. Traucējošās sajūtas un simptomi lielākoties saistīti ar dažādas intensitātes stresa situācijām.



PSIHATRA IETEIKUMI DARBAM

- **Esiet iejūtīgs un parādiet, ka saprotat klienta nepatīkamās fiziskās sajūtas, taču izvairieties uz tām pārlietu koncentrēties!** Vairāk laika veltiet, lai apspriestu emocijas, domas, notikumus, ne tik daudz fiziskos simptomus!
- **Mudiniet klientu saglabāt ikdienas rutīnu** – darbu, mācības, aktivitātes mājās!
- **Mudiniet klientu ievērot veselīgu dzīvesveidu** – pietiekami daudz fiziski kustēties, ēst veselīgi, apgūt stresa pārvaldības prasmes un relaksācijas vingrinājumus!
- **Mudiniet vērsties pie speciālista** – ārsta psihiatra vai ārsta psihoterapeita!

2.2.8. Personības traucējumi

Cilvēkiem ar **emocionāli nestabilas personības traucējumiem** ir tieksme rīkoties impulsīvi, neapdomājot sekas, garastāvoklis ir strauji mainīgs un grūti prognozējams, ir nosliece uz emocionālu izlādēšanos, nekontrolējot savu uzvedību uzbudinājuma laikā, un uz konfliktēšanu ar citiem.

Cilvēks ar emocionāli nestabilas personības traucējumiem pret apkārtējiem var izturēties draudzīgi, autoritatīvi, agresīvi, kritizējoši, aizvainojoši un mainīt šos uzvedības stilus ļoti īsā laikā bez acīmredzama ārēja pamatojuma. Kā arī atsevišķos gadījumos klients, strauji mainoties garastāvoklim, var apsvērt veikt pašnāvības mēģinājumu vai īstenot pašdestrutīvu rīcību.

Cilvēkiem ar **asociālas personības traucējumiem** raksturīga sociālo pienākumu ignorēšana un auksta izturēšanās pret apkārtējo jūtām, vērojama krasa pretruna starp sabiedrībā pieņemtām normām un cilvēka uzvedību. Klientiem ar asociālas personības traucējumiem raksturīgs, ka anamnēzē gūtās neveiksmīgās pieredzes, t. sk. likumpārkāpumi, nedod pamatu pašam mainīt savus uzvedības modeļus līdzīgās situācijās.



PSIHATRA IETEIKUMI DARBAM

- **Iegūstiet maksimāli daudz informācijas par personības traucējumiem!**
- **Mudiniet vērsties pēc medicīniskas palīdzības un regulāri lietot medikamentus, ja tie ir rekomendēti!**
- **Neprovocējiet konfliktus un neiesaistieties neauglīgās diskusijās!** Bieži vien cilvēki, kuriem ir personības traucējumi, var jebkuru rīcību, domu vai izteikumu uztvert personīgi.
- **Runājiet ar klientu par savām sajūtām, arī par pretrunīgām sajūtām!** “Ja es rīkošos vai teikšu kaut ko vienā veidā, tad būs konflikts, ja es rīkošos vai teikšu kaut ko citā veidā, tad arī būs slikti. Ko tu gribētu, lai es daru?” Sarunās ar klientu centieties saglabāt mieru, paust līdzjūtību, runāt par emocijām, bet, ja tās kļūst pārāk izteiktas, novērsiet uzmanību uz kaut ko citu un mēģiniet uzsākt sarunu par citu tēmu!
- **Neignorējiet pašnāvības draudus!** Ja klients aktīvi draud izdarīt pašnāvību, uztveriet to nopietni un sauciet neatliekamo medicīnisko palīdzību!

3

Dabiskā atbalsta tīkls: ģimene – nozīmīga atbalsta sistēma sociālajā darbā ar pilngadīgu personu ar garīga rakstura traucējumiem

3.1. TUVINIEKS, KAS APRŪPĒ PERSONU AR GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM, VISPĀRĪGA INFORMĀCIJA PAR ĢIMENI

Dabiskā atbalsta loks – ģimene, draugi, kaimiņi, cilvēki no kopienas, kuri personai ir emocionāli tuvi, kuriem persona uzticas un kuri sniedz nozīmīgu atbalstu ikdienas situācijās un lēmumu pieņemšanā – ir viens no svarīgākajiem resursiem personām ar GRT.

Pētījumi liecina, ka ģimenes locekļi nodrošina ikdienas aprūpi vairāk nekā 80 % cilvēku ar GRT, un ģimenes aprūpe joprojām ir galvenais aprūpes veids līdz personas ar GRT 35–45 gadu vecuma sasniegšanai.¹⁹ Tomēr ne visos gadījumos, kad cilvēkam ir dabiskā atbalsta sniedzēji, tie ir patiesi ieinteresēti personas dzīvē vai pieņem lēmumus personas labākajās interesēs.

¹⁹ Grossman B., Magaña S. (2016) *Introduction to the special issue: Family Support of Persons with Disabilities Across the Life Course*. Journal of Family Social Work, 19:4, 237–251. Pieejams: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10522158.2016.1234272>. [aplūkots 27.11.2025]; Saretta M., Alhambra-Borrás T., Doñate-Martínez A., Garcés-Ferrer J. (2025) *Older family caregivers and health professionals of adults with intellectual disabilities: Qualitative results of the first-phases of the adaptation of the Savvy Caregiver Program through the ADAPT-ITT model*. Pieejams: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953624011031> [aplūkots 27.11.2025]

KAS IR ĢIMENE?

- Vienmēr katrā mūža posmā ģimene ir tas galvenais balsts, pie kura mēs atgriežamies un kur mēs ceram gūt sapratni un izpratni par to, kas mums sāp un kas dara prieku. /V.Viķe-Freiberga/
- Ģimene ir kā mūris, kas pasargā no dzīves vētrām. Ģimenes mājoklim jābūt vietai, kur justies droši un pasargāti, un sevi attīstīt, bet ģimenei piemīt vēl kāda ļoti svarīga funkcija. Tā mums dod piederības sajūtu, saknes, tā ļauj mums apzināties savu vietu pasaulē un, iespējams, pat Visumā. /Robs Pārsons/

KAS IR ĢIMENE PERSONAI AR GRT?

- “Mani radnieki ir tikai viena jaunākā meita. Es neesmu vajadzīga saviem radniekiem. Kad man bija slikti, es biju slimnīcā, man blakus bija tikai jaunākā meita. Visi radnieki izmeta mani no savas dzīves. Kā viņi var man palīdzēt.... Man ir ļoti daudz radnieku, bet nevienam es neesmu vajadzīga.”
- “Nu tad es tā skatos par saviem tuviniekiem, kas man tā kā būtu. Viena māsīca, ar kuru man ir samērā ciešas attiecības. Bet es vēl tagad nevaru sagremot, kā viņa man pagājušajā pavasarī teica: “Es jau vispār neticu, ka tu esi slima. Tev vajag aktīvākai būt...””

Ģimene ir nozīmīga sabiedrības daļa, kas pilda noteiktas funkcijas:

- socializācijas funkcija (sociālo iemaņu attīstīšana – bērni apgūst vērtības, uzvedības normas, dzīvesveidu, valodu, attiecības);
- materiālā atbalsta un aprūpes funkcija (primāro vajadzību nodrošināšana);
- emocionālā labsajūtas funkcija (mīlestība, cieņa, draudzība);
- reprodūktīvā funkcija (dzimtas turpināšana);
- statusa veidošanas funkcija.

Tādējādi profesionālajām un sociālajām sistēmām nepieciešams lielāks izpratnes un empātijas dziļums par ģimenes kā atbalsta sistēmas vajadzībām, ko papildus var gūt arī Metodikā sociālajam darbam ģimenēm ar bērniem²⁰. Ir svarīgi ņemt vērā, ka nepārdomāta un neprofesionāla iejaukšanās var nevis stiprināt ģimeni un sniegt tai nepieciešamo atbalstu, bet palielināt ģimenes un pašas personas ar GRT stresu. Tāpat ir svarīgi atcerēties, ka cilvēki, kuru darbs un pienākumi ir personai sniegt profesionālu atbalstu, nav dabiskā atbalsta tīkls, līdz ar to attiecībās gan ar ģimeni, gan pašu personu ar GRT ir būtiski ievērot skaidras robežas un profesionālās ētikas principus. Īpaši svarīgi tas ir situācijās, kad atbalsts tiek sniegts personai, kurai tuvinieku vairs nav vai attiecības ar tuviniekiem ir sarežģītas.

²⁰ Papildu informācijai par sociālo darbu ar ģimenēm, kurās kādam ģimenes loceklim ir GRT, skat.: Labklājības ministrija (2025). *Metodika sociālajam darbam ģimenēm ar bērniem*. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/31886/download?attachment> [aplūkots 09.12.2025.]



GADĪJUMA APRAKSTS

Sociālais darbinieks sniedz atbalstu jaunam cilvēkam ar GRT, kuram nesen mirusi mamma un neviens no radniekiem nav ieinteresēts sniegt savu atbalstu un uzturēt ciešākas attiecības. Jūtot simpātijas un atbildību par jaunā cilvēka likteni, darbiniece uzņemas par viņu rūpes, kas pārsniedz profesionālo pienākumu pildīšanu – aicina pie sevis mājās, iet pēc darba kopīgās pastaigās, kontrolē cilvēka gaitas un tēriņus, seko sociālajos tīklos. Situācijās, kad persona nedarā tā, kā darbiniecei liekas pareizi, viņa ar izveidojušos draudzību sāk manipulēt, norādot: ja persona nedarīs, kā viņa vēlas, draudzība tiks pārtraukta. Personai attiecības ir svarīgas, tāpēc tā ir gatava darīt visu, lai draudzība turpinātos. Šajā gadījumā darbiniece ir pārkāpusi profesionālā darba pienākumus un ētikas normas, kas var būtiski ietekmēt personas ar GRT labsajūtu, patstāvību un rīcības brīvību. Lai izvairītos no šādām situācijām, sociālajam darbiniekam ir jāspēj noteikt un ievērot stingras profesionālās robežas. Tas nozīmē, ka ar klientu tiek veidotas draudzīgas, bet vienlaikus profesionāli lietišķas attiecības, kas nerada iespējamus pārpratumus. Nav pieņemama situācija, kad klients tiek aicināts uz mājām, tādējādi radot ilūziju par 'piederību ģimenei'. Pārāk ciešu attiecību veidošana un personīgās informācijas atklāšana var tikt izmantota kā manipulācijas līdzeklis, t.sk., no klienta puses, kas var apdraudēt kvalitatīvu atbalsta sniegšanu un sadarbību.

Svarīgi atcerēties, ka ne tikai personas ar GRT nav viendabīga grupa, bet arī ģimenes ļoti atšķiras, tāpēc, sniedzot atbalstu ģimenei, uzmanība jāpievērš procesa izpratnei, nevis kategoriskiem faktiem. Tāpat ieteicams izvairīties no salīdzinājumiem un vispārinājumiem, jo, kas der vienai ģimenei, var būt absolūti neatbilstoši citai.

Stress, kas saistīts ar situāciju, kad ģimenes locekļiem ikdienā jāsniiedz atbalsts un/vai jānodrošina aprūpe ģimenes loceklim ar GRT, ir spriedze starp esošo ikdienas situāciju un spēju tikt galā ar to vai pielāgoties tai. Pētījumi liecina, ka ģimenei, lai nodrošinātu ikdienas aprūpes funkciju kopā ar citām ģimenes funkcijām, nākas reaģēt uz ļoti sarežģītu aizsardzības un stresa savstarpēju mijiedarbību. Šādā situācijā formālie vai neformālie atbalsta tīkli var kompensēt ģimenes resursu deficītu.

Būtiska ietekme uz ģimenes spēju tikt galā ar ikdienas stresu ir GRT izpausmēm. To ietekmē komunikācijas grūtības ar personu ar GRT un personas ar GRT uzvedības problēmas. Jāņem vērā, ka fiziskas aprūpes nodrošināšana var būt ar zemāku stresa pakāpi nekā atbalsta sniegšana personai, kurai ir uzvedības traucējumi.²¹

Rūpes par ģimenes locekli ar GRT var ietekmēt ģimenes dinamiku. Ikdienas rūpes no aprūpes sniedzēja prasa laiku un lielu enerģiju. Pastāv cieša saistība starp slogu, ko izjūt ģimenes locekļi, jo īpaši – izolētību, vilšanos un emocionālu iesaistīšanos, un ģimenes locekļu veselības stāvokļa izjūtu.

Personu ar GRT ģimenes locekļu apgrūtinājums tiek iedalīts objektīvās un subjektīvās grūtībās. Pie objektīvām grūtībām tiek pieskaitītas praktiskās problēmas, piemēram, ģimenes attiecību pārtraukšana, sociālo, atpūtas un darba aktivitāšu ierobežojumi, finansiālas grūtības un negatīva ietekme uz ģimenes locekļu fizisko veselību. Subjektīvo apgrūtinājumu raksturo psiholoģiskās reakcijas, kuras rodas radniekiem, piemēram, zaudējuma izjūta, skumjas, trauksme un apgrūtinājums sociālajās situācijās, stress, kas saistīts ar izaicinošu uzvedību, un frustrācija, ko izraisa mainīgas attiecības. Subjektīvu apgrūtinājumu var radīt arī sērošanas process.

Visbiežāk ģimenes locekļi, kuri ikdienā nodrošina aprūpi, kā sekas izjūt nogurumu un depresijas simptomus. Ir pierādīts, ka depresijas simptomi divreiz biežāk sastopami ģimenes locekļiem, kuri nodrošina ikdienas aprūpi, nekā ģimenes locekļiem, kuriem šādu papildu rūpju nav. Ir arī pierādīta tieša korelācija starp depresijas simptomu smagumu un personas, kurai tiek sniegts atbalsts, traucējumu pakāpi.

²¹ Jacques, R. (2003). *Family Issues*. Intellectual Disability and Health, University of Hertfordshire. Pieejams: <https://www.intellectualdisability.info/family/articles/family-issues> [aplūkots 27.11.2025.]

Jo smagāki ir personas GRT, jo spēcīgāka var būt depresijas simptomu izpausme ģimenes locekļiem.²²

Jāuzsver, ka faktori, kas saistīti ar ģimenes locekļu psiholoģisko distresu, ir personas ar GRT uzvedības traucējumi, fiziski traucējumi, kognitīvi traucējumi un bailes, ka viņu radinieki var mēģināt izdarīt pašnāvību.

Personas ar GRT uzvedības traucējumu izpausmju biežums uzskatāms kā viens no spēcīgākajiem ģimenes locekļu distresu izraisošajiem faktoriem, un tam ir nozīmīga ietekme uz ģimenes locekļu tādu lēmumu pieņemšanu, kā, piemēram, par personas ar GRT ievietošanu ilgstošā institucionālā aprūpē. Literatūras avotos aprakstīts, ka personas uzvedības traucējumu biežums ir ticamāks ģimenes locekļu, kuri nodrošina aprūpi, depresiju izraisošais faktors nekā indivīda funkcionālie un kognitīvie traucējumi. Neparedzamu un nepazīstamu situāciju rašanās, nenoliedzami, paaugstina ģimenes locekļu trauksmi un stresu. Trauksmi var paaugstināt personas uzvedības problēmas, kuras nav iespējams veiksmīgi vadīt, un trauksme ir saistīta ar ģimenes locekļu stresu, depresiju un somatisko slimību attīstību.

Ņemot vērā iepriekš minētos psiholoģisko distresu vai depresiju izraisošos riskus, svarīgi ir pievērst uzmanību faktoriem, kas var pozitīvi ietekmēt ģimenes locekļu spēju īstenot aprūpes lomu.

Viens no šādiem faktoriem ir ģimenes locekļu zināšanas un izpratne par GRT, ar kuriem persona saskaras. Tās paaugstina ģimenes locekļu kompetences izjūtu un palīdz reālistiskāk izprast personas spējas. Nereālas ģimenes locekļu gaidas attiecībā uz personu ar GRT vienmēr paaugstina ģimenes locekļu stresa līmeni, un tas, ka aprūpes sniedzēju gaidas tiek samazinātas, pazemina viņu stresa līmeni. Izpratne pozitīvi ietekmē ģimenes locekļu emocijas un mazina spriedzi ikdienas aprūpes nodrošināšanā. Iespējams, visefektīvākā ietekme uz ģimenes locekļu stresu ir emocionālā atbalsta un izglītības kombinācijai.

Jāuzsver, ka ģimenes locekļi, kuri izmanto aktīvākas stresa risināšanas stratēģijas, piemēram, problēmu risināšanu, piedzīvo mazāk depresijas simptomu izpausmju nekā tie, kuri paļaujas uz pasīvākām metodēm.

Iespējams izmantot dažādas intervences metodes, lai mazinātu psiholoģisko distresu ģimenes locekļu vidū. Speciālistiem ir nozīmīga loma, lai palīdzētu uzlabot ģimenes locekļu prasmes sniegt atbalstu personai ar GRT, atbalstītu esošo prasmju īstenošanu un sekmētu tālāku izaugsmi.

IETEICAMĀS INTERVENČES PIEEJAS DABISKĀ ATBALSTA TĪKLA STIPRINĀŠANAI

- **Treniņu un izglītības programmas.** Ģimenes locekļiem noderēs treniņu un izglītojošas programmas par dažādiem aktuāliem ikdienas aprūpes nodrošināšanas jautājumiem. Tie var būt praktiski treniņi, piemēram, saistībā ar ergonomikas pamatprincipiem, vai izglītojošas programmas, piemēram, par konkrētiem psihosociāliem traucējumiem, to izpausmēm, kas ģimenes locekļiem palīdzēs labāk izprast savu tuvinieku, līdz ar to mazinot stresu ikdienas aprūpes nodrošināšanā.
- **Informācijas tehnoloģijās pamatots atbalsts.** Informācijas un komunikācijas tehnoloģijas var nozīmīgi uzlabot ģimenes locekļu dzīves kvalitāti. Piemēram, var organizēt dažādas grupas tiešsaistē, izmantojot sociālos tīklus, kuros tuvinieki var apmainīties ar informāciju un gūt sev nozīmīgu atbalstu no līdzīgā situācijā esošiem cilvēkiem. Komunikācijas tehnoloģijas var būt nozīmīgs atspazs saziņai ar tuvinieku. Pie atbalstošām tehnoloģijām ir minamas arī dažādas drošības sistēmas un sensori.
- **Formālas pieejas aprūpes plānošanai.** Ar formālu pieeju aprūpes plānošanai tiek saprasta plāna, piemēram, uz personu centrēta plāna, izstrādāšana, ko sadarbibā ar pakalpojuma sniedzēju vai sociālo darbinieku sagatavo ģimene vai dabiskā atbalsta sniedzējs, ņemot vērā gan konkrētās personas ar GRT situāciju, gan ģimenei pieejamos dažāda veida resursus. Tas var palīdzēt ģimenes locekļiem strukturēt ikdienas aprūpes procesu, tā mazinot stresa pakāpi aprūpes procesa nodrošināšanā.

²² Shah, A. J., Wadoo, O., & Lato, J. (2010). *Psychological distress in carers of people with mental disorders*. British Journal of Medical Practitioners (BJMP), 3(3), a327. Pieejams: <https://www.bjmp.org/content/psychological-distress-carers-people-mental-disorders> [aplūkots 27.11.2025.]

- **Izglītības un emocionālā atbalsta apvienojums.** Viens no raksturīgiem izglītības un emocionālā atbalsta apvienojuma piemēriem ir atbalsta grupas tuviniekiem vai citiem dabiskā atbalsta sniedzējiem. Šādās grupās dalībniekiem tiek sniegta izglītojoša informācija, bet vienlaikus grupas dalībnieki savstarpēji sniedz emocionālo atbalstu cits citam.
- **Garīgais atbalsts.** Garīgo atbalstu var piedāvāt dažādu draudžu locekļi un draudžu brīvprātīgie. Ne vienmēr šis atbalsts ir saistīts ar reliģiskiem jautājumiem. Tas var būt emocionāls atspajds no draudžu brīvprātīgajiem, kuriem pašiem bijusi pieredze aprūpes sniegšanā tuviniekam ar GRT. Tā var būt neformālu tikšanos organizēšana par dažādām tēmām, kas var emocionāli spēcīnāt ģimenes locekļus un palīdzēt izrauties no ikdienas rūpēm.
- **Pozitīvas stratēģijas uzvedības traucējumu vadībai.** Personas ar GRT uzvedības izpausmes var radīt situācijas, ar kurām aprūpes sniedzējiem ir grūti sadzīvot. Šādās situācijās tuviniekiem vai citiem dabiskā atbalsta sniedzējiem būtu noderīgi apzināt un apgūt dažādas uzvedības traucējumus mazinošas metodes/terapijas, kas varētu palīdzēt ikdienas vai krīzes situācijās. Kā ieteicamais speciālists uzvedības traucējumus mazinošas terapijas ieteikšanai var būt psihologs.
- **Psihoterapija.**²³ Psihoterapija ir process, kas var palīdzēt ģimenes locekļiem tikt galā ar dažāda veida grūtībām, kuras ir saistītas ar ikdienas aprūpes nodrošināšanu. Psihoterapijas laikā iespējams risināt problēmas, kuras dziļi iesakņojušās un ietekmē uzvedību, domāšanu, emocijas un ķermeņa reakcijas. Ģimenes locekļiem, kuri ilgstoši sniedz aprūpi personai ar GRT, īpaši gadījumos, ja personai ir uzvedības traucējumi, būtu ieteicams saņemt psihoterapeita pakalpojumu.

3.2. ĢIMENES, KURĀ AUDZINA BĒRNU AR GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM, PSIHOEMOCIONĀLAIS RAKSTUROJUMS

Ģimene ir visatbilstošākā vide bērna izdzīvošanai, drošībai un attīstībai. Tas attiecas uz ikvienu bērnu, arī uz bērnu ar attīstības traucējumiem. Ģimene var sniegt vislabāko iespējamo aprūpi bērnam, ja saņem atbilstīgu atbalstu, lai īstenotu vecāka lomā. Nereti ģimenes, kurās aug bērni ar GRT, atrodas salīdzinoši sliktākos apstākļos. Līdz ar to šo ģimeņu vajadzības visās jomās ir mazāk apmierinātas un tām ir nepieciešams īpašs atbalsts.

Šādas ģimenes visbiežāk raksturo:

- skumjas par zaudēto “sapņu bērnu”;
- kauns un vainas apziņa (gan vainojot sevi, gan otru);
- nogurums un bezspēcība,
- grūtības veikt ikdienas pienākumus;
- nedrošība – praktiska un finansiāla;
- apspiestas emocijas, kas var radīt konfliktus, un atsvešinātība (no partnera, citiem bērniem, tuviniekiem);
- nespēja lūgt un pieņemt palīdzību;
- pārmērīga aizsardzība.

²³ Shah, A. J., Wadoo, O., & Lato, J. (2010). *Psychological distress in carers of people with mental disorders*. British Journal of Medical Practitioners (BJMP), 3(3), a327. Pieejams: <https://www.bjmp.org/content/psychological-distress-carers-people-mental-disorders> [aplūkots 27.11.2025.]

Vienlaikus šim ģimenēm vērojama:

- apņēmība un gatavība rīkoties;
- spēja pielāgoties situācijai;
- jaunu atbalsta sistēmu meklēšana un veidošana.

“AIZLIEGTĀS SKUMJAS”

G. Fira monogrāfijā “Aizliegtās skumjas” (1983) aprakstīti vecāku priekšstati, cerības un skumjas saistībā ar bērnu, kam ir funkcionāli traucējumi. Vecāki sevī nes “vēlamo / gribēto” bērnu, bet tas izrādās citāds, un par cerībām viņiem nākas skumt tāpat kā gadījumā, ja bērns būtu miris. Šo domu attīstot tālāk, G. Fira runā par “sapņu bērnu”. Vecāki šo bērnu zaudē, un viņa vietā iegūst citu bērnu ar traucējumiem, bērnu, kuram nāksies piemēroties. Ir runa par diviem dažādiem bērniem, bet gan vecākiem, gan apkārtējai videi to ir grūti saprast. Kad vecāki skumst par veselo bērnu, ko viņi zaudējuši, rodas iespaids, ka viņi nepieņem un nemīl reālo bērnu. Vecāku skumjas par “sapņu bērnu” var saistīties ar vainas apziņu un sirdsapziņas pārmetumiem. Šīs skumjas šķiet aizliegtas, jo vecāki zaudē savu sapni par nākotni, apstiprinājumu savam “es” un to gandarījumu, ko bērns varētu sagādāt. Fantāzijās un sapņos vecāki iztēlojas, kā būtu, ja bērns būtu piedzimis vesels.

Tas nosaka bērna ar funkcionāliem traucējumiem vecāku skumju procesa nepabeigtību. Skumjas pārņem atkal un atkal, kad kaut kas vecākiem atgādina par viņu cerībām, kas saistījušās ar jau lielāku “sapņu bērnu”. Piemēram, vecāku sāpes, redzot citus bērnus braucam ar trīsriteni, vai skumjas, dzirdot draugus stāstām par savu bērnu pieaugšanu un patstāvības veidošanos. Tāpat vecāki pārdzīvo, ka viņu bērns nevar vai nedrīkst piedalīties rotaļās un spēlēs, kuras citi bērni uztver par neatņemamu savas dzīves sastāvdaļu.

Ja jūtas tiek apspiestas un glabātas dziļi sevī, ja tās netiek izteiktas, briest konflikts. Tas var novest pie psihosomatiskām saslimšanām un negatīvi ietekmēt attieksmi pret bērnu. Vecāki nevar īsti priecāties par viņu, jo visu laiku saskata to, kas šis bērns nav. Vienīgi tad, kad skumju process par “sapņu bērnu” ir galā, un cerības, kas saistījušās ar viņu, zaudētas, vecāki var pozitīvi uztvert savu tagadni un sākt no jauna plānot nākotni.

KRĪZE, SKUMJAS UN STRESS ĢIMENES SISTĒMĀ

Katra bērna attīstība ir atkarīga no ģimenes sniegtās drošības izjūtas, rūpēm un atbalsta. Tādēļ ļoti liela nozīme ir tam, kā jūtas bērna vecāki. Kad bērnam atklāta slimība vai funkciju traucējums, vecākus ietekmē krīze – skumjas, nemiers un bailes no stāvokļa pasliktināšanās, nogurums un bezspēcība. Vecāku izturēšanās pret savu bērnu var būt atkarīga no tā, cik smaga ir bērna slimība, vai bērna veselības stāvoklis uzlabojas vai nē. Īpaši sarežģīti tas ir situācijās, kad GRT bērnam tiek atklāti nevis uzreiz pēc dzimšanas vai pirmajā dzīves gadā, bet gan vēlākā laika posmā, kad vecāks jau ir ieraudzījis savu “sapņu bērnu” un viņa spējas un attīstības regress ir spēcīgs trieciens. Šajos gadījumos slimības pieņemšana ir vēl ilgstošāka un psihoemocionāli sarežģītāka un bieži vien var būt saistīta ar apzinātu noliegšanu, kā rezultātā tiek kavēta profesionālas palīdzības un atbalsta saņemšana. Tad nozīmīga loma ir tuvinieku, apkārtējo cilvēku un speciālistu praktiskajam un psiholoģiskajam atbalstam, kas palīdz vecākiem gūt spēkus bērna attīstības veicināšanai.

Ģimenei var būt grūti veikt parastos ikdienas pienākumus. Bieži nepieciešamība uzturēt kārtībā mājokli un nodrošināt to, kas vajadzīgs ģimenes pārējiem bērniem, rada situāciju, ka viens no vecākiem apspiež savas krīzes reakcijas un cenšas būt lietišķs, koncentrējies. Parasti pirmā no šoka cieš māte, sevišķi, ja runa ir par jaundzimušo. Viņa turpina izjust bērnu kā daļu no sevis. Taču ir arī gadījumi, kad krīzes situācijā vispirms nonāk tēvs.

Ja viens no vecākiem, piemēram, māte izveido emocionālas saites ar bērnu, bet tēvs šoka stāvoklī paziņo, ka tādu bērnu viņš nespēj pieņemt, māte instinktīvi izvēlas bērnu. Ja apstākļi piespiež māti piekrist

bērna nodošanai aprūpes institūcijām, viņa var saglabāt paliekošu rūgtumu pret vīru. Ja bērnu pārved mājās, pirms tēvs ir pārorientējies, viņa var veidoties attieksme, ka tā ir mātes / sievas izvēle un bērnu aprūpēt un atbildēt par problēmām ir viņas pienākums.

Arī gadījumos, ja abi vecāki vienojas, ka rūpes par bērnu ir kopīgas, viņi aprūpi var veikt dažādā ritmā. Viens no viņiem var nogurt un nopūlēties daudz vairāk. Tas noved pie savstarpējo attiecību nodeldēšanās. Šādā gadījumā vecākiem var palīdzēt speciālistu atbalsts, lai starp viņiem neveidotos nevajadzīgas plaisas un lai viņi saprastu, kurā krīzes fāzē katrs atrodas.

Krīzi izjūt arī vecvecāki. Daudzi vecāki apliecina, ka bērna ar funkcionāliem traucējumiem pirmajā dzīvības gadā nācies mierināt savus vecākus vairāk, nekā saņemt no viņiem palīdzību. Savukārt, kad vecvecāki krīzi pārvarējuši, viņi parasti kļūst par labu atbalstu.

DAŽĀDI REAKCIJU VEIDI

No tā brīža, kad ģimene uzņēmusies atbildību par bērnu ar funkcionāliem traucējumiem, tai nākas pārkārtoties un uzsākt tādu dzīvesveidu, kas ietver arī jauno stāvokli. Parasti vecākiem rodas jaunas prasības, un viņi nonāk jaunās situācijās, kurās jūtas kā iesācēji. Nepieciešama lielāka un precīzāka darba, laika un citu resursu plānošana, disciplinētība un spēja iepriekš paredzēt situācijas, vienlaikus pieņemot, ka dažas lietas var mainīties gana strauji un tās iepriekš nav iespējams paredzēt (piem., izmaiņas bērna veselības stāvoklī vai uzvedībā).

Krīzē dažādi cilvēki reaģē atšķirīgi. Bērna traucējumu iemeslus abi vecāki var meklēt sevī, savos ieradumos un iedzimtībā. Neatrodot izskaidrojumu tur, šajā sāpīgajā procesā viņi var vainot viens otru. Arī skumju smagums, vilšanās un dusmas var tikt vērstas vienam pret otru, pārējiem bērniem vai vecāko paaudzi. Grūtāk savu jūtu izvirdumu ir vērst pret slimo bērnu, ar kuru vecāki mēģina izveidot emocionālas attiecības. Ģimenes locekļi var atsvešināties, un plaisas viņu attiecībās padziļinās. Šādā situācijā palīdzību var sniegt psihoterapeits, analizējot katra vecāka krīzes stāvokļa dažādās izpausmes.

Ir dažādi veidi, kā vecākiem pārvarēt krīzes. Daudziem ir pozitīvas un attīstību veicinošas iespējas savstarpēji sadarboties vienam ar otru. Viņi prot palūgt arī ārpus ģimenes esošu cilvēku palīdzību un spēj to pieņemt. Citiem, lai saprastu sevi, savu partneri, savus bērnus un to, kas notiek krīzes procesā, vajadzīgs lielāks speciālistu atbalsts. Vīrietim jaunā situācija ar bērnu ar funkcionāliem traucējumiem bieži nozīmē jaunu atbildību kā ģimenes apgādniekam. Tas var radīt trauksmi arī tad, ja vecāki šo atbildību turpina dalīt. Vienam no viņiem, iespējams, jāpaliek mājās, lai veiktu bērna aprūpēšanu vai arī jāpārkārtojas darbā uz mazāku slodzi. Krīze var izraisīt lielu nemieru, trauksmi un stresu, domājot par nākotni. Parasti ģimenes situācija ar laiku normalizējas, tomēr ir gadījumi, kad, vienam no vecākiem nespējot pielāgoties, ģimene izirst un rūpes par bērnu paliek viena vecāka atbildība.

Bieži vien ģimenes vislabāko palīdzību var saņemt no līdzīgām ģimenēm, kurās aug bērni ar funkcionāliem traucējumiem. Pieredzes un informācijas apmaiņa vecāku savstarpējā atbalsta grupās ir ne vien stiprinoša, bet bieži viena arī praktiski noderīga, jo dod iespēju uzzināt gan par dažādām terapijas un atbalsta metodēm, gan citiem būtiskiem resursiem ģimenes un bērna vajadzību nodrošināšanai.

STRESS UN DARBA DAUDZUMS ĢIMENES SISTĒMĀ

Ģimenēs ar bērnu ar funkcionāliem traucējumiem darba apjoms ir daudz lielāks nekā ģimenēs ar bērniem, kuriem nav funkcionālu traucējumu. Parasti stress un ievērojamā darba nasta padara ģimenes, kuras rūpējas par bērnu ar funkcionāliem traucējumiem, neelastīgākas. Šīs ģimenes it kā nespēj atrast alternatīvus risinājumus, riņķo vienā un tajā pašā vāveres ritenī, kamēr parādās izdegšanas pazīmes. Kad ģimenei piedāvā atbalsta pakalpojumus, tā nespēj izšķirties.

Lai vecāki tiktu galā ar papildu darbu, ko sagādā bērna funkcionālie traucējumi, viņiem jābūt pietiekamai pašapziņai, ka viņi to spēj veikt. Individu spēja tikt galā ar situācijām un uzdevumiem ir dažāda, tāpēc ģimenes nevar salīdzināt arī tad, ja to apstākļi un citi faktori šķiet līdzīgi. Katrā konkrētajā

gadījumā var būt atšķirīgi sākotnējie nosacījumi, kā arī faktiskais darba daudzums ģimenē un viss, kas ar to saistīts.

Ģimenes psihoterapeits Salvadors Minuhins²⁴ aprakstījis četras strukturālas iezīmes, kas raksturīgas ģimenēm, kuru locekļiem parādās psihosomatisku simptomu attīstības tendence. Šīs četras iezīmes ir: samezģlojumi, pārmērīga aizsardzība, nepietiekama elastība un konfliktu risināšanas piemēru trūkums.

Samezģlojumi. Ar šo terminu saprot ģimeni, kurā visu dara kopā un jūtas kopā vienlaikus gan labi, gan slikti. Visi ģimenes locekļi uzsver, ka viņi vienmēr ir vienādās domās par visu. Viens runā par visiem. Ir grūti saprast, kuram ģimenē radušās problēmas, jo simptomi var parādīties arī citiem ģimenes locekļiem. Cita samezģlojumu forma attiecas uz ģimenes ainu, kurā valda haoss, un neviens no ģimenes locekļiem nevar saskatīt nekādu atrisinājumu. Viņus pilnībā sasaista savstarpējas lojalitātes.

Pārmērīga aizsardzība. No vienas puses, ar to saprot bērna pārliecīgu aizsargāšanu no visa, ar ko viņš tiktu galā, ja varētu pamēģināt. No otras puses, tā ir lielāka aizsardzība nekā parastā, ko no vecākiem saņem vienaudži.

Nepietiekama elastība. Ģimenes modelis, kam raksturīga nepietiekama elastība, funkcionāli nepārmainās atbilstīgi ģimenes locekļu attīstībai un ārējo apstākļu jaunajām prasībām. Piemēram, ģimene, kurā bērni sasnieguši pusaudžu vecumu, joprojām rīkojas tā, it kā bērni būtu mazi un viņiem nevajadzētu individuālu brīvību.

Konfliktu risināšanas piemēru trūkums. Vairums indivīdu jūtu izteikšanas un konfliktu risināšanas modeli pārņem no ģimenēm, kurās uzauguši. Tiek imitēti šo ģimeņu likumi un lomas, pašu vecāki kļūst par atdarināšanas vērtiem paraugiem. Vēlāk pieaugušo dzīvē modelis tomēr pārmainās, kļūst noslēgts vai atvērts. Ģimenēs ar bērnu, kam ir funkcionālie traucējumi, bieži vien grūti ir atklāti runāt par skumjām un dusmām, sevišķi tad, ja šo jūtu iemesls ir slimais bērns. Vecāki negrib, ka bērns, kuram jau tā ir ļoti grūti, apjaustu, ka faktiski kaitina un apbēdina viņus. Nepatīkamais tiek "norīts" vai daļēji izpaužas citos virzienos. Vārdos nenoformulētās jūtas un konflikti, iekšējā emocionālā spriedze pakāpeniski rada psihosomatiskus simptomus.

Ja ģimenes modeli raksturo konfliktu risināšanas piemēru trūkums, vecāki ir īpaši jūtīgi pret kritiku. Speciālistiem jāzina, ka pat mazliet tiešāki jautājumi vai atbalstoši padomi šajās ģimenēs nereti tiek uztverti kā kritika.

Lai sekmīgi vadītu konsultēšanas procesu, svarīgi ir izprast ģimenes priekšstatus, iespējamās cerības un skumjas, kas saistītas ar viņu ģimenes locekļa funkcionālo stāvokli.

Faktori, kuri veicina speciālista sadarbību ar ģimeni:

- sadarbība balstīta uz savstarpēju cieņu;
- tiek respektēta vecāku pieredze;
- pirmais iespaids, ko mēs radām, ietekmē turpmāko sadarbību;
- speciālistam vienmēr jāatrod laiks (pat ja šī laika nav), lai uzklausītu ģimeni;
- par jebkuru ģimenes locekli jāspēj pateikt ko pozitīvu – katram vecākam viņa bērns, vienalga, nepilngadīgs vai pilngadīgs, ir vissvarīgākais, vislabākais, gudrākais un talantīgākais;
- ja saruna nav ievirzījies pozitīvā gultnē, tā tomēr jābeidz pozitīvi, lai vecāki neaizietu sarūgtināti, dusmīgi, ar negatīvu viedokli;
- speciālistam jāparāda, ka ir ieinteresēts ģimenes dzīvē (vienaldzība uztrauc visvairāk).

²⁴ Miller, A. (2011). *Instructor's Manual for Salvador Minuchin on Family Therapy with Salvador Minuchin, MD, and Jay Lappin, LCSW*. Psychotherapy.net. Pieejams: <https://www.psychotherapy.net/data/uploads/5113e45715ce5.pdf> [aplūkots 27.11.2025.]

3.3. BĒRNU UN PILNGADĪGU PERSONU AR GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM VECĀKI, BRĀĻI UN MĀSAS

BĒRNU AR GRT VECĀKI, BRĀĻI UN MĀSAS

Bērnu ar GRT ģimenes locekļi – vecāki, brāļi un māsas – bieži sastopas ar dažādiem izaicinājumiem ikdienas dzīvē. Viens no lielākajiem izaicinājumiem ir vecāku sociālā izolācija. Draugi un plašākas ģimenes locekļi var neizprast bērna ar GRT īpašās vajadzības, līdz ar to šis dabīgais atbalsta tīkls var nespēt sniegt tādu atbalstu, kādu vecāki būtu saņēmuši, ja viņiem būtu bērns bez GRT. Ja bērnam ir izteikti uzvedības traucējumi, bieži vien ģimenēm ir apgrūtināti kopā doties sabiedrībā, piemēram, iepirkties, apmeklēt pasākumus un sabiedriskas vietas.

Vēl viens būtisks izaicinājums ģimenēm, kuras audzina bērnu ar GRT, ir stigmatizācija no sabiedrības puses. Sabiedrībai kopumā, līdz ar to arī ģimenes tuvākajiem kaimiņiem, trūkst izpratnes par cilvēkiem ar GRT. Tāpēc sabiedrības tolerances līmenis pret uzvedības izpausmēm, kuras atšķiras no vispārpieņemtām normām, ir zems. Savukārt ģimenes, kurās ir bērni ar GRT, bieži ir pastiprināti sensitīvas pret citu sabiedrības locekļu negatīvas uzmanības pievēršanu sabiedriskās vietās.

Bieži kā trešais lielākais izaicinājums vecākiem ir bērna ar GRT vajadzību līdzsvarošana ar pārējo ģimenes bērnu vajadzībām. Ir tikai dabiski, ja vecāki lielāko laiku daļu un enerģiju investē bērnam, kuram ir vislielākās vajadzības. Tādējādi bērna ar GRT māsas un brāļi bieži vien jūtas pamesti novārtā vai izjūt greizsirdību pret “īpašo bērnu”, kuram tiek pievērsta papildu uzmanība. Izaicinājums vecākiem ir arī konflikts starp nepieciešamību brāļiem un māsām attīstīt atbildības un rūpju izjūtu par māsu vai brāli ar GRT un vajadzību bērniem bez GRT izbaudīt patiesu bērniību, tādu bērniību, kurā brāļiem un māsām nebūtu jāiesteno vecāku aizvietotāju loma.



GADĪJUMA APRAKSTS

K. ir jauniešs ar smagiem GRT, izteiktiem uzvedības traucējumiem, neverbāls. Ģimenē aug vēl divi bērni. Jaunākajai māsai tuvojas astotā dzimšanas diena, un viņa vēlas uzaicināt ciemos savas draudzenes. Mamma un tētis ir spiesti pieņemt lēmumu, ka dzimšanas dienas svinības nav iespējams organizēt mājās vecākā brāļa uzvedības dēļ. Māsa ir ļoti apbēdināta un dusmīga par to, ka nevar svinēt dzimšanas dienu kopā ar saviem draugiem. Lai risinātu situāciju, ballīte tiek organizēta ārpus mājas.

Sniedzot atbalstu vecākiem, kuri audzina bērnu ar GRT, svarīgi atcerēties, ka ģimenē var būt vairāki sērošanas posmi, kas parasti saistīti ar tradicionāliem bērna attīstības posmiem: laiks, kad bērns mācās staigāt, mācās runāt, sāk apmeklēt mācību iestādi, pabeidz mācību iestādi.

Lai sniegtu bērnu ar GRT vecāku vajadzībām atbilstošu atbalstu, jāvadās pēc pieejas, ka ģimenes ir savu bērnu vajadzību eksperti. Bērna ar GRT vecāki ir tie, kas izdara izvēli un pieņem lēmumus. Intervences panākumi atkarīgi arī no tā, vai ar ģimeni tiks izveidota līdzvērtīga partnerība. Pētījumi apliecina, ka sociālais atbalsts, dabiskās atbalsta sistēmas, gadījumu vadība šīm ģimenēm ir nozīmīgi pozitīvas intervences elementi. Neapšaubāmi, vecākiem, kuri audzina bērnu ar GRT, nepieciešams vispusīgs atbalsts, lai ģimene spētu funkcionēt iespējami normāli. Vecākiem var būt nepieciešama palīdzība, lai viņi spētu risināt dažādas konfliktsituācijas, spētu paust savas jūtas. Vienlaikus nepieciešams mērķtiecīgs sociālais atbalsts, kurš ietvertu finansiālo atspaidu, atelpas un citu pakalpojumu pieejamību, veselības aprūpes pieejamību,

informatīvo palīdzību un emocionālo atbalstu.²⁵ Šim atbalstam jābūt sistemātiskam un pēctecīgam, kā arī tas jāsniegt agrīni – uzreiz pēc funkcionālo traucējumu konstatācijas. Svarīgi, ka atbalstu nedrīkst pārtraukt arī gadījumā, ja ģimenei ir grūtības sadarboties.

PILNGADĪGU PERSONU AR GRT VECĀKI, BRĀĻI UN MĀSAS

Ir vairāki iemesli, kāpēc vecāki dzīvo kopā ar saviem bērniem, kuri sasnieguši pilngadību, un ikdienā turpina sniegt viņiem aprūpi un atbalstu. Viens no iemesliem ir vecāku uzskats, ka tas ir viņu pienākums – nodrošināt tuviniekam, kurš visu laiku bijis no viņiem atkarīgs, visu nepieciešamo, un ka tā ir arī pašas pilngadīgās personas ar GRT izvēle. Šī vecāku atbildības izjūta bieži ir sasaistē ar pārliecību, ka nav citu alternatīvu vai esošās alternatīvas ir (vecākiem) nepieņemamas. Tāpat bieži mēdz būt situācijas, kad vecāki vairs nedzīvo kopā ar savu tuvinieku, tomēr cenšas aktīvi iesaistīties pilngadīgās personas ar GRT dzīvē, turpinot kontrolēt situāciju un nedodot iespēju dzīvot savu dzīvi.

Pieaugušu personu ar GRT vecāki saskaras ar jaunām grūtībām. Vecākiem bieži kļūst grūti nodrošināt fizisku pieaugušas personas ar GRT aprūpi, kā arī pieaugušai personai ar GRT var attīstīties garīgās veselības traucējumi, kuri iepriekš nav bijuši, – tas nozīmīgi ietekmē vecāku stresa līmeni un viņu veselības stāvokli. Vecākiem arvien biežāk nākas uzņemties sava pieaugušā bērna interešu aizstāvju lomu un iesaistīties, lai persona turpinātu saņemt nepieciešamos pakalpojumus un tie būtu atbilstošas kvalitātes.

Pilngadīgu personu ar GRT vecākiem bieži ir grūtības pieņemt to, ka viņu meita / dēls ir pieaudzis, un vecāku vēlme aprūpēt savu tuvinieku var izrādīties pārmērīga. Mēdz būt situācijas, kad vecāku vēlēšanās pilngadīgo personu ar GRT pastiprināti aprūpēt un aizsargāt nonāk pretrunā ar pakalpojumu personāla centieniem veicināt pilngadīgas personas neatkarību, spēju izdarīt izvēli un uzņemties atbildību par savu rīcību.

Pilngadīgu personu ar GRT vecākiem ir paaugstināta stresa risks, jo ļoti ilgstoši viņiem bija jāuzņemas aprūpes loma un vecāki nav spējuši veltīt pietiekami daudz laika savām vajadzībām. Pierādīts, ka šāda situācija provocē psihisko traucējumu un somatisko saslimšanu attīstības iespējas vecākiem.²⁶

Pilngadīgu personu ar GRT vecāki noveco kopā ar saviem bērniem, tāpēc jāņem vērā, ka vecāku novecošanās un papildu atbildība, kas vecākiem rodas, viņu bērniem kļūstot vecākiem, var būtiski samazināt vecāku spēju nodrošināt ikdienas atbalstu pilngadīgiem bērniem ar GRT. Tāpēc ir svarīgi laikus domāt par atbalsta sniegšanu šīm ģimenēm. Ļoti iespējams, ka papildu pakalpojumi būs nepieciešami ne tikai pilngadīgām personām ar GRT, bet arī viņu novecojošiem vecākiem. Tomēr pakalpojumi nedrīkst būt organizēti tā, ka varētu saraut ģimenes saites.²⁷

Savukārt pilngadīgas personas ar GRT māsu un brāļu lomas var būt ļoti dažādas, bieži – mainīgas un saistītas ar brāļu / māsu citām dzīves jomām. Faktori, kas ietekmē māsu un brāļu lomas, ir personīgās dzīves situācija, viņu ģeogrāfiskā atrašanās vieta, tas, vai ģimenē ir vēl māsas un brāļi, vai pilngadīga persona ar GRT saņem pakalpojumus, t. sk. mājokļa nodrošināšanas pakalpojumus, kā arī personas ar GRT funkcionālo traucējumu smaguma pakāpe. Ja personas ar GRT traucējumu pakāpe ir smaga, māsas un brāļu iesaiste aprūpes un / vai atbalsta nodrošināšanā parasti ir lielāka. Māsas un brāļi bieži mēdz iesaistīties arī personas ar GRT interešu aizstāvībā. Tomēr jāņem vērā, ka mēdz būt arī noraidoša un negatīva attieksme no māsu un brāļu puses, īpaši, ja personai ar GRT ir izteikti izaicinoša uzvedība.

²⁵ Bauman, S. (2004). *Parents of children with mental retardation: Coping mechanisms and support needs*. Doctoral dissertation, University of Maryland, College Park. Pieejams: <https://api.drum.lib.umd.edu/server/api/core/bitstreams/7f03b27b-e3bd-494e-905f-d1eb8000aad9/content> [aplūkots 27.11.2025.]

²⁶ Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Floyd, F. J., Pettee, Y., & Hong, J. (2001). *Life course impacts of parenting a child with a disability*. *American Journal on Mental Retardation*, 106(3), 265.–286. lpp. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11389667/> [aplūkots 27.11.2025.]

²⁷ Cuskelly, M. (2006). *Parents of adults with an intellectual disability*. *Family Matters*, 74, 20.–27. lpp.. Australian Institute of Family Studies. Pieejams: <https://aifs.gov.au/sites/default/files/mc.pdf> [aplūkots 27.11.2025.]

Parasti māsas un brāļi ir atvērti sadarbībai un iesaistei dažādu jautājumu risināšanā, tomēr jāatceras, ka arī viņiem ir nepieciešams emocionāls atbalsts, kā arī informatīva un praktiska palīdzība, lai māsas un brāļi saglabātu savu lomu un vietu dabīgā atbalsta tīklā.²⁸

3.4. PERSONA AR GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM KĀ VECĀKA LOMAS ĪSTENOTĀJS

Vēsturiski ilgstoši pastāv bažas par personām ar GRT, kuri kļūst par vecākiem. Speciālistu un aprūpētāju vidū šāda iespēja raisa debates un paaugstina trauksmi²⁹. Grūtnieces, kurām ir GRT, bieži saskaras ar kritisku attieksmi un aizspriedumiem gan no speciālistu, gan tuvinieku puses, un tā, nenoliedzami, ietekmē lēmumu, kādu grūtniece pieņem attiecībā uz grūtniecības saglabāšanu un bērna audzināšanu. Pētījumu rezultāti liecina, ka vecāki ar GRT biežāk dzīvo nabadzībā, ir izolētāki no sabiedrības un viņiem ir sliktākas vecāku lomas modelēšanas prasmes, ir sarežģīta attiecību vēsture, nepietiekams sociālais atbalsts un paaugstināts psiholoģiskais stress. Viss iepriekš minētais, protams, ietekmē vecāku spēju apmierināt bērna audzināšanas prasības. Tomēr vienlaikus ir arī skaidrs, ka pakalpojumos ne vienmēr tiek vērsta pietiekama uzmanība uz faktoriem “ārpus” GRT, līdz ar to piemīt tendence noliegt ārējo faktoru sarežģītību (piemēram, nabadzības, sociālās izolētības u. tml.), sniedzot pakalpojumu. Tas ietekmē vecāku kompetenci.

Literatūras avotos pausts vispārējs viedoklis, ka IQ ne vienmēr nosaka vecāku kompetenci, izņemot gadījumus, kad tas ir zem 55–60.

Pierādījumi liecina, ka lēmumam par to, vai persona spēj efektīvi īstenot vecāka lomu, bērna audzināšanu, jābalstās uz spēju izvērtējumu katrā individuālā gadījumā, nevis jāvērtē tikai IQ līmenis, vai IQ ir virs 55–60. Vienlaikus ir skaidrs, ka vecāku ar intelektuālās attīstības traucējumiem kompetenci ietekmē iegūto prasmju kopums, pieejamais sociālais atbalsts un bērna īpatnības, piemēram, viņa attīstības līmenis.

Ne mazāk svarīgi ņemt vērā, ka bērni, kuru vecākiem ir intelektuālās attīstības traucējumi, jāuzskata par mazaizsargātu grupu. Viņiem ir augstāks attīstības kavēšanās risks, it īpaši attiecībā uz valodas attīstību un izziņas prasmēm, kā arī var būt lielākas grūtības izglītības apguves procesā un problēmas uzvedībā.³⁰ Tas nozīmē, ka jāplāno lielāks, uz individuālajām vajadzībām fokusētais atbalsta apjoms šiem vecākiem, lai nodrošinātu labvēlīgu vidi bērna attīstībai.

Speciālas mācību programmas var ievērojami uzlabot personu ar intelektuālās attīstības traucējumiem prasmes īstenot vecāku lomu. Prasmju uzlabošanai var izmantot dažādas metodes, piemēram, modelēšanu, verbālās instrukcijas, fizisku vadīšanu, uzdevumu sadalīšanu mazākos soļos un dažādus attēlus. Šāda veida intervence ir būtiska gan attiecībā uz vecāku prasmēm, gan attiecību veidošanas prasmēm.

Faktori, kas ietekmē personas ar intelektuālās attīstības traucējumiem veiksmīgu mācību procesu, apgūstot vecākiem nepieciešamās prasmes, ir personas ieinteresētība un iesaiste bērna audzināšanā,

²⁸ National Disability Authority. (2016). *Adult siblings of individuals with intellectual disability/autistic spectrum disorder: Relationships, roles & support needs*. Dublin: National Disability Authority. Pieejams: <https://nda.ie/publications/adult-siblings-of-individuals-with-intellectual-disability-autistic-spectrum-disorder-relationships-roles-support-needs> [aplūkots 27.11.2025]

²⁹ Papildu informācijai un turpmākai iepazīšanai sk. arī: Labklājības ministrija. (2025). *Attiecības kā instruments sociālajā darbā*. Rīga. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/30866/download?attachment> [aplūkots 08.12.2025.]

³⁰ Baum, S. (2014). *Parents with intellectual disabilities*. University of Hertfordshire: Intellectual Disability and Health. Pieejams: <https://www.intellectualdisability.info/family/articles/parents-with-intellectual-disabilities> [aplūkots 27.11.2025.]

motivācija mācīties, kā arī apgūstamo prasmju sarežģītība un pieejamais sociālais atbalsts. Lai persona ar intelektuālās attīstības traucējumiem veiksmīgi spētu apgūt vecākiem nepieciešamās prasmes, svarīga ir izvēlēto mācīšanas metožu atbilstība personas kognitīvajam līmenim. Veicinot prasmju apguvi personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem, jāatceras, ka mācību process, kurš tiek īstenots ārpus reālās mājas vides, var nedot gaidītos rezultātus, jo personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem bieži ir grūtības pārnest zināšanas un iemaņas no vienas vides uz citu. Prasmes vislabāk ir apgūt reālās dzīves situācijās.



GADĪJUMA APRAKSTS

Jauna sieviete ar viegliem intelektuālās attīstības traucējumiem audzina divus mazgadīgus bērnus. Ikdienā viņai rūpēs par bērniem atbalstu sniedz jaunās sievietes māte. Pēc jaunās sievietes mātes nāves sociālais dienests piesaista ģimenes asistentu palīdzības sniegšanai. Jaunā sieviete ir apguvusi ikdienas prasmes rūpēties par bērniem, viņai ir nepieciešams atspajds atsevišķu sociālu situāciju risināšanā. Piemēram, nepieciešams atgādināt, ka bērniem jāveic profilaktiskās apskates pie ģimenes ārsta. Jaunajai sievietei izveidojies labs kontakts ar ģimenes asistentu, un nepieciešamības gadījumā viņa lūdz atbalstu.

Analizējot grupas intervences efektivitāti attiecībā uz vecāku ar intelektuālās attīstības traucējumiem attiecību veidošanas prasmēm, secināts, ka grupas darba laikā personas ieguvušas jaunus draugus, paplašinājies viņu sociālā atbalsta tīkls un cēlusies pašapziņa. Kaut arī tas neatstāj tiešu un tūlītēju efektu uz bērnu audzināšanu, tomēr pašapziņas paaugstināšanās pozitīvi ietekmē vecāku un bērnu savstarpējās mijiedarbības kvalitāti. Turklāt svarīgi ir ņemt vērā, ka vientuļiem vecākiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem ir būtiski zemāka pašapziņa, un šādā gadījumā grupu darbs var nebūt optimālā vide.³¹

3.5. VECĀKU AR GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM BĒRNI

Gados jauni ģimenes locekļi var būt īpaši jūtīgi situācijā, ka kādam no vecākiem ir GRT. Salīdzinot ar pieaugušām personām, bērniem ir ierobežotākas spējas un stratēģijas, kā tikt galā ar sarežģītām situācijām, mazāk ir psiholoģiskās aizsardzības līdzekļu, un viņi ir atkarīgāki no līdzcilvēkiem. **Vecāku psihosociālie traucējumi** var atstāt visaptverošu ietekmi uz bērnu agrīnā vecumposmā. Piemēram, mazs bērns var tikt iekļauts vecāku psihotiskā sistēmā, kas bērnam var radīt grūtības izprast, kura no dzīves pieredzēm ir “normāla” un kura – nav.³² Bērni uzvedību, komunikāciju, konfliktu risināšanas stratēģijas mācās, novērojot un atdarinot vecākus. Novērojot un atdarinot vecāku, kurš atrodas “murgu” varā, bērnam var veidoties uzvedības traucējumi. Strādājot ar ģimeni, svarīgi ir nodalīt, vai bērnam tiešām ir iedzimti psihosociāli traucējumi, vai arī tiek pārņemts uzvedības modelis.

Tā kā vecāka traucējumi patērē lielu daļu ģimenes enerģijas, bērnam var rasties sajūta, ka viņa vajadzības tiek nolietgatas vai viņam pārāk ātri nākas kļūt pieaugušam.

Vecāki ar intelektuālās attīstības traucējumiem bieži tiek uztverti kā mazāk kompetenti, pastāv uzskats, ka viņu vecāku prasmes nav pietiekamas, lai spētu veiksmīgi audzināt bērnus. Pētījumi apliecina, ka

³¹ Baum, S. (2014). *Parents with intellectual disabilities*. University of Hertfordshire: Intellectual Disability and Health. Pieejams: <https://www.intellectualdisability.info/family/articles/parents-with-intellectual-disabilities> [aplūkots 27.11.2025.]

³² NAMI Metropolitan Baltimore. (2009). *How Siblings and Offspring Deal with Mental Illness*. Baltimore: National Alliance on Mental Illness Metropolitan Baltimore, Inc. Pieejams: https://namimd.org/wp-content/uploads/2016/04/Siblings___Offspring_KSF.pdf [aplūkots 27.11.2025.]

bērni, kuru vecākiem ir intelektuālās attīstības traucējumi, sāk apzināties savu vecāku atšķirību, sasniedzot skolas vecumu.³³ Tomēr parasti bērniem nav izpratnes par to, ka vecāku atšķirības pamatā ir vecāku intelektuālās attīstības traucējumi. Parasti bērns, uzsākot skolas gaitas, saprot, ka mamma nespēj palīdzēt ar mājasdarbiem. Bērnam bieži veidojas izpratne arī par to, ka mājas apstākļi ir atšķirīgi, piemēram, nav pietiekams higiēnas nodrošinājums. Skolas vidē tas var provocēt situāciju, kurā bērns tiek aizskarts no citu skolabiedru puses. Tomēr pētījumi liecina arī to, ka mātes mīlestība atsver šos aizskārumus.³⁴

Bērnam pieaugot, sajūtas attiecībā pret vecākiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem var mainīties. Tās var svārstīties no mīlestības līdz dusmām un naidam. Vairumā gadījumu vecāku ar intelektuālās attīstības traucējumiem bērni ir pilnībā pārliecināti par savu vecāku nesavtīgu mīlestību un uzskata mājas vidi par emocionāli pozitīvu.

Bērns parasti no skolas vides ienes mājas vidē jaunas zināšanas un informāciju par dzīvi ārpus mājas un tādējādi kompensē nepietiekamo sociālo tīklojumu. Nepietiekamie sociālie stimuli var būt pamats bērna ievietošanai speciālās izglītības iestādē, lai gan bērnam vienkārši ir nepieciešama papildu palīdzība mācību vielas apguvē. Svarīgi ir pievērst pietiekamu uzmanību bērna papildu aktivitāšu nodrošināšanai, lai veicinātu viņa attīstību. Tās varētu būt dažādas ārpusskolas interešu pulciņu aktivitātes. Vecāku ar intelektuālās attīstības traucējumiem bērniem var būt nepieciešams sniegt atbalstu, lai viņi iesaistītos ārpusskolas interešu pulciņos.

Vecāku ar intelektuālās attīstības traucējumiem bērniem mājās bieži nākas uzņemties vairāk pienākumu nekā viņu vienaudžiem.³⁵ Atklāts, ka bērna vecāka dažādi traucējumi var būt riska faktors, kā ietekmē bērns var kļūt par gados jaunu aprūpētāju. Šajā situācijā bērna attīstība var tikt ierobežota, jo bērnam jāuzņemas atbildība par vecāku funkcionāliem traucējumiem. Jēdziens “gados jauns aprūpētājs” var tikt uzskatīts par sinonīmu situācijai, kurā bērnam jāuzņemas loma un pienākumi, ko parasti sabiedrībā uzskata par pieaugušu personu atbildību.

Viens no izaicinājumiem, ar ko ikdienā nākas saskarties vecāku ar intelektuālās attīstības traucējumiem bērniem, ir sabiedrības noliedzošā attieksme pret viņu vecākiem. Tās dēļ bērnam var nākties ieņemt ģimenes aizstāvja lomu, kas neatbilst vecumposmam un bērnam var radīt emocionālu traumu.

Svarīgi ir attīstīt speciālas programmas, kuras būtu domātas vecāku ar intelektuālās attīstības traucējumiem bērniem. Pārāk bieži tiek uzskatīts, ka gadījumā, ja tiek īstenota speciāla programma personu ar intelektuālās attīstības traucējumiem vecāku prasmju attīstībai, tā automātiski pozitīvi ietekmēs viņu bērnus. Tomēr jāņem vērā, ka šīm ģimenēm katru dienu jāsaskaras ar dažādiem ārējiem apstākļiem un stigmatizāciju. Tātad svarīga ir ne tikai situācija mājas vidē, bet arī sociālais un kopienas konteksts.

Nepieļaujama ir pieņēmumu veidošana par to, ka bērniem, kuru vecākiem ir intelektuālās attīstības traucējumi, ir ierobežotas spējas. Bērniem ir jānodrošina visi attīstībai nepieciešamie stimuli, arī iespējas mācīties vispārīzglītojošās skolās.

³³ Collings, S., & Llewellyn, G. (2012). *Children of parents with intellectual disability: Facing poor outcomes or faring okay?* Journal of Intellectual & Developmental Disability, 37(1), 65.–82. lpp. Pieejams: <https://doi.org/10.3109/13668250.2011.648610> [aplūkots 27.11.2025.]

³⁴ Turpat.

³⁵ Llewellyn, G., Traustadóttir, R., McConnell, D. & Sigurjónsdóttir, H. B. (2010). *Parents with intellectual disabilities: Past, present and future*. Wiley-Blackwell, 63.–78. lpp.

4

Sociālajam darbiniekam nepieciešamās vērtības, pamatzināšanas un prasmes darbā ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem

4.1. SOCIĀLĀ DARBA PAMATVĒRTĪBAS DARBĀ AR PILNGADĪGĀM PERSONĀM AR GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM

Vērtības ir ļoti praktiskas, tās dod mērķus un virzienus, atspoguļo mūsu uzskatus par pasauli – to, kā cilvēkiem būtu jāstrādā un kādos apstākļos cilvēkiem vajadzētu dzīvot. Savukārt profesionālās vērtības attiecas uz profesijas pamatprincipiem. Kad sociālie darbinieki pauž savas vērtības, viņi prezentē sevi sabiedrībai. Sociālajiem darbiniekiem, kas ir pārmaiņu veicinātāji, jāsaprot, ka vērtības ir balstītas uz uzskatiem un saistībām un ietekmē mūsu lēmumus.

Sociālā darba profesionālās vērtības ir balstītas starptautiskos un nacionālos cilvēktiesību dokumentos un kalpo kā ietvars darbam ar jebkuru mērķa grupu. Šīs vērtības ir noturīgas, taču to interpretācija un praktiskā īstenošana attīstās līdz ar sabiedrības izpratni par cilvēktiesībām, iekļaušanu un sociālo taisnīgumu. Strādājot ar marginalizētām sabiedrības grupām³⁶, tostarp personām ar GRT, sociālajam darbiniekam bieži nepieciešama pastiprināta vērtību apzināšana un refleksija. Stereotipi un stigmatizējoši aizspriedumi, kas laika gaitā sabiedrībā un institucionālajās praksēs ir nostiprinājušies, var ietekmēt sociālā darba profesionālo vērtību īstenošanu ikdienas darbā. Tāpēc sociālajiem darbiniekiem ir būtiski apzināt šos procesus un kritiski reflektēt par to ietekmi uz lēmumu pieņemšanu un sadarbību ar klientiem. Sociālā darba pamatvērtības, kā tās definē ASV Sociālo darbinieku nacionālā asociācija (viena no izplatītākajām klasifikācijām pasaulē) ir šādas: kalpošana (angļu val. *service*), sociālais taisnīgums, cilvēka cieņa un vērtība, cilvēku attiecību vērtība, integritāte un kompetence.³⁷

Prakse rāda, ka darbā ar noteiktām klientu grupām profesionālās vērtības bieži tiek pārbaudītas un izgaismo arī plašākas sistēmiskas problēmas. Darbā ar personām ar GRT starptautiski un arī Latvijā novērojams, ka speciālisti nereti sastopas ar paaugstinātu profesionālo slodzi, sarežģītām situācijām un nepietiekamu strukturālu atbalstu. Tas var radīt situācijas, kurās darbs ar cilvēkiem ar smagākiem

³⁶ Marginalizētas sabiedrības grupas ir grupas, kuras sociālu un institucionālu barjeru dēļ, tostarp stigmatizējošas attieksmes rezultātā, ir pakļautas sociālās atstumtības riskam.

³⁷ National Association of Social Workers. (2017). *The NASW Code of Ethics*. Pieejams: <https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English> [aplūkots 27.11.2025.]

traucējumiem kļūst īpaši izaicinošs – nevis vērtību trūkuma, bet gan resursu, apmācību, noslodzes un sistēmiskas kapacitātes trūkuma dēļ³⁸.

Tādēļ ļoti svarīgi no vērtību viedokļa analizēt darba praksi ar personām ar GRT. Zemāk atainotajā tabulā ir apkopoti jautājumi, kuri varētu rasties un par kuriem ir vērts padomāt brīdī, kad sociālais darbinieks sāk strādāt ar personām ar GRT (skat. 1. tabulu “*Sociālā darba vērtības: vispārējs skaidrojums*”).

1. tabula. Sociālā darba vērtības: vispārējs skaidrojums.

Vērtības	Vispārējs skaidrojums	Refleksīvi jautājumi par vērtībām darbā ar personām ar GRT
Kalpošana	<p>Sociālie darbinieki uzskata, ka kalpošana citiem cilvēkiem ir svarīgāka par viņu interesēm.</p> <p>Sociālie darbinieki piedāvā savas prasmes un zināšanas visiem cilvēkiem, kuriem tās ir nepieciešamas.</p>	<p>Vai vienmēr izvirzām par prioritāti kalpošanu personai, nevis mūsu intereses, it īpaši gadījumos, ja personai ir izaicinoša uzvedība, ja viņas dzīvesveids vai iekšējā pasaule atšķiras no mūsējās, ja personai ir problēmas ar komunikāciju un viņa nevar sevi pārstāvēt?</p>
Sociālais taisnīgums	<p>Sociālie darbinieki prioritāti piešķir darbam ar tām personām un grupām, kuras ir īpaši neaizsargātas, maznodrošinātas un marginalizētas. Sociālie darbinieki cīnās pret nabadzību, mēģina mainīt sociālās sistēmas.</p> <p>Sociālie darbinieki rūpējas par pieeju nozīmīgai līdzdalībai lēmumu pieņemšanā visiem cilvēkiem.</p> <p>Sociālie darbinieki strādā kopā ar personām, lai sasniegtu sociālas pārmaiņas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vai vienmēr dodam priekšroku un pievēršam lielāku uzmanību darbam ar personām ar GRT, salīdzinot ar personām labvēlīgākā situācijā? 2. Vai uzskatām, ka personām ar GRT ir tiesības pieņemt lēmumus par savu dzīvi? Vai darām visu, lai viņas varētu piekļūt šīm tiesībām? 3. Vai vienmēr cīnāmies ar sistēmām, kurās pārkāpj personu ar GRT tiesības? 4. Vai redzam personas ar GRT kā līdzvērtīgus dalībniekus attiecībā uz sociālajām pārmaiņām?

Tabulas turpinājumu sk. 54. lpp.

³⁸ Ryan, C., Bergin, M., & Wells, J. S. G. (2019). *Work-related stress and well-being of direct care workers in intellectual disability services: A scoping review of the literature*. International Journal of Developmental Disabilities, 67(1), 1–22. Pieejams: <https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1582907> [aplūkots 27.11.2025.]

Vērtības	Vispārējs skaidrojums	Refleksīvi jautājumi par vērtībām darbā ar personām ar GRT
Cilvēka cieņa un vērtība	<p>Sociālie darbinieki kalpo visiem cilvēkiem neatkarīgi no atšķirībām un ar cieņu izturas pret citiem, ievērojot individuālās atšķirības un kultūru, un etnisko daudzveidību.</p> <p>Sociālie darbinieki ciena un veicina cilvēku tiesības pieņemt sociāli atbildīgus, autonomus lēmumus, un ētiski risina dilemmas, kas radušās no šīs darbības.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vai vienmēr ar cieņu izturamies pret personām ar GRT? 2. Vai mudinām cilvēkus ar GRT attīstīt pašnoteikšanos un pieņemt lēmumus? 3. Vai darām visu iespējamo, lai palīdzētu šīm personām saprast, kādi lēmumi ir sociāli atbildīgi, kādi nav un kāpēc?
Cilvēku attiecību vērtība	<p>Sociālie darbinieki uzskata attiecības kā personisko un sociālo pārmaiņu līdzekli.</p> <p>Sociālie darbinieki cenšas stiprināt cilvēku savstarpējās attiecības, veidot partnerību ar klientiem.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vai palīdzam personām ar GRT pretoties izolācijai, veidot jaunas attiecības un atbalstīt vecās? 2. Vai atbalstām un attīstām partnerību ar klientiem ar GRT?
Integritāte	<p>Sociālie darbinieki vienmēr apzinās profesijas misiju, vērtības, ētikas principus, apņemas strādāt godīgi un uzticami un veic pasākumus, lai nodrošinātu ētikas praksi darbā ar indivīdiem un savās organizācijās.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vai vienmēr paturam prātā profesijas misiju, vērtības, ētikas principus, strādājot ar personām ar GRT? 2. Vai vienmēr cenšamies noliedzīgi izturēties pret neētisku praksi, ko veicam paši, mūsu kolēģi vai organizācijas, ja runa ir par sociālo darbu ar personām ar GRT?
Kompetence	<p>Sociālie darbinieki praktizē tikai savas kompetences jomās un veic nepārtrauktus pasākumus, lai uzlabotu savas zināšanas un spējas profesionālam darbam.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vai vienmēr ievērojam savas profesijas robežas un kompetences jomas, strādājot ar personām ar GRT? 2. Vai vienmēr meklējam jaunas zināšanas par sociālo darbu ar personām ar GRT?

4.1.1. Ētikas koncepcija sociālajā darbā

Profesionālās vērtības veido profesijas pamatus un standartus. Sociālajā darbā ētikas kodekss pārvērš vērtības par uzvedības standartiem: “Ētika ir vērtības darbībā”.³⁹ Svarīgi uzsvērt, ka vieni un tie paši ētikas standarti attiecas uz sociālo darbu ar visām klientu grupām, īpašu uzmanību pievēršot tām jomām, kurās grupa ir visneaizsargātākā pret diskrimināciju, stereotipiem un tiesību pārkāpumiem.



GADĪJUMA APRAKSTS

Toma, pilngadīgas personas ar GRT, māte vēršas pie pašvaldības sociālā darbinieka, lai ievietotu Tomu institūcijā. Māte ir Toma aizgādne, viņa sociālajam darbiniekam stāsta, ka ir ļoti nogurusi, rūpējoties par savu dēlu. Dēls nesēn sācis agresīvi izturēties pret viņu. Sociālais darbinieks izsaka līdzjūtību mātei un aicina viņu nākt nākamajā reizē kopā ar Tomu. Nākamajā tikšanās reizē sociālais darbinieks piedāvā dēlam parakstīt standarta iesniegumu, ka viņš vēlas dzīvot institūcijā, paskaidrojot viņam, ka viņam tur patiks. Toms nelasa un neraksta, bet var uzvilkt krustu uz papīra. Kad māte un sociālais darbinieks viņu pārlicina, Toms uzvelk šo krustu. Pēc pusgada institūcijā Toms nonāk dziļā depresijā.

Izdevumā “Sociālā darba un sociālās labklājības visaptveroša rokasgrāmata”⁴⁰ noteiktas sociālā darba ētikas galvenās jomas, kas ir kopīgas visiem ētikas kodeksiem (skat. 2. tabulu). Tās uzskaitītas tabulas kolonnā “Ētikas joma”, savukārt kolonnā “Darbības, strādājot ar personu ar GRT” nosauktas dažas konkrētas darbības, kas ir īpaši svarīgas, lai nodrošinātu ētisku darbu ar personām ar GRT; katra darbība raksturota ar konkrētiem piemēriem.

2. tabula. Sociālā darba ētikas galvenās jomas.

Ētikas joma	Darbības, strādājot ar personu ar GRT	Piemēri
Pašnoteikšanās	Darbības, kas nodrošina, ka klientam ir tiesības pieņemt lēmumu par savu dzīvi. Darbības, kas palīdz izvairīties no profesionāla paternālisma.	Sociālais darbinieks aktīvi izmanto metodes, lai atklātu klienta ar GRT komunikācijas stilu un viņa prioritātes. Sociālais darbinieks jautā personas viedokli, kā viņa novērtē darba procesu. Sociālais darbinieks, runājot ar pilngadīgām personām ar GRT, izmanto atbilstīgas valodas formas (uzrunā ar “jūs”, nevis ar “tu”).

Tabulas turpinājumu sk. 56. lpp.

³⁹ Sowers, K. M., Dulmus, C. N. (2008). *Comprehensive Handbook of Social Work and Social Welfare. Volume 1: The Profession of Social Work*. New York: Wiley, 2008, 104. lpp.

⁴⁰ Turpat.

Ētikas joma	Darbības, strādājot ar personu ar GRT	Piemēri
Informēta piekrišana	<p>Darbības, kas veicina brīvību no piespiešanas, pieprasot informētu piekrišanu.</p> <p>Darbības, kas nodrošina to, ka piedāvājam klientiem adekvātu, objektīvu un saprotamu informāciju, ja nepieciešams, izmantojot alternatīvas saziņas iespējas.</p>	<p>Sociālais darbinieks pavada pietiekami daudz laika, lai izskaidrotu personai ar GRT, ko nozīmē informēta piekrišana, kas notiks, ja persona dokumentu parakstīs vai neparakstīs.</p> <p>Sociālais darbinieks var izmantot vieglo valodu, attēlus vai īpašas lietojumprogrammas u. tml., kas nodrošina personas izpratni par piekrišanu vai nepiekrišanu parakstīt dokumentu.</p>
Profesionālā kompetence	<p>Darbības, kas nodrošina, ka praktiķiem ir nepieciešamās zināšanas un prasmes, lai viņi varētu veikt profesionālu darbu.</p> <p>Darbības, kas nodrošina, ka praktiķi var risināt savas personīgās problēmas, lai tās neietekmētu darbu ar klientiem.</p> <p>Darbības, kurās paredzēts, kā rīkoties, ja citi sociālie darbinieki strādā neētiski vai kāda konkrēta prakse ir neētiska.</p>	<p>Sociālajiem darbiniekiem ir pieejamas regulāras apmācības vai profesionālā literatūra par mūsdienu tendencēm sociālajā darbā ar personām ar GRT.</p> <p>Sociālie darbinieki regulāri izmanto supervīziju, viņiem ir iespēja izmantot arī psihoterapiju. Tajās organizācijās, kurās viņi strādā, un visā labklājības sistēmā ir paredzēti veidi, kā kontrolēt darbības, ko veic sociālie darbinieki, kas strādā ar personām ar GRT.</p>
Interesešu konflikti	<p>Darbības, kas samazina interesešu konfliktus, jo īpaši gadījumos, kad sociālie darbinieki strādā ar vairākām personām klienta sistēmā, piemēram, ģimenē.</p> <p>Darbības, kas palīdz sociālajiem darbiniekiem pievērst uzmanību varas līdzsvaram viņu attiecībās ar klientu, jo sociālie darbinieki atrodas varas pozīcijā klienta dzīvē. Darbības, kas nodrošina to, ka darbinieki neizmanto klientus savās interesēs.</p>	<p>Sociālajam darbiniekam ir iespēja strādāt profesionālu komandā, kurā viņš regulāri var apspriest gadījumus, un dažkārt, kad ir interesešu konflikta risks, var nosūtīt ģimenes (kurā ir persona ar GRT) locekļus pie cita profesionāļa.</p> <p>Sanāksmēs vai supervīzijas laikā sociālais darbinieks var saņemt atsauksmes no saviem kolēģiem par savām darbībām, tostarp par situācijām, kurās var rasties interesešu konflikta risks vai risks izmantot savu varas pozīciju klienta interesēm neatbilstošā veidā.</p>

Ētikas joma	Darbības, strādājot ar personu ar GRT	Piemēri
Privātums un konfidencialitāte	Darbības, kas nodrošina informācijas aizsardzību, īpaši gadījumos, ja klientam nav iespēju sevi aizstāvēt viņa veselības stāvokļa dēļ.	Persona ar GRT un viņas gadījums netiek apspriests ar citiem, izņemot profesionālas komandas sanāksmēs vai supervīzijās, citos gadījumos – tikai ar personas atļauju.
Nediskriminēšana	Darbības, kas nodrošina taisnīgu un objektīvu praksi un attiecības ar klientiem.	Sociālie pakalpojumi tiek sniegti, pamatojoties uz klienta vajadzībām, nevis uz viņa veselības stāvokli.
Profesionalitāte	Darbības, kas nodrošina, ka sociālie darbinieki nav saistīti ar negodīgumu, krāpšanu vai maldināšanu. Sociālie darbinieki precīzi atspoguļo organizācijas uzskatus un māk atšķirt oficiālo profesionālo viedokli no sava personīgā, uzskata par savu nopelnu pašu, nevis citu paveikto. Sociālie darbinieki lieto precīzu un cieņpilnu valodu, runājot ar un par klientiem.	Sociālais darbinieks neizmanto ļaunprātīgi personu ar GRT finansiālu, psiholoģisku, profesionālu vai kādu citu iemeslu dēļ. Sociālais darbinieks aktīvi rīkojas, lai iebilstu pret iepriekš minētajām darbībām savā organizācijā vai profesionālajā kopienā.
Personīga un profesionāla integritāte	Darbības, kas nodrošina precīzu un cieņpilnu valodu saziņā ar klientiem un par klientiem.	Sociālais darbinieks neizsaka diskriminējošus komentārus par personām ar GRT, kā arī attiecīgi reaģē, ja dzird šādus komentārus no saviem kolēģiem.

4.1.2. Sociālais taisnīgums

Sociālais darbs ar personām ar GRT balstās biopsihosociālajā veselības modelī, kurā psiholoģiskie, bioloģiskie un sociālie faktori tiek skatīti savstarpējā mijiedarbībā, un sociālā darba prakse notiek saskarsmē starp personu un vidi – no individuālām vajadzībām un pašnoteikšanās, un ietverot ģimenes, sociālos tīklus, kopienu un plašākus sociāli ekonomiskos apstākļus. Šajā kontekstā sociālais taisnīgums ir centrāls profesionālais princips, tomēr praksē tas nereti kļūst mazāk redzams, jo to aizēno administratīvais slogs, akūtas krīzes un sistēmiskie ierobežojumi; mikrolīmenī tas var pat “pazust” starp citiem abstraktiem jēdzieniem. Mūsdienā skatījumā garīgā veselība tiek uzlūkota kā sociālā taisnīguma un cilvēktiesību jautājums, kas atklāj ciešu saikni starp sociāli ekonomisko stāvokli, mājokļa pieejamību, izglītību, nodarbinātību, ekonomisko drošību, sociālo atbalstu, kā arī dzimuma un citu nevienlīdzību dimensijām un to ietekmi uz cilvēka veselību un dzīves iespējam.⁴¹

⁴¹ Australian Association of Social Workers. (2014) *Practice Standards for Mental Health Social Workers*. Canberra: AASW, 7. lpp. Pieejams: <https://my.aasw.asn.au/file-asset/0699g000001SsKSAA0> [aplūkots 30.11.2025.]

SOCIĀLĀ TAISNĪGUMA UN GARĪGĀS VESELĪBAS SASAISTES PIEMĒRI:

- cilvēki no zemas sociālās šķiras biežāk cieš no šizofrēnijas;
- sabiedrībās, kurās dominē tradicionālās dzimuma lomas, sievietes vairāk cieš no depresijas;
- balstoties ikdienas rasisma pieredzē – tumšādainām personām ir augstāks šizofrēnijas riska līmenis nekā baltās rases pārstāvjiem (rasisma sekas);
- depresijas riska līmenis starp vīriešiem gejiem ir astoņas reizes lielāks nekā vispārējā populācijā;
- jaunieši, kas ir homoseksuāli vai biseksuāli, 6–11 reizes biežāk mēģina izdarīt pašnāvību nekā heteroseksuālie vienaudži.⁴²

Cilvēku veselības stāvokļa nevienlīdzība, tostarp – viņu garīgās veselības, ir saistīta ar:

- sociāli ekonomisko statusu (piemēram, persona dzīvo nabadzībā);
- dzīves apstākļiem (piemēram, persona ir bezpajumtnieks, dzīvo institūcijā vai atrodas cietumā);
- sociālo identitāti (sieviete, persona ar atšķirīgu etnisko izcelsmi, lesbiete vai gejs, vecs vai jauns);
- veselības stāvokli (invaliditāte).

Runājot par sociālo taisnīgumu, jāpiemin, ka sociālais darbs ir saistīts ar stigmatizāciju un diskrimināciju. Sociālais taisnīgums veicina piekļuvi nepieciešamajiem ārstniecības un sociālajiem pakalpojumiem. Ievērojot sociālā taisnīguma principu, sociālie darbinieki cenšas organizēt pakalpojumus tā, lai tie būtu pieejami un orientēti uz personu ar GRT un viņu ģimenes īpašajām vajadzībām un vēlmēm.⁴³ Viens no būtiskākajiem šķēršļiem darbā ar personām ar GRT ir vēsturiski iesakņojusies un joprojām pastāvoša stigmatizācija. Kā norāda psihiatrs Hulio E. Arboleda-Floress un stigmas pētniece Hītere Stjuarte, stigma darbojas kā sociāla apspiešana, kas pazemina cilvēka vērtību, mazina pašcieņu un ierobežo iespējas pilnvērtīgi piedalīties sabiedrībā.⁴⁴

Lai novērstu stigmatizāciju, sociālie darbinieki var izmantot esošās prakses:

- analizēt dominējošo ideoloģijas diskursu, dot klientiem iespēju rekonstruēt savu identitāti un iesaistīties sociālo pārmaiņu procesā, tādējādi apstrīdot esošās dominējošās ideoloģijas, piemēram, palīdzēt klientam ar šizofrēniju izprast sabiedrības attieksmi pret cilvēkiem ar šo slimību, palīdzēt klientam, neļaujot šiem stereotipiem viņu ietekmēt;
- izglītēt sabiedrību par mītiem un nepareizu uztveri par GRT: ikdienas sarunās ar kopienas iedzīvotājiem vai publisku runu laikā, semināros;
- pretoties un protestēt pret negatīvo tēlu: aktīvi un skaļi izteikt savu nepiekrišanu kā profesionālim, piedalīties publiskās diskusijās, protestos;
- domāt par savu uzvedību, kas varētu reproducēt stigmatizāciju: analizēt savu darbu patstāvīgi, kopā ar kolēģiem, ar vadītāju.

Iniciatīvas pret stigmatizāciju var ne tikai palīdzēt klientiem, bet arī palielināt uzticamību sociālā darba profesijai visā sabiedrībā (citās klientu grupās, kopienas iedzīvotājos u. c.).

⁴² NHS Education for Scotland. (2012) *The Ten Essential Shared Capabilities: Supporting Person-Centred Approaches. Module 4: Equality and Diversity – Respecting Difference*. Edinburgh: NES.

⁴³ Australian Association of Social Workers. (2014) *Practice Standards for Mental Health Social Workers*. Canberra: AASW, 8. lpp. Pieejams: <https://my.aasw.asn.au/file-asset/0699g000001SsKSAA0> [aplūkots 30.11.2025.]

⁴⁴ Arboleda-Flórez, J. & Stuart, H. (2012). *From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses*. Canadian Journal of Psychiatry, 57(8), 457.–463. lpp. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22854027/> [aplūkots 27.11.2025.]

4.1.3. Cilvēktiesību koncepcija sociālajā darbā, t. sk. personu ar invaliditāti tiesības

Cilvēktiesības attiecas uz visiem cilvēkiem. Tās nav jānopelna, un tās nav atkarīgas no cilvēka sociālā statusa. Tās ir tiesības, kas raksturo valsts un cilvēka attiecības. Nepastāv abstraktas cilvēktiesības – tās vienmēr ir juridiski formulētas kādā noteiktā starptautisko tiesību dokumentā vai nacionālajā tiesību aktā. Cilvēktiesības aptver plašu tiesību spektru – gan pilsoniskās un politiskās tiesības, gan ekonomiskās, sociālās un kultūras tiesības. Latvijā cilvēktiesības ir noteiktas Latvijas Republikas Satversmē,⁴⁵ kā arī daudzos starptautiskos tiesību dokumentos, kuri Latvijā ir ratificēti.

Arī sociālā darba praksē, t. sk. sniedzot sociālos pakalpojumus cilvēkiem ar invaliditāti, jāvadās pēc cilvēktiesību principiem. 1948. gada 10. decembrī pieņemtajā ANO Vispārējā cilvēktiesību deklarācijā, kas padarīja cilvēktiesības par universālām visā pasaulē, noteikts, ka “visi cilvēki piedzimst brīvi un vienlīdzīgi cieņā un tiesībās [...]”⁴⁶ Bet realitātē, realizējot šīs tiesības, ne katram cilvēkam ir šāda pieredze, un tas ļoti bieži attiecas uz cilvēkiem ar invaliditāti.

Nozīmīgas izmaiņas cilvēku ar invaliditāti tiesību jomā sākās pēc tam, kad 2006. gadā tika pieņemta un 2008. gadā stājās spēkā ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām.⁴⁷ Latvija ANO Konvenciju parakstīja 2008. gadā, bet ratificēja 2010. gadā, un tā Latvijā ir spēkā kopš 2010. gada 31. marta. Kopš 2010. gada 30. septembra Latvijā ir spēkā arī ANO Konvencijas Fakultatīvais protokols, kas nodrošina iespēju ikvienam Latvijas iedzīvotājam vērsties ar sūdzību⁴⁸ ANO Personu ar invaliditāti tiesību komitejā par Konvencijā ietvertu tiesību pārkāpumiem. ANO mērķis ir “veicināt, aizsargāt un nodrošināt to, lai visas personas ar invaliditāti varētu pilnībā un vienlīdzīgi izmantot visas cilvēktiesības un pamatbrīvības, un veicināt tām piemītošās cieņas ievērošanu”.⁴⁹ Šis dokuments nepiedāvā personām jaunas tiesības, bet nodrošina personām ar invaliditāti tādas pašas tiesības kā visiem pārējiem. Tādējādi konvencijai pievienojušos dalībvalstu pienākums ir respektēt un nodrošināt personu ar invaliditāti vienlīdzību pamattiesību un pamatbrīvību izmantošanā.

ANO Konvencija ir radikāli mainījusi skatījumu uz invaliditāti: invaliditāte vairs netiek saprasta medicīniskā, bet sociālā modeļa kontekstā. Medicīniskā modeļa pieejā cilvēks ar invaliditāti tika uzlūkots kā tāds, kam ar ārstniecības palīdzību pašam jāpārvar savas “problēmas” un jāpielāgojas sabiedrībā vispārpieņemtiem sadzīves principiem. Savukārt sociālā modeļa pieejā invaliditāte tiek skaidrota kā sociāls veidojums, nevis kā indivīdam raksturīga īpašība. Tas nozīmē, ka cilvēkam piemītošie ierobežojumi (piemēram, kāds var būt zaudējis redzi, kādam var būt intelektuālās attīstības traucējumi) kļūst par invaliditāti tikai tad, ja sabiedrība nav gatava pieņemt cilvēku tādu, kāds viņš ir, un nav gatava sniegt nepieciešamo atbalstu vai pielāgojumus, lai persona varētu īstenot savas tiesības un intereses līdzvērtīgi ar citiem. Tādējādi invaliditāte nav katra atsevišķa cilvēka problēma, bet gan sabiedrības problēma, un valsts ir atbildīga par strukturālu, vides, komunikācijas, juridisku un attieksmes šķēršļu likvidēšanu, kas

⁴⁵ Latvijas Republikas Satversme. VIII nodaļa: Cilvēka pamattiesības. *Latvijas Vēstnesis*, 43, 01.07.1993.; *Ziņotājs*, 6, 31.03.1994.; *Valdības Vēstnesis*, 141, 30.06.1922.; *Diena*, 81, 29.04.1993. Pieejams: <https://likumi.lv/doc.php?id=57980> [aplūkots 30.11.2025.]

⁴⁶ *ANO Vispārējā cilvēktiesību deklarācija: starptautiska deklarācija, 1. pants*. Latvijas Republikas Tiesībsargs. Pieejams: <http://www.tiesibsargs.lv/lv/pages/tiesibu-akti/ano-dokumenti/ano-vispareja-cilvektiesibu-deklaracija> [aplūkots 30.11.2025.]

⁴⁷ *ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām: starptautiska konvencija*. "Latvijas Vēstnesis", 27, 17.02.2010. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1630> [aplūkots 30.11.2025.]

⁴⁸ Pirms sūdzības iesniegšanas ANO personai vispirms ir jāizmanto visi Latvijā pieejamie tiesību aizsardzības līdzekļi. Tāpat jāatceras, ka sūdzību var iesniegt tikai par tiem notikumiem/faktiem, kas notikuši pēc ANO Fakultatīvā protokola spēkā stāšanās noteiktā valstī.

⁴⁹ *ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām: starptautiska konvencija, 1. pants*. "Latvijas Vēstnesis", 27, 17.02.2010. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1630> [aplūkots 30.11.2025.]

noteiktiem cilvēkiem vai cilvēku grupām liedz vienlīdzīgā līmenī sazināties ar citiem cilvēkiem.⁵⁰

ANO Konvencijā cilvēku ar invaliditāti lokā tiek iekļautas “personas, kurām ir ilgstoši fiziski, garīgi, intelektuāli vai maņu traucējumi, kas mijiedarbībā ar dažādiem šķēršļiem var apgrūtināt to pilnvērtīgu un efektīvu līdzdalību sabiedrības dzīvē vienlīdzīgi ar citiem”.⁵¹ Saskaņā ar ANO Konvenciju “invaliditāte rodas, cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem, saskaroties ar attieksmes un apkārtējās vides šķēršļiem, kas ierobežo vienlīdzīgas iespējas pilnvērtīgi un efektīvi darboties sabiedrības dzīvē.”⁵²

ANO Konvencija sastāv no piecdesmit pantiem, kuros ietvertas gan pilsoniskās un politiskās tiesības, gan ekonomiskās, sociālās un kultūras tiesības. ANO Konvencijas pamatprincipi ietver cilvēka cieņas ievērošanu, diskriminācijas aizliegumu, līdzdalību un integrāciju sabiedrībā, cieņu pret atšķirīgo, iespēju vienlīdzību, pieejamību, vīriešu un sieviešu vienlīdzību un cieņu pret bērnu ar invaliditāti, spēju attīstīšanu. Par ANO Konvencijas progresīvo garu liecina arī uzsvars uz līdzdalību, aicinot nodrošināt cilvēku ar invaliditāti līdzdalību visos lēmumu pieņemšanas līmeņos:⁵³ gan politiskajā, gan sociālajā un kultūras dzīvē, dalībvalstis arī tiek aicinātas iesaistīt ANO Konvencijas īstenošanas pārraudzībā cilvēkus ar invaliditāti.

Lai gan personām ar GRT ir nozīmīgi daudzi ANO Konvencijas panti, šīs metodikas ietvaros tiek aplūkoti tikai divi no tiem – 19. pants par tiesībām uz neatkarīgu dzīvi un iekļaušanu sabiedrībā un 12. pants par tiesībām uz rīcībspēju un tiesībspēju.

TIESĪBAS UZ NEATKARĪGU DZĪVI UN IEKĻAUSĀNU

ANO Konvencijas 19. pantā (Patstāvīgs dzīvesveids un iekļaušana sabiedrībā) paredzēts, ka “visām personām ar invaliditāti ir vienlīdzīgas tiesības dzīvot sabiedrībā ar tādu pašu izvēles brīvību kā citiem cilvēkiem”, tostarp “ir iespējas izvēlēties dzīvesvietu un to, kur un ar ko tās dzīvo, un ka tām neliek dzīvot kādos noteiktos apstākļos”. Tas nozīmē, ka personām ar invaliditāti ir tiesības uz tādu pašu izvēli un kontroli pār savu dzīvi kā personām bez invaliditātes.

ANO Konvencijā arī noteikts, ka personām ar invaliditāti jābūt pieejamiem dažādiem mājās un dzīvesvietā sniegtiem pakalpojumiem un citiem sociālā atbalsta pasākumiem, tostarp personīgai palīdzībai, kas nepieciešama, lai dzīvotu un iekļautos sabiedrībā un, lai nepieļautu izolēšanu vai nošķiršanu no sabiedrības, arī personām ar invaliditāti jābūt vienlīdz pieejamiem plašai sabiedrībai paredzētie sociālie pakalpojumi un objekti.

TIESĪBAS PIEŅEMT LĒMUMUS

ANO Konvencijas 12. pantā (Vienlīdzīgas tiesībspējas atzīšana) paredzēts, ka “personām ar invaliditāti ir tiesības uz viņu tiesībspējas atzīšanu” un “līdzvērtīgi ar citiem ir rīcībspēja visās dzīves jomās”, kā arī ir jānodrošina “atbalsta pieejamība, kas tām varētu būt nepieciešama, īstenojot savu rīcībspēju”.

Lai visi cilvēki – neatkarīgi no invaliditātes smaguma – varētu īstenot 12. pantā ietvertās tiesības, valstij jānodrošina atbalsts lēmumu pieņemšanā. ANO Konvencijā strikti nav noteikts, kā atbalsts lēmumu pieņemšanā īstenojams, tāpēc šobrīd daudzas valstis saskaras ar izaicinājumiem, mainot līdzšinējo rīcībspējas regulējumu un izstrādājot alternatīvas, piemēram, atbalstītās lēmumu pieņemšanas modeļus. Atbalstītā lēmumu pieņemšana ir personisks lēmumu pieņemšanas process, kurā persona ar grūtībām lēmumu pieņemšanā tiek atbalstīta, lai attīstītu savas spējas pašai pieņemt lēmumus. Lēmumu pieņemšanas

⁵⁰ Kanter, A. S. (2015). *The Development of Disability Rights under International Law: From Charity to Human Rights*. Routledge, 7.–8. lpp.

⁵¹ ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām: starptautiska konvencija. , 1. pants. "Latvijas Vēstnesis", 27, 17.02.2010. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1630> [aplūkots 30.11.2025.]

⁵² Turpat.

⁵³ Piemēram, sociālajā jomā tas nozīmē, ka personas ar invaliditāti būtu iesaistāmas lēmumu par pakalpojumiem pieņemšanā.

procesā prioritāte tiek dota personas gribai un izvēlei. Personai tiek sniegta nepieciešamā informācija un palīdzība, lai tā pati varētu pieņemt lēmumus par savu dzīvi, veselības un sociālo aprūpi, finansēm un īpašumiem. Atbalstītajai lēmumu pieņemšanai jābūt uz personu vēršamam, ar personai piemērotu atbalsta veidu un apjomu. Atbalstītā lēmumu pieņemšana ir brīvprātīga, to nevar nevienam uzspiest.⁵⁴ Latvijā atbalsta personas lēmumu pieņemšanā pakalpojuma (turpmāk – APLP pakalpojums) attīstība tika uzsākta 2017. gadā ar izmēģinājumu projekta īstenošanu, un kopš 2023. gada 1. novembra tas tiek piedāvāts kā valsts apmaksāts sociālais pakalpojums, kas paredzēts pilngadīgām personām ar GRT, lai nodrošinātu atbalstīto lemtspēju un vienlīdzīgu tiesībspējas un rīcībspējas īstenošanu.

Sociālā darbinieka praksē tas nozīmē, ka, izvērtējot klienta situāciju un plānojot darbu ar viņu, rīcībspējas ierobežošanu nevajadzētu uzskatīt par pirmo un vienkāršāko visu problēmu risinājumu, ja klients ir persona ar GRT, kā tas bieži notiek. Sociālajiem darbiniekiem jāspēj šo tiesisko mehānismu vērtēt kritiski, izvirzot dažus svarīgus jautājumus: Kādas problēmas atrisinās rīcībspējas ierobežošana? Kādas problēmas tā radīs? Vai pastāv alternatīvas, kas vēl nav izmantotas?

Pagaidām, kamēr vēl visiem nav pieejams APLP pakalpojums, sociālais darbinieks personai ar GRT var piedāvāt palīdzību attīstīt neformālu / dabisku atbalstu lēmumu pieņemšanā (atbalstu nodrošina tuvinieks vai draugs, kam persona ar GRT uzticas). Atbalstītās lēmumu pieņemšanas filozofija pilnībā sakrīt ar sociālā darba pamatvērtībām, piemēram, pašnoteikšanos.

Vispirms un galvenokārt, lai darbs ar personām ar GRT būtu balstīts cilvēktiesību principos, sociālajam darbiniekam būtu jāpārzina šobrīd Latvijā spēkā esošie rīcībspējas jautājumus regulējošie normatīvie akti, kā arī jāizprot, kāda varētu būt sociālā darbinieka loma šo mehānismu īstenošanā (skat. 3. pielikumu).

RĪCĪSPĒJAS PAŠREIZĒJAIS REGULĒJUMS LATVIJĀ

Lai īstenotu ANO Konvencijas 12. pantu un izpildītu Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2010. gada 27. decembra spriedumu,⁵⁵ 2012. gadā Latvijā tika veikta apjomīga rīcībspējas institūta reforma, kas noslēdzās ar Saeimas pieņemtiem grozījumiem Civillikumā, Civilprocesa likumā un Bāriņtiesu likumā.⁵⁶ Ar šiem grozījumiem tika mainīta kārtība, kā personai var ierobežot rīcībspēju. Ja iepriekš (līdz 2012. gada 1. janvārim) personai, kurai trūka lielākās daļas vai visu garīgo spēju, rīcībspēju varēja ierobežot pilnībā, tad no 2013. gada 1. janvāra tiesa personai var ierobežot rīcībspēju tikai daļēji, mantiskajās tiesībās (t. i., par finanšu jautājumiem un tiesībām pārvaldīt mantu). Svarīgi atcerēties, ka saskaņā ar Civillikumu rīcībspēju personai var ierobežot tikai tad, ja “tas nepieciešams šīs personas interesēs un ir vienīgais veids, kā to aizsargāt”.⁵⁷

Tomēr veiktā reforma pilnībā neatbilst ANO Konvencijas 12. pantam, jo vēl arvien ir iespēja personai ierobežot rīcībspēju (aizvietotā lemtspēja, kad lēmumus cilvēka vietā pieņem aizgādānis), bet Civillikumā nav paredzēti kādi alternatīvi atbalsta mehānismi lēmumu pieņemšanā, proti, atbalstītā lēmumu pieņemšana. Lai risinātu problēmu, ka jaunais regulējums vēl arvien neatbilst ANO Konvencijas 12. pantam, Ministru

⁵⁴ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovska, A., Zankovska-Odiņa, S., Pūce, S. (2020). *Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem* (aprobētā versija). Rīga: Labklājības ministrija, 6. lpp. Pieejams: https://www.lm.gov.lv/sites/lm/files/media_file/10n_16.pielikums_rokasgramata-atbalsta-personas-pakalpojuma-sniedzjiem.pdf [aplūkots 30.11.2025.]

⁵⁵ Saskaņā ar Satversmes tiesas 2010. gada 27. decembra spriedumu lietā Nr. 2010-38-01 “Par Civillikuma 358. panta un 364. panta atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 96. pantam” līdzšinējais rīcībspējas regulējums tika atzīts par spēkā neesošu no 2012. gada 1. janvāra. Latvijas Republikas Satversmes tiesa. (2010). *Spriedums Latvijas Republikas vārdā lietā Nr. 2010-38-01* (27.12.2010.). Pieejams: http://www.satv.tiesa.gov.lv/wp-content/uploads/2016/02/2010-38-01_Spriedums.pdf [aplūkots 30.11.2025.]

⁵⁶ Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “ZELDA”. *Saeima pieņēmusi apjomīgus likumu grozījumus, modernizējot rīcībspējas institūtu* (30.11.2012.). Pieejams: <https://zelda.org.lv/aktualitates/saeima-pienemusi-apjomigus-likumu-grozijumus-modernizejojot-ricispejas-institutu> [aplūkots 30.11.2025.]

⁵⁷ Civillikums. (1937). *Pirmā daļa. Ģimenes tiesības*, 357. pants. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/90223#p357> [aplūkots 30.11.2025.]

kabinets uzdeva Labklājības ministrijai sadarbībā ar Tieslietu ministriju izstrādāt konceptuālu risinājumu atbalsta mehānisma ieviešanai – 2013. gada 19. novembrī Ministru kabineta sēdē tika apstiprināts “Informatīvais ziņojums par priekšlikumiem tiesiskajam regulējumam par atbalsta mehānismu personām ar invaliditāti”,⁵⁸ kurā tika pamatota nepieciešamība īstenot atbalsta personas pakalpojuma izmēģinājuma projektu, kas pēc tā īstenošanas izvērtēšanas ļautu izstrādāt Latvijai piemērotāko atbalstītās lemtspējas modeli (tika izstrādāts līdz 2020. gada 30. novembrim).

Tikmēr ANO Komiteja par personu ar invaliditāti tiesībām pēc Latvijas pirmā nacionālā ziņojuma par ANO Konvencijas īstenošanu izskatīšanas savās Noslēguma piezīmēs izteica vērtējumu Latvijā veiktajai reformai, uzsverot, ka 2012. gadā veiktie Civillikuma grozījumi attiecībā uz rīcībspēju saglabā diskriminējošus nosacījumus, tostarp pagaidu aizgādību un daļēju rīcībspēju, un aicināja “atcelt Civillikumā ietvertās tiesību normas par aizvietoto lēmumu pieņemšanu, un atjaunot rīcībspēju pilnā apjomā visām personām ar invaliditāti, izmantojot atbalstītās lēmumu pieņemšanas mehānismu, kas respektē personas autonomiju, gribu un izvēli.”⁵⁹

KAS SOCIĀLAJIEM DARBINIEKIEM JĀZINA PAR RĪCĪSPĒJU?

Rīcībspēja. Saskaņā ar Civillikuma 1405. pantu rīcībspēja raksturo personas spēju uzņemties tiesības un pildīt pienākumus. Rīcībspēja ir nepieciešama, lai persona varētu noslēgt jebkādu tiesisku darījumu.⁶⁰

Rīcībspēja sastāv no trim elementiem:

- persona ir pilngadīga;
- persona spēj īstenot savas tiesības;
- persona spēj uzņemties pienākumus.

Rīcībspējas ierobežošana. No 2013. gada 1. janvāra rīcībspēju nevar atņemt pilnībā, bet var ierobežot tikai konkrētās jomās. Turklāt Civillikumā paredzēts, ka rīcībspēju personai var ierobežot tikai tad, ja tas nepieciešams šīs personas interesēs un ir vienīgais veids, kā tās aizsargāt.⁶¹

Saskaņā ar Civilprocesa likuma 268. pantu rīcībspēju var ierobežot šādās jomās:

- maksājumu izdarīšanā un saņemšanā;
- darījumu slēgšanā;
- rīcībā ar mantu un tās pārvaldību, it īpaši nekustamā īpašuma atsavināšanā, ieķīlāšanā un apgrūtināšanā ar lietu tiesībām;
- komercdarbības un saimnieciskās darbības veikšanā.

Civilprocesa likumā ir sniegts ilustratīvs, bet ne izsmeļošs uzskaitījums tām jomām, kurās var noteikt rīcībspējas ierobežojumus.

Tiesa var noteikt ierobežojumus arī citās jomās, tomēr tiesas rīcības brīvība ir ierobežota ar Civillikuma 356.¹ pantu, kurā paredzēts, ka nevar noteikt ierobežojumus:

- personiskajās nemantiskajās tiesībās (piemēram, tiesībās laulāties, tiesībās uz ģimeni, tiesībās brīvi pārvietoties, tiesībās strādāt un izvēlēties dzīvesvietu);

⁵⁸ Ministru kabineta sēdes protokols Nr. 61, 19.11.2013. Pieejams: <https://www.vestnesis.lv/op/2013/231.5> [aplūkots 30.11.2025.]

⁵⁹ UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2017). *Concluding observations in relation to the initial report of Latvia*, No. CRPD/C/LVA/CO/1, 31 August 2017, 20.–21. paragr. Pieejams: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fLVA%2fCO%2f1&Lang=en [aplūkots 30.11.2025.]

⁶⁰ Civillikums. (1937). 357. pants.

⁶¹ Turpat.

- tiesībās vērsties tiesā un citās valsts iestādēs par rīcībspējas ierobežojumu pārskatīšanu vai rīcībspējas atjaunošanu;
- tiesībās vērsties valsts un pašvaldību iestādēs, kā arī tiesās, ja pastāv strīds par aizgādni.

Civilprocesa likuma 358.¹ panta pirmajā daļā paredzēts, ka rīcībspēja personai ar garīga rakstura vai citiem veselības traucējumiem var tikt ierobežota tādā apjomā, kādā tā nespēj saprast savas darbības nozīmi vai nespēj savu darbību vadīt.

Pieteikums tiesā. Lai noteiktu rīcībspējas ierobežojumus, jāsniedz pieteikums tiesā. Lai tiesa varētu izlemt, vai rīcībspējas ierobežošana ir nepieciešama, pieteikumā jānorāda:

- vai personai ir garīga rakstura vai citi veselības traucējumi, norādot, tieši kādi traucējumi;
- vai rīcībspējas ierobežojuma noteikšana nepieciešama personas interesēs (jānorāda tieši, kuras intereses jāaizsargā, kuras šobrīd ir apdraudētas, piemēram, personas rīcība rada būtiskus zaudējumus, kā rezultātā var tikt zaudēts vienīgais mājoklis);
- vai tas ir vienīgais veids, kā aizsargāt personas intereses (jānorāda, kādi līdzekļi līdz šim ir izmantoti un kādēļ tie nav bijuši pietiekami).

Aizgādības apjoms. Civillikuma 358.¹ panta otrajā daļā paredzēts, ka tiesa, izvērtējot personas spējas, vispirms nosaka, vai un kādā apjomā aizgādnis ar aizgādībā esošo rīkojas kopā, un tikai pēc tam – vai un kādā apjomā aizgādnis rīkosies patstāvīgi. Tādējādi vienā spriedumā iespējams iekļaut trīs dažādas rīcībspējas īstenošanas veidus:

1. persona kādā noteiktā daļā rīkojas patstāvīgi (piemēram, finansiālos darījumos nelielā apjomā vai arī invaliditātes pabalsta vai pensijas apmērā);
2. persona kādā noteiktā daļā rīkojas kopā ar aizgādni (personai obligāti jākonsultējas ar aizgādni pirms lēmuma pieņemšanas, un dokuments ir spēkā tikai tad, ja to parakstījis ne tikai aizgādībā esošais, bet arī aizgādnis);
3. aizgādnis noteiktā daļā rīkojas atsevišķi (aizgādnis vienpersoniski pieņem lēmumu).

Darījumu spēkā neesamība. Saskaņā ar Civillikuma 361. pantu tādas aizgādībā esošas personas, kurai ir garīga rakstura vai citi veselības traucējumi, darbības atzīstamas par spēkā neesošām, ja tās veiktas tiesas noteiktā rīcībspējas ierobežojuma apjomā.

Darījumu spēkā esamība. Saskaņā ar Civillikuma 362. pantu personas ar garīga rakstura vai citiem veselības traucējumiem darbības ir spēkā, ja izdarītas pirms aizgādības nodibināšanas.

Plašāku informāciju par rīcībspēju var skatīt Resursu centra cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “ZELDA” (turpmāk – RC “ZELDA”) juristes Annijas Mazapšas sagatavotajā brošūrā “Rīcībspēja. Informācija cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem un viņu tuviniekiem”.⁶²

4.1.4. Konfidencialitāte un datu aizsardzība

Spēja saglabāt konfidencialitāti ir prasme, kas jāattīsta, jo konfidencialitātes nodrošināšana ir klienta uzticības atslēga. Šis ir īpaši sāpīgs jautājums, ja runa ir par GRT un psihiatrisko diagnozi – neviens nevēlas, lai informācija par slimībām būtu plaši pieejama. Daudzi cilvēki izvairās no jebkādas saskares ar speciālistiem tādēļ, ka kāds var uzzināt par viņu diagnozi. Savukārt sabiedrībā joprojām pastāv uzskati, ka personām ar GRT konfidencialitātes ievērošana nav pietiekami nozīmīga, balstoties uz pieņēmumu par personas nespēju izprast informācijas nozīmi. Šāda attieksme ir balstīta stereotipos un ir pretrunā profesionālās ētikas principiem un cilvēktiesību pieejai.

⁶² Mazapša, A. (2015). *Rīcībspēja: Informācija cilvēkiem ar garīga rakstura traucējumiem un viņu tuviniekiem*. Rīga: RC “ZELDA” Pieejams: <https://zelda-cms.b-cdn.net/ZELDA-buklets-LV-labots-zals.pdf> [aplūkots 30.11.2025.]

2018. gada 25. maijā Latvijā, tāpat kā citās Eiropas Savienības dalībvalstīs, bija pilnībā jāuzsāk īstenot Eiropas Parlamenta un Padomes Regulas (ES) 2016/679 par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un ar ko atceļ Direktīvu 95/46/EK (Vispārīgā datu aizsardzības regula)⁶³ prasības. Vispārīgās datu aizsardzības regulas 4. panta 1. punktā noteikts, ka “personas dati” ir jebkura informācija, kas attiecas uz identificētu vai identificējamu fizisku personu (datu subjektu)”. Savukārt “identificējama fiziska persona ir tāda, kuru var tieši vai netieši identificēt, jo īpaši atsaucoties uz identifikatoru, piemēram, minētās personas vārdu, uzvārdu, identifikācijas numuru, atrašanās vietas datiem, tiešsaistes identifikatoru vai vienu vai vairākiem minētajai fiziskajai personai raksturīgiem fiziskās, fizioloģiskās, ģenētiskās, garīgās, ekonomiskās, kultūras vai sociālās identitātes faktoriem”.

Personas dati ir vārds un uzvārds, darbavieta, amats, adrese, e-pasta adrese, personas kods un personu apliecinošu dokumentu numurs, ārstniecības iestādē glabāti dati par pacientu u. c.

Vispārīgā datu aizsardzības regulā arī noteikts, kuros gadījumos datu apstrāde ir likumīga: “Apstrāde ir likumīga tikai tādā apmērā un tikai tad, ja ir piemērojams vismaz viens no turpmāk minētajiem pamatojumiem:

a) datu subjekts ir devis piekrišanu savu personas datu apstrādei vienam vai vairākiem konkrētiem nolūkiem;

b) apstrāde ir vajadzīga līguma, kura līgumslēdzēja puse ir datu subjekts, izpildei vai pasākumu veikšanai pēc datu subjekta pieprasījuma pirms līguma noslēgšanas;

c) apstrāde ir vajadzīga, lai izpildītu uz pārzini attiecināmu juridisku pienākumu;

d) apstrāde ir vajadzīga, lai aizsargātu datu subjekta vai citas fiziskas personas vitālas intereses;

e) apstrāde ir vajadzīga, lai izpildītu uzdevumu, ko veic sabiedrības interesēs, vai īstenojot pārzinim likumīgi piešķirtās oficiālās pilnvaras;

f) apstrāde ir vajadzīga pārziņa vai trešās personas leģitīmo interešu ievērošanai, izņemot, ja datu subjekta intereses vai pamattiesības un pamatbrīvības, kurām nepieciešama personas datu aizsardzība, ir svarīgākas par šādām interesēm, jo īpaši, ja datu subjekts ir bērns.

Pirmās daļas fapakšpunktu nepiemēro apstrādei, ko veic publiskas iestādes, pildot savus uzdevumus.”⁶⁴

Vispārīgā datu aizsardzības regulā noteikts, ka “personas datiem, kas pēc savas būtības ir īpaši sensitīvi saistībā ar pamattiesībām un brīvībām, pienākas īpaša aizsardzība, jo to apstrādes konteksts varētu radīt nopietnu risku pamattiesībām un brīvībām”.⁶⁵

Vispārīgās datu aizsardzības regulas 9. pants aizliedz veikt tādu personas datu apstrādi, kas atklāj rases vai etnisko piederību, politiskos uzskatus, reliģisko vai filozofisko pārliecību vai dalību arodbiedrībās un ģenētisko datu, biometrisku datu, lai veiktu fiziskas personas unikālu identifikāciju, veselības datu vai datu par fiziskas personas dzimumdzīvi vai seksuālo orientāciju apstrādi. Tomēr šajā pantā paredzētas arī izņēmuma situācijas, kurās minētos datus drīkst apstrādāt. Piemēram, ja persona pati ir devusi piekrišanu savu datu apstrādei vai apstrāde ir vajadzīga, lai realizētu [datu] pārziņa pienākumus, vai īstenotu personas konkrētas tiesības nodarbinātības, sociālā nodrošinājuma un sociālās aizsardzības tiesību jomā.⁶⁶

Personām ar GRT sensitīvie dati var būt visa informācija par:

- invaliditātes grupu, jo atklāj informāciju par personas veselības stāvokli;

⁶³ Eiropas Parlaments un Padome. (2016). *Vispārīgā datu aizsardzības regula* (Regula (ES) 2016/679, 2016. gada 27. aprīlis). Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis, L 119/1. Pieejams: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679> [aplūkots 30.11.2025.]

⁶⁴ Regula (ES) 2016/679, 6. pants.

⁶⁵ Regula (ES) 2016/679, 51. pants.

⁶⁶ Regula (ES) 2016/679, 9. pants.

- GRT raksturu – netiek iegūta informācija par konkrētu diagnozi, tomēr fakts, ka personai ir GRT, ir saistīts ar informāciju par personas veselības stāvokli;
- rīcībspējas statusu – informācija par rīcībspējas ierobežojumu esamību atklāj informāciju arī par personas veselības stāvokli, īpaši ņemot vērā to, ka lielākajā daļā gadījumu rīcībspējas ierobežojumi tiek noteikti personām ar GRT.⁶⁷

Sensitīvos personas datus var apstrādāt tikai atsevišķos gadījumos, piemēram, sociālās palīdzības sniegšanai (tas ir, arī sociālajā darbā). Bet, apstrādājot personas datus, jānodrošina to aizsardzība pret fizisku apdraudējumu, t. sk. trešo personu piekļuvi datiem.

KĀ VEIDOT KONFIDENCIĀLU DOKUMENTĀCIJU?

Ierakstīt ne vairāk, kā nepieciešams darbam, – tikai faktus, nevis viedokļus!

Izmantot aprakstošu valodu, izvairīties no profesionālā žargona, izvairīties no psihiatrisku jēdzienu lietošanas un medicīniskās diagnozes, kas nav pārbaudīta!

Izlaist detalizētu informāciju par klientu intīmo dzīvi, aprakstīt intīmās problēmas vispārīgi!

Atjaunināt ierakstus, lai nodrošinātu to precizitāti, atbilstību, savlaicīgumu un pilnīgumu!

Glabāt dokumentus slēdzamos skapjos, kā arī aizsargāt informāciju, kas tiek glabāta elektroniski! Nodrošināt piekļuvi tikai tiem, kuri izmantos šo informāciju! Neatstāt dokumentus uz galdiem!

Nenest dokumentus ārpus iestādes telpām (tikai izņēmuma gadījumos)!

Ja jūs sūtāt informāciju elektroniski, pārliecinieties, ka tā ir aizsargāta ar paroli un ir nosūtīta uz pareizo adresi!

Informēt klientus par to, kā jūs ievācat un saglabājat informāciju par viņiem!

Izstrādāt kārtību, kā jūs informēsiet klientus par jūsu uzglabāto informāciju, kā jūs nodrošināsiet klientam pieeju šai informācijai un kā jūs rīkosieties pēc klienta pieprasījuma mainīt ierakstus!⁶⁸

Pastāv arī konfidencialitātes ierobežojumi, runājot par sociālo darbu ar personām ar GRT. Starp šiem varētu būt gadījumi, ja pastāv risks pašai personai vai citiem (klients runā par pašnāvības plāniem vai draud citai personai), vai arī gadījumi, ja pastāv aizdomas par ļaunprātīgu izmantošanu.

4.2. SOCIĀLAIS DARBINIEKS KĀ PROFESIONĀLIS

Kādam jābūt sociālajam darbiniekam, lai strādātu ar personām ar GRT? Svarīgi uzsvērt, ka sociālajam darbiniekam vajadzētu būt ar vispārīgām profesionālām spējām, prasmēm un zināšanām, jo profesija nemainās klientu grupas dēļ. Tomēr ir dažas nianšes un papildu prasmes, kas būtu īpaši atzīmējamas.

⁶⁷ Leimane-Veldmeijere u.c. (2020). *Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem*, 132.–133. lpp.

⁶⁸ Hepworth, D. H., Larson, J. A., Homewood, B. (2001). *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*. Brooks / Cole, Pacific Grove, 71.–72. lpp.

4.2.1. Dažādības atpazīšana, atzīšana un atbalstīšana



GADĪJUMA APRAKSTS

Sandrai jau desmit gadu ir depresija un trauksmes spektra traucējumi. Viņa dzīvo kopā ar vardarbīgu vīru. Sandra uzaudzināta nabadzīgā ģimenē, vecāki stipri dzēra un bērnībā viņu sita.

Sandra lielāko laiku daļu pavada mājās, pati darbu nemeklē. Viņa bieži neatnāk vai kavē konsultācijas sociālajā dienestā un NVA.

Dažreiz viņai ir garastāvokļa svārstības, viņa kļūst emocionāla un sāk bieži zvanīt sociālajam darbiniekam.

Pēdējā konsultācijā sociālais darbinieks pateica, ka Sandrai ir jāsaņemas, jāvirzās uz priekšu, jābūt pozitīvai, un ka ar saviem zvaniem viņa vienkārši grib pievērst sev uzmanību un tikai tērē darbinieka laiku.

Sandra nekad vairs neatgriezās.

Lai gan nereti tiek vainots klients, ka viņš nav motivēts sadarboties ar sociālo darbinieku, aprakstītais gadījums ir laba ilustrācija tam, kāpēc reizēm produktīva sadarbība nav iespējama: sociālais darbinieks izdara pieņēmumus un izsaka vērtējumus, raugoties no savas perspektīvas un neiedziļinoties konkrētā cilvēka situācijā.

Veidi, kā tiek uzklauti un saprasti klienti, kā tiek interpretēti viņu stāsti un kāda ir izturēšanās pret klientiem, dziļi ietekmē sociālā darbinieka darbu.

Nemot vērā, ka sociālā darba pamatā ir darbs ar sociālās atstumtības un diskriminācijas riskiem pakļautām personām, t.sk., personām, kuras cieš no dubultas stigmatizācijas, jo vienlaikus pieder vairākām mazaizsargātām grupām (piemēram, persona ar GRT, kas pieder kādai noteiktai reliģiskai vai kultūras grupai), cieņa pret dažādību ir būtiska gan sociālā darbinieka personīgajā līmenī (vērtības, uzskati, darbības), gan profesionālajā darbībā.

Sociālajā darbā ar personām ar GRT īpaši būtiski ievērot sociālā darba profesionālās vērtības, kas tiešā veidā nodrošina dažādības principu īstenošanu dzīvē – sociālā taisnīguma veicināšana, dažādība un vienlīdzība, diskriminācijas nepieļaušana, cilvēka cieņa, cilvēktiesību ievērošanas veicināšana, pašnoteikšanās un līdzdalības tiesību veicināšana.

Dažādības koncepts laika gaitā mainās un paplašinās. Sākotnēji par dažādību tika runāts no taisnīguma un vienlīdzības perspektīvas, koncentrējoties pamatā uz sešiem aizliegtajiem diskriminācijas pamatiem⁶⁹, t.sk., invaliditāti. Šobrīd aizvien lielāka uzmanība tiek pievērsta neredzamajai dažādībai, tai skaitā neirodažādībai, kas vistiešāk ietekmē to, kā cilvēks domā, apstrādā informāciju, risina problēmas un pieņem lēmumus. Atzīstot, ka ikviena cilvēka smadzenes darbojas atšķirīgi, neirodažādība pamatā fokusējas uz cilvēkiem ar AST, disleksiju, UDHS un citām neiroloģiskām atšķirībām, kuru ikdienas izpausmēm var būt tieša ietekme uz pašaprūpi, mācīšanās procesu un darba vai citu pienākumu veikšanu. Neirodažādības pieejā tiek uzsvērtas cilvēka stiprās puses un atšķirīgās perspektīvas.⁷⁰ Proti, tā vietā, lai atšķirības cilvēku kognitīvajās spējās uzskatītu par traucējumu vai trūkumu, kas jāārstē vai “jālabo” (invaliditātes medicīniskais modelis), tās tiek atzītas par unikālām cilvēka dzīves pieredzes un uztveres variācijām, kas jāpamana, jānovērtē un, izmantojot dažādus atbalsta mehānismus, jāstiprina (invaliditātes

⁶⁹ Vecums, dzimums, rase un etniskā piederība, invaliditāte, reliģiskā piederība un seksuālā orientācija.

⁷⁰ Nash, J. (2024). *Neurodiversity in the Workplace: A Strengths-Based Approach*. PositivePsychology.com. Pieejams: <https://positivepsychology.com/neurodiversity-in-the-workplace/> [aplūkots 30.11.2025.]

sociālais modelis).⁷¹

Dažādības vadībā ir trīs svarīgi soļi:

- **apzināties** – pamanīt un ieraudzīt, ka atšķirības pastāv;
- **atzīt** – cienīt un pieņemt šīs atšķirības kā dabiskas un unikālas;
- **atbalstīt** – nodrošināt pielāgojumus, resursus un vidi, kas ļauj ikvienam pilnvērtīgi izmantot savu potenciālu.

Dažādības pieņemšana ir prasme, kas profesionāļiem palīdz saprast gan sevi, gan personas ar GRT un to pieņemt. Kā noderīgs resurss sociālā darbinieka ikdienas darbā izmantojama Metodika sociālajam darbam ar sociālās atstumtības un diskriminācijas riskam pakļautām personām "Sociālais darbs daudzveidīgā sabiedrībā"⁷². Tajā iekļautas gan vispārējas teorētiskās nostādnes, gan metodiskie ieteikumi dažādības principu ieviešanai sociālā darba praksē, ko iespējams attiecināt arī uz darbu ar personām ar GRT.

Pamatkompetences, ar ko sākas dažādības pieņemšana⁷³:

- Spēja pazīt pašam sevi – apzināties savu identitāti, vērtības un uzskatus, stiprās un vājās puses, nepieciešamības gadījumā tās pārskatot un izvērtējot.
- Empātiska komunikācija – spēja būt iejūtīgam attiecībā uz sevi un citiem. Nosacījums – interese par citu uzskatiem un pozitīvs skatījums uz cilvēkiem.
- Izpratne par uztveres procesu – atzīt, ka pastāv vairākas "patiesības", nedomāt kategorijās "pareizi" un "nepareizi" un apzināties savu nezināšanu un iespēju kaut ko līdz galam nesaprast.
- Spēja tolerēt neviennozīmību – spēja izturēt atšķirības un paciest pretrunas, paliekot atvērtam sarežģītās situācijās: "Varētu gan tā, gan arī citādi", nevis "tikai šādi un nekā citādi".

Dažādības atzišana un atbalstīšana ir ne tikai individuāla profesionāla prasme. Svarīgi, lai pašā sociālajā dienestā būtu kultūra, kas atzīst daudzveidību. Tajā ietilpst dažādi elementi, piemēram, darbinieku ar atšķirīgu dzīves pieredzi pieņemšana darbā, joku par invaliditāti un citiem sensitīviem jautājumiem nepieļaušana, skaidri profesionālās ētikas standarti.

Dažādības pamatprincipi darbā ar cilvēkiem ar GRT:⁷⁴

1. Cilvēks ir savas dzīves un pieredzes eksperts – nav divu vienādu situāciju, pat, ja cilvēki nāk no līdzīgas vides vai ir ar vienādu diagnozi.
2. Empātija jeb spēja saprast cita cilvēka pieredzi, situāciju un viedokli, emocionālo stāvokli un reakciju uz dažādiem notikumiem.
3. Aizspriedumu apzināšanās un to ietekmes mazināšana uz profesionālo rīcību.
4. Izvairīšanās no neapzinātiem vērtējumiem, kas balstīti subjektīvos priekšstatos vai pieņēmumos.
5. Aktīvā klausīšanās dod iespēju labāk saprast un identificēt cilvēka vajadzības.

⁷¹ S. Zankovska-Odiņa (2025). Neurodažādība darba vidē – stiprajās pusēs balstīta pieeja. Pieejams: Vebinārs "Neurodažādība darba vidē – kā veicināt inovāciju un veikspēju" - Dazadiba.lv [aplūkots 30.11.2025.]

⁷² Labklājības ministrija (2023). *Metodika sociālajam darbam ar sociālās atstumtības un diskriminācijas riskam pakļautām personām "Sociālais darbs daudzveidīgā sabiedrībā"*. Rīga. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/22686/download?attachment> [aplūkots 9.12.2025.]

⁷³ Lüthi, E., Oberpriller, H., Loose, A., Orths, S. (2013). *Teamentwicklung mit Diversity-Management: Methoden – Übungen – Tools*. 3. izd. Bern: Haupt Verlag. 42. lpp.

⁷⁴ Leimane-Veldmeijere, I., Pavlovska, A., Zankovska-Odiņa, S. *Pakalpojums ikvienam – personas ar garīga rakstura traucējumiem vietējā sabiedrībā*. Metodiskais materiāls. Rīga, 2024. Pieejams: https://zelda-cms.b-cdn.net/metodika_final_aee3b85fc2.pdf [aplūkots 10.11.2025.]

6. Pacietība – gan komunikācijas un savstarpējās uzticības veidošanā, gan uz mērķi un rezultātu orientēta procesa ietvaros.
7. Ikviena sasnieguma apzināšanās un novērtēšana.
8. Atbalsts un iedrošinājums, pastāvēt par savām tiesībām un interesēm, vai cenšoties izrauties no iemācītās bezpalīdzības.

4.2.2. Empātija un cieņa

Empātija⁷⁵ var būt izaicinājums darbā ar klientiem ar GRT – kā just empātiju pret cilvēku ar pieredzi, kuru jums ir grūti saistīt ar savu dzīvi? Empātija ir ļoti svarīga darbā ar personām ar GRT, jo tā ļauj radīt uzticības gaisotni, saprast klientu reakciju uz veselības problēmām, noteikt klienta vajadzības un veicināt pozitīvus rezultātus, kuri var mazināt klienta diskomfortu, trauksmi, depresiju u.tml. Sociālajā darbā empātija nozīmē ne tikai izjust to visu sajūtu un kognitīvajā līmenī, bet arī īstenot efektīvu un uz empātiju orientētu darbību, kas ietekmētu individuus, grupas, kopienas un sabiedrību.

Empātija ir spēja iejusties “cita ādā”, spēja uztvert citu cilvēku sajūtas un saprast viņu rīcību. Tā ir emocionālās un sociālās attīstības neatņemama sastāvdaļa un būtisks motivētājs, lai palīdzētu grūtībās nonākušajiem.⁷⁶ Vienlaikus sociālajā darbā ir būtiski nošķirt empātiju (spēja sajūst vai iedomāties citas personas emocionālo pieredzi) no līdzjūtības (emocionāls stāvoklis, ko izraisa citu bēdas, nelaime un kam raksturīgas skumjas, nožēla, arī vēlēšanās palīdzēt). Pastāv viedoklis, ka empātija ir spēja un prasme, ko ar atbilstošu izglītību un praktisku pieredzi ir iespējams apgūt, trenēt un pilnveidot.⁷⁷ Ir divi empātijas veidi. Pirmais veids ir “pamata empātija”, kas tiek uzskatīta par cilvēka pazīmi un vispārēju cilvēka spēju. Šis empātijas veids ir raksturīgs konkrētai personai, un to nevar iemācīties. Otrais veids ir “iemācītā empātija” – iemācīta prasme attiecībā uz profesionālo praksi (gan kognitīvā, gan emocionālā empātija). Šis empātijas veids ir spēja un prasme, ko var apgūt ar atbilstošu izglītību un praktisko pieredzi.

LAI APGŪTU UN PRAKTIZĒTU EMPĀTIJU, JŪS VARAT:⁷⁸

- uzklausīt ne tikai klienta medicīnisko stāstu, bet uzklausīt un sadzirdēt klienta personalizēto stāstu par viņa dzīvi ar visām detaļām;
- iedomāties un iztēloties, kā tas varētu būt, ja jūs būtu klienta vietā;
- mēģināt pārbaudīt savas emocijas, kas rodas, uzklausot personas stāstu, un zināšanas par klienta dzīvi, kuras esat ieguvuši, saistīt ar savām emocijām;
- analizēt katra kontakta procesu ar klientu un jautāt klientam par viņa domām un izjūtām procesa laikā;
- izmantot lomu spēles mācību procesā;
- lasīt un analizēt daiļliteratūru, kurā ir aprakstītas garīgās veselības problēmas, pārrunājot to ar kolēģiem un sasaistot ar savu pieredzi un konkrētām situācijām.

⁷⁵ Šajā nodaļā empātija tiek aplūkota kā profesionāla vērtība un attieksme. Praktiskā empātijas pielietošana saziņas procesā – kā komunikācijas prasme – tiek tālāk skaidrota 4.3.1. apakšnodaļā.

⁷⁶ Labklājības ministrija (2023). *Metodika sociālajam darbam ar sociālās atstumtības un diskriminācijas riskam pakļautām personām "Sociālais darbs daudzveidīgā sabiedrībā"*. 48. lpp.

⁷⁷ Howe, D. (2012). *Empathy: What It Is and Why It Matters*. Basingstoke: Macmillan International Higher Education, 116. lpp.

⁷⁸ Turpat, 192. lpp.

Personas, ar kurām tiek strādāts, labāk nekā citi var pateikt, ko viņiem nozīmē **atzīšana un cieņa**.

Ierasta prakse, strādājot ar cilvēkiem ar GRT, ir pateikt viņiem, ko darīt, pieņemt lēmumus viņu vietā un izturēties pret viņiem tā, it kā viņi būtu bērni. Taču šādā praksē nav cieņas pret cilvēku. Ir pienācis laiks sākt cienīt visus cilvēkus – neatkarīgi no viņu pieredzes, atšķirībām vai stigmatas, kas viņiem tiek piedēvēta. Mēs neesam stigmatas. Mēs neesam ‘tie cilvēki’ un neesam tikai ‘jūsu klienti’. Jūs varat sniegt mums pakalpojumus, bet mēs jums nepiederam. Tas ir cieņas sākums.

Janeta Paleo, garīgās veselības aktīviste.⁷⁹

Ikvienu cilvēku spēja pieņemt lēmumus atšķiras dažādos dzīves posmos un ir atkarīga no lēmuma, kas jāpieņem. Tas, ka cilvēkiem kādā dzīves brīdī vai jautājumā var būt nepieciešams atbalsts lēmumu pieņemšanā, nenozīmē, ka viņi nespēj pieņemt lēmumus vispār. Ja cilvēkiem netiek dota iespēja pašiem pieņemt lēmumus un pārvaldīt savas izvēles, viņi var zaudēt ticību savām spējām rīkoties un kļūt pārmērīgi atkarīgi no citu vēlmēm un lēmumiem.

Atzīšana un cieņa var būt izteikta gan ar attieksmi, gan darbībām:

- atzīt, ka klients cieš;
- komunicēt ar klientu bez aizspriedumiem;
- neizrādīt aizbildniecisku attieksmi, kas ierobežo personas ar GRT patstāvību;
- uzskatīt, ka klients ir zinošs, viņam ir savas stiprās puses, viņš ir līdzvērtīgs darbiniekam.

Dotās intervences var integrēt sociālā darba speciālista ikdienas praksē, un konkrētie darbību piemēri var būt dažādi, dažreiz pat ļoti vienkārši:

- paklusēt blakus raudošam klientam;
- patiesi smieties kopā ar klientu;
- izmantot uzrunu “jūs”, nevis “tu”, runājot ar klientu;
- pieņemt klienta lūgumu saglabāt noslēpumā stāstu par viņa pieredzi;
- atvainoties par nejaušu pāridarījumu, kuru izraisījusi kāda darbinieka frāze;
- būt atvērtam dūsmām vai aizvainojumiem, ko izraisījis klients, bet “neuzvert” personiski klienta uzvedību.⁸⁰

4.2.3. Radošums, cerība un spriestspēja

Katra klienta situācija ir unikāla un nepārtraukti mainās, un it īpaši tas redzams, strādājot ar personām ar GRT, tāpēc sociālais darbinieks nevar strādāt ar vienkāršām formulām vai procedūrām. Liela daļa sociālā darbinieka **radošuma** ir vērsta uz sociālo problēmu izpratni un risināšanu. Tāpēc svarīgi būt radošam. Sociālajā darbā radošums nozīmē to, ka sociālajam darbiniekam nepieciešama laba iztēle un spēja būt elastīgam.

⁷⁹ World Federation for Mental Health. (2015). *World Mental Health Day 2015: Dignity in Mental Health*. Oktobra 10. kampaņas materiāli. Pieejams: https://www.hst.org.za/publications/NonHST%20Publications/WMHD_report_2015_FINAL.pdf [aplūkots 30.11.2025.]

⁸⁰ Bhanji, S. M. (2013). *Respect and Unconditional Positive Regard as Mental Health Promotion Practice*. Journal of Clinical Research & Bioethics, 4(3). Pieejams: <https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/respect-and-unconditional-positive-regard-as-mental-health-promotion-practice-2155-9627.1000147.pdf> [aplūkots 30.11.2025.]

Tomēr sistēma, it īpaši tāda, kuras pamatā ir psihiatriskais diskurss, dažkārt neatstāj vietu radošumam, un profesionāļiem un organizācijām jāatrod veidi, kā šo radošumu uzturēt savā darbā.

Padomi radošās domāšanas veicināšanai darbā:

- strādāt ar dažādiem cilvēkiem no dažādām grupām;
- atrast praktiskus individuālus risinājumus katrai personas unikālajai dzīves situācijai;
- saskarties ar dažādiem ekstremāliem dzīves apstākļiem;
- aktīvi reaģēt uz pastāvīgi mainīgo dinamiku;
- komunicēt ar citiem sociālajiem darbiniekiem, jo īpaši no citām valstīm;
- sekot un reaģēt uz nepārtrauktām pārmaiņām sociālajā politikā un tiesību aktos;
- strādāt tādu sistēmu ietvaros, kuras pieprasa radošumu, lai novērstu birokrātiju un meklētu individualizētus risinājumus.⁸¹

Radošums līdzēs tikai tad, ja būs noteikts mērķis. Šajā sakarā sociālo darbinieku svarīgākā spēja ir cerēt uz pārmaiņām nākotnē. Šī **cerība** ir viens no galvenajiem iemesliem, kāpēc cilvēki izvēlas sociālā darba profesiju un kāpēc sociālie darbinieki izvēlas strādāt veselības un garīgās veselības sistēmā, labi zinot informāciju par neārstējamu vai hronisku slimību izplatību.⁸² Tomēr sociālie darbinieki nenoliedz realitāti, tieši pretēji – profesionāļu cerība uzsāk uzlabojumus sabiedrībā, jo cerība ir saistīta ar sociālo taisnīgumu un aizstāvību, tā ir dinamiska un vērsta uz nākotni. Un tieši tāpēc šāda cerība ir pretlīdzeklis izdegšanai.

CERĪBAS PĒTNIECĪBA UN UZTURĒŠANA PRAKSĒ: daži ieteikumi.⁸³

1. Izprast savu cerības stilu:
 - Kā jūs iemācījāties cerēt?
 - Kā jūsu ģimenes locekļi un draugi izpauda cerību?
 - Uz ko jūs cerat šobrīd?
 - Kā jūs iepriekš tikāt galā ar sarežģītām situācijām?
2. Izzināt stāstus par cerību un dzīvesspēku:
 - Lasiet par cerību gan profesionālajā literatūrā, gan daiļliteratūrā.
 - Skatieties filmas un dokumentālās filmas par cerības pieredzēm.
 - Meklējiet cerību arī ikdienas dzīvē un cilvēku stāstos.
 - Uzziniet, kā atšķirt dažādus cerības veidus un to izpausmes.

⁸¹ Jackson, N., Burgess, H. (2005). *Creativity in Social Work and Social Work Education*. Higher Education Academy / SWAP Subject Centre. Pieejams: https://www.creativeacademic.uk/uploads/1/3/5/4/13542890/creativity_in_social_work.pdf [aplūkots 01.12.2025.]

⁸² Clark, E. J., Hoffer, E. F. (2014). *Hope Matters: The Power of Social Work*. Washington, DC: NASW Press.

⁸³ Clark, E. J. (2017). *10 Essentials Social Workers Must Know About Hope*. The New Social Worker. Pieejams: <https://www.socialworker.com/feature-articles/practice/10-essentials-social-workers-must-know-about-hope/> [aplūkots 30.11.2025.]

3. Iedibināt cerību savā profesionālajā praksē:

- Apspriediet cerības jēdzienu ar kolēģiem un komandā.
- Iekļaujiet jautājumus par cerību klientu izvērtējumos.
- Praktizējiet tādu uzklaušīšanu, kas atzīst klienta ciešanas un vienlaikus atbalsta viņa cerības.
- Pārliecinieties, ka jūsu stratēģijas un iejaukšanās veicina cerību un dod virzību uz priekšu.
- Ja klientiem ir zems cerību līmenis, palīdziet to uzturēt, līdz viņi paši spēj atgūt cerību – vai ļaujiet viņiem iedvesmoties no jums.
- Neatkarīgi no situācijas, nepārtrauciet klientu viņa cerībās; palīdziet cilvēkiem tās attīstīt, paplašināt un padarīt reālākas. Tādējādi tiks stiprinātas arī jūsu paša cerības.

Spriestspēja ir spēja saskatīt atšķirības, izvēlēties alternatīvas un pieņemt lēmumu, kā rīkoties. Profesionālā spriestspēja sociālajā darbā palīdz sociālajam darbiniekam veikt izvērtējumu, veidot attiecības un robežas, formulēt rīcības plānus, izvēlēties metodes un izlemt, kad izbeigt pakalpojumu. Profesionālās spriestspējas pamatā ir sociālā darbinieka spēja skaidri un kritiski domāt.

Kanādas sociālā darbiniece un pētniece Lisa Krokvela norāda, ka profesionālu spriedumu var uzskatīt par izglītības un pieredzes apvienojuma rezultātu.⁸⁴



GADĪJUMA APRAKSTS

Sanita, 35 gadu veca sieviete ar intelektuālās attīstības un uzvedības traucējumiem, nesen sāka dzīvot sabiedrībā. Viņa ir ļoti vientuļa. Nesen viņa regulāri sāka nākt uz sociālo dienestu, divas vai trīs reizes nedēļā, lai satiktos un izrunātos ar savu sociālo darbinieci Līgu, kura ir kļuvusi par Sanitas galveno uzticības personu.

Līga palīdzēja Sanitai atrast darbu vietējā veikalā. Sanita veikalā strādā mēnesi, bet, jau darbu uzsākot, veidojās konfliktsituācijas. Līga palīdzēja Sanitai šos konfliktus atrisināt.

Sanita ir tikko saņēmusi savu pirmo algu un ir atnākusi pie sociālās darbinieces ar dāvanu – konfekšu kastīti. Sanita ļoti lepojas ar to, ko viņa ir sasniegusi, un vēlas demonstrēt savu sasniegumu ar šo dāvanu.

Līga sāk domāt, kā rīkoties šajā situācijā. Vai viņai vajadzētu noraidīt dāvanu? Vai viņai to vajadzētu pieņemt? Kādi ir profesionālie ierobežojumi un organizācijas noteikumi? Kāds varētu būt kaitējums no dāvanas pieņemšanas? Kādi varētu būt ieguvumi? Kādi ir riski, ka Līgai būtu dubultās attiecības ar Sanitu? Vai Līgai jau ir bijušas šādas dubultas attiecības? Vai Līga spēj vadīt ar dubultām attiecībām saistītos riskus? Vai Līgai ir kādas citas izvēles?

Šajā gadījumā Līga demonstrē spriestspēju, kas palīdz viņai kvalitatīvi palīdzēt Sanitai: viņa zina sociālā darba pamatprincipus un tagad mēģina tos lietot atbilstoši reālai praktiskajai situācijai.

Visas šīs trīs spējas – būt radošam, cerēt un spriest – veicina profesionālo kompetenci, jo īpaši, ja sociālais darbinieks mēģina kritiski pārdomāt savu praksi.

⁸⁴ Crockwell, L. (2015). Professional Judgment: The Science behind Common Sense in Social Work. *Practice Matters*. Newfoundland & Labrador College of Social Workers. Pieejams: <https://nlcsw.ca/wp-content/uploads/2023/10/professional-judgment-the-science-behind-common-sense-in-social-work.pdf> [aplūkots 30.11.2025.]

4.2.4. Refleksija, kritiskās domāšanas prasmes

Daļai sociālā darba praktiķu joprojām ir izplatīts priekšstats, ka medicīniskās zināšanas – klasifikācijas, diagnozes un simptomu izpratne – ir galvenais un būtiskākais, kas nepieciešams darbā ar cilvēkiem ar GRT. Šāds skatījums bieži balstīts pieņēmumā, ka GRT ir “sarežģīti” un “mistiski” un ka tos pilnībā var izprast tikai medicīnas speciālisti. Tomēr, ja darbā dominē tikai medicīniska perspektīva, pastāv risks, ka sociālā darba profesionālā identitāte un prakses iespējas tiek aizēnotas, mazinot sociālo, attiecību un vides faktoru nozīmi cilvēka atlabšanas procesā.

Spēja kritiski domāt ir pamats efektīvai sociālā darba praksei ar personām ar GRT. Apstrīdot esošos sociālos, politiskos un kultūras apstākļus un strukturālos šķēršļus, kritiskā refleksija izmaina praksi. Kritiskās refleksijas process praksē ir pamats, lai integrētu personīgo un profesionālo, un tas ir sākuma punkts prakses novērtēšanai. Sociālais darbinieks attīsta refleksijas apziņu, balstoties uz savu domāšanu, uztveri un darbībām (skat. 3. tabulu).

3. tabula. Refleksijas līmeņi un jautājumi pašrefleksijai.

Refleksijas līmeņi	Darbā ar personām ar GRT sociālais darbinieks	Pašrefleksijas jautājumi
Pamata refleksija: sociālais darbinieks reflektē tikai par klientu vajadzībām, jūtām un sociālo kontekstu.	<p>Ir empātisks un iejūtīgs pret klientu vajadzībām un jūtām; cenšas domāt un rīkoties atbilstīgi klientu vajadzībām un vēlmēm;</p> <p>cenšas izprast klientu vajadzības un jūtas, nevis tikai GRT simptomus;</p> <p>apzinās stigmatizācijas un sociālās atstumtības kaitīgo ietekmi;</p> <p>mācās, kā uzturēt sociālā darba prakses humāno orientāciju, saskaroties ar institūcijām, kas orientētas uz sociālo kontroli.</p>	<p>Kādas ir atšķirības starp sociālo kontroli un humāno orientāciju ārstēšanā un rehabilitācijā, ja runājam par domāšanu un praksi?</p> <p>Kādas ir atšķirības starp medicīnisko ārstēšanu un psihosociālo darbu ar klientiem ar GRT?</p> <p>Kādas ir visbiežāk sastopamās sociālo darbinieku dilemmas multidisciplinārā vidē, strādājot ar personām ar GRT, kāda loma tām ir mūsu darbā?</p> <p>Kādu līdzīgu pieredzi varat atcerēties no savas dzīves, domājot par dažādiem simptomiem (piemēram, salīdzinot sapņus un halucinācijas, sērošanu un depresiju, bažas un nekontrolējamu trauksmi u. tml.)?</p> <p>Padomājiet par klientu, ar kuru strādājat: kādas varētu būt klienta jūtas un vajadzības, nerunājot par simptomiem?</p>

Tabulas turpinājumu sk. 73. lpp.

Refleksijas līmeņi	Darbā ar personām ar GRT sociālais darbinieks	Pašrefleksijas jautājumi
<p>Refleksija darbībā: sociālais darbinieks reflektē par savām vērtībām, pārlicību un priekšstatu, kā arī par to, kā tie ietekmē praksi.</p>	<p>Apzinās savu attieksmi, kā arī vērtības sociālā darba praksē ar klientiem;</p> <p>domā par saviem ierobežojumiem un stiprajām pusēm savā domāšanā par GRT un darbu ar klientiem ar GRT;</p> <p>apzinās, ka paša attieksme, jūtas un garastāvoklis var ietekmēt darbu ar personām ar GRT;</p> <p>apzinās, ka personīgās vērtības un pārlicība par garīgo veselību un garīgajām slimībām var ietekmēt uztveri par klientiem;</p> <p>apzinās, ka personiskie lēmumi un spriedumi saistībā ar garīgās veselības problēmām var ietekmēt darba procesu ar klientiem ar garīgām saslimšanām.</p>	<p>Kāda ir jūsu personiskā uztvere, pieredze un uzskati par garīgo veselību un GRT, kā tie ietekmē jūsu darbu?</p> <p>Vai jums ir bijusi personiska pieredze garīgās veselības sistēmā, kā tā ietekmē jūsu darbu?</p> <p>Kā jūsu sliktais garastāvoklis un nogurums / labs garastāvoklis un enerģija ietekmē jūsu darbu ar personām ar GRT?</p> <p>Kā jūs tiek galā ar stresu savā darbā?</p> <p>Ko jūs darāt labi, palīdzot personām ar GRT?</p>
<p>Kritiskā refleksija praksē: sociālais darbinieks mēģina kritiski un dinamiski reflektēt par sevi, klientiem un darba procesu kopā.</p>	<p>Zina, kādā veidā klientu vajadzības un jūtas ietekmē metožu izvēli un efektivitāti;</p> <p>zina, kā personiskās vērtības un uzskati ietekmē uztveri par klientu garīgās veselības problēmām, par intervences īstenošanu;</p> <p>apzinās, kā klienti reaģē uz viņa intervenci un uztveri.</p>	<p>Padomājiet par kādu nesenu klienta gadījumu un mēģiniet izanalizēt, kā ģimenes vēsture, cerības, vērtības un klientu vajadzības ietekmēja darba procesu (kāpumus un kritumus) darba gaitā?</p> <p>Palūdziet kolēģim palīdzēt jums ar konkrētu gadījumu ar personu ar GRT, un aiciniet kolēģi jūs intervēt par jūsu idejām, vērtībām un uzskatiem, kas ir saistīti ar šo gadījumu, bet pēc intervijas lūdziet kolēģi novērot jūsu konsultāciju ar konkrēto klientu (ar klienta atļauju), aiciniet kolēģi izstāstīt novēroto: kā jūs runājat ar klientu, piemēram, kādas bija intonācijas, lietotie vārdi, jūsu neverbālā saziņa? Kāds ir viedoklis par konsultācijas ilgumu?</p> <p>Ko jūsu klienti saka par jūsu darbu un ko viņi saka par tām intervencēm un metodēm, ko izmantojat? Ko viņi uzskata par noderīgu, ko – nē, un kādās situācijās?</p>

4.2.5. Profesionālā integritāte



GADĪJUMA APRAKSTS

Annai, jaunai sievietei, diagnosticēta smaga depresija, ir arī pēctraumas stress. Viņa vērsās sociālajā dienestā, jo vēlas izbeigt “ļauņprātīgas” attiecības un meklē iespējas pārcelties projām no mājām. Annas tēvs, fanātisks katolis, uzzinājis, ka meita ir lesbiete, nolēma, ka Annai jālaulājas ar vīrieti. Tagad Anna vēlas šķirties un atrast partneri sievieti, un vēl vienu reizi apprecēties.

Sociālais darbinieks Toms arī ir katolis, un viņš neatbalsta laulības šķiršanu un iebilst pret homoseksuālu cilvēku laulībām.

Toms lūdz supervīziju, un kopā ar savu vadītāju izlemj, ka viņam vajadzētu nodot šo gadījumu citam sociālajam darbiniekam profesionālo un privāto vērtību konflikta dēļ.

Profesionālā integritāte ir pienākums ievērot un atbalstīt profesijas vērtības un principus, kā arī rīkoties uzticami un godīgi. Integritāte ir vairāk nekā rīcība, kura atbilst esošajiem profesionālajiem standartiem, tā ir morālā pozīcija.

Sociālā darba princips – sociālais darbinieks kā prioritāti nosaka klienta pašnoteikšanos, nevis savas vērtības un idejas, izņemot vērtības, kuras noteiktas likumos un ir universāli pieņemamas.

Protams, likumi un sabiedrības izpratne par vērtībām laika gaitā var mainīties. Piemēram, ir mainījusies attieksme pret verdzību, pašlaik mainās attieksme pret personu ar GRT izolēšanu slēgtajās iestādēs.

Svarīgi, lai sociālais darbinieks apzinātos savus uzskatus – ko un kāpēc viņš domā par dažādām situācijām. Savu uzskatu apzināšanās palīdz attīstīt attieksmi bez aizspriedumiem arī profesionālajā dzīvē. Sociālā darbinieka personīgajām vērtībām jābūt saderīgām ar profesijas vērtībām, pretējā gadījumā darbs nebūs efektīvs vai klientam pat var tikt nodarīts kaitējums.

4.2.6. Sociālais darbinieks kā pētnieks

Sociālā darba prakses zināšanu bāze ir plaša un starpdisciplināra: sociālajam darbam ir savas profesionālās zināšanas, taču praksē tas balstās arī politoloģijā, socioloģijā, psiholoģijā un medicīnā. Darbā ar personām ar GRT īpaši būtiska ir spēja gan pārzināt, gan mērķtiecīgi atrast aktuālu informāciju ne tikai sociālā darba jomā, bet arī psihiatrijā, klīniskajā un sociālajā psiholoģijā, antropoloģijā, socioloģijā un tiesību zinātnēs. Šī pētnieciskā pieeja palīdz sociālajam darbiniekam izvērtēt situāciju, izprast kontekstu un pieņemt profesionāli pamatotus lēmumus.

Balstoties ikdienas praksē, sociālais darbinieks ir atbildīgs par metodēm, ko viņš izmanto darbā ar klientiem. Sociālajam darbiniekam jāzina, kā izvēlēties atbilstošas metodes, kā novērtēt metožu efektivitāti un kā kritiski pieiet pētnieciskai literatūrai. Ļoti svarīgi zināt, kā novērtēt progresu katrā atsevišķā gadījumā, jo tas palīdz saredzēt nelielās individuālās izmaiņas.

Sociālajam darbiniekam jābūt informētam par aktualitātēm sociālajā darbā ar personām ar GRT. Būtu jāpieliek lielākas pūles, lai šo specifisko informāciju padarītu pieejamu Latvijas profesionāļiem, piemēram:

- jānodrošina specializētas literatūras tulkojumi;
- jānodrošina iespējas lasīt profesionālo literatūru svešvalodās;
- sociālajiem darbiniekiem jāmeklē iespējas iekļauties starptautiskajās profesionālajās kopienās;
- sociālajiem darbiniekiem jāzina, kā atrast nepieciešamo informāciju internetā;
- praktizējošiem sociālajiem darbiniekiem jāiesaistās pētījumos par metodēm, kuras viņi izmanto.

4.3. KOMUNIKĀCIJAS PRASMES UN METODES DARBĀ AR PILNGADĪGĀM PERSONĀM AR GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM

Katra sociālā situācija prasa profesionālas saziņas un komunikācijas prasmes. Atšķirībā no parastas mijiedarbības, komunikācija sociālajā darbā ir apzināta un notiek nevis spontāni, bet mērķtiecīgi. Komunikācija (aci pret aci, pa tālruni, elektroniski, ar vēstulēm un rakstiskiem ziņojumiem) joprojām ir viena no sociālo darbinieku galvenajām prasmēm.

Efektīva komunikācija nozīmē, ka persona spēj izteikties gan verbāli, gan neverbāli, ņemot vērā situāciju, kultūras un emocionālo kontekstu. Bez efektīvas komunikācijas saziņa var kļūt kļūdaina, ar pārpratumiem, un tas var sabojāt attiecības vai radīt neuzticēšanos. Efektīva komunikācija nozīmē daudz vairāk nekā iespēja runāt, tā ir arī iespēja klausīties un sadzirdēt, pamanīt otra cilvēka noskaņojumu un saprast un interpretēt otra cilvēka ķermeņa valodu. Komunikācija ir veiksmīga tikai tad, kad ziņas sūtītājs un tās saņēmējs saprot un lieto vienādu komunikācijas stilu.

Mutiskās un rakstiskās komunikācijas prasmes ir būtiska sociālā darba sastāvdaļa. Tās palīdz uzturēt profesionālu, bet cilvēcīgu kontaktu ar klientu. Sociālo darbinieku darbā ar personām ar GRT prioritāte ir efektīvu saziņas veidu meklēšana: speciālistam jābūt ziņošam un pietiekami radošam, lai pielāgotos klienta ar GRT individuālajam komunikācijas stilam. Šī elastība veido pamatu uzticības pilnām attiecībām.

Komunikācijas prasmes, t.sk. klausīšanos un izteikšanos, ir **pastāvīgi jāpilnveido** izglītojošos semināros, nodarbībās, supervīzijās un profesionālās apmācībās.

4.3.1. Komunikācijas procesa veicināšana

Karena Hilija, Kvīnslendas Universitātes sociālā darba profesore, savā grāmatā “*Prasmīgs komunikators sociālajā darbā: komunikācijas māksla un zinātne praksē*”⁸⁵ uzsver, ka sociālie darbinieki ir komunikācijas speciālisti, kuri spēj būt mērķtiecīgi, reflektīvi un atsaucīgi pret citu cilvēku komunikācijas vajadzībām. Šie aspekti izpaužas trīs komunikācijas formās:

- mērķtiecīga komunikācija – komunikācija, kas veicina kopīgā mērķa identificēšanu, attīstību un sasniegšanu;
- reflektīvā komunikācija – komunikācija, kuras laikā notiek analīze, kā mūsu personīgās īpašības un spējas, arī profesionālā pieredze var ietekmēt komunikācijas procesu;
- atsaucīgā komunikācija – spēja atpazīt un pielāgot komunikāciju klientu vajadzībām.

⁸⁵ Healy, K. (2018). *The Skilled Communicator in Social Work: The Art and Science of Communication in Practice*. Macmillan Education, London. 2. lpp.

KĀDS IR LABS KOMUNIKĀCIJAS PROCESS?

1. Sociālais darbinieks sarunas laikā galvenokārt klusē, ļauj klientam runāt, saprot, ko saka klients, un to pauž ar savu ķermeņa valodu.
2. Sociālais darbinieks māj ar galvu un uztur acu kontaktu, sēž vai stāv tādā pašā pozā kā klients un drošā attālumā no klienta – ne pārāk tuvu, ne pārāk tālu.
3. Sociālais darbinieks mierīgi un uzmanīgi klausās, ko klients saka, lai pārliecinātos, vai viņš saprot pareizi, dažkārt atkārtojot to, ko klients teicis, vai apkopojot sacīto.
4. Klients šādā komunikācijā jūt, ka sociālais darbinieks velta savu uzmanību un iedziļinās stāstā, nenosoda, ciena viņu.

Autore rosina komunikāciju aplūkot dinamikā: sadarbību starp sociālo darbinieku un klientu pastāvīgi ietekmē gan prakses konteksts (piemēram, konteksts organizācijā, kurā sociālais darbinieks strādā), gan personiskie faktori (piemēram, kultūra un valoda, dzīvesveids, spējas, invaliditāte un garīgās veselības problēmas).⁸⁶

Citiem vārdiem sakot, cieņpilnas komunikācijas noteikumi attiecas uz saziņu ar ikvienu klientu grupu: ja kāds jūtas cienīts un sadzirdēts, viņš, visticamāk, arī komunicēs ar cieņu un uzklaussīs to, ko sociālais darbinieks grib pateikt. Tomēr komunikācijā ar klientu ar GRT ir jāņem vērā klienta slimības izraisīti uztveres traucējumi. Piemēram, ja klientam ir halucinācijas, sociālajam darbiniekam jāapzinās, ka klienta halucinācijas vai murgi ir klienta realitāte. Cieņpilna komunikācija šādās situācijās nozīmē, ka sociālais darbinieks atzīst klienta pārdzīvojuma nozīmīgumu, vienlaikus nemēģinot apstiprināt halucinācijas kā objektīvu realitāti un neiesaistoties pārliecināšanā par pretējo.

Komunikācijas procesa pamatā ir personas uzklauššana un patiesa vēlme saprast, ko viņš vai viņa stāsta. Tas varētu būt izaicinājums, komunicējot ar personām ar GRT, jo stigmatizācijas vai ierobežotas izpratnes par klientu pieredzi dēļ sociālajam darbiniekam dažkārt ir tendence “izslēgt” savas komunikācijas prasmes.

Tādēļ, lai veicinātu un atbalstītu saziņas procesu, vispirms ir svarīgi izmantot savas ierastās profesionālās komunikācijas prasmes, mēģināt saprast un novērtēt, kādas klienta vajadzības sociālais darbinieks var palīdzēt apmierināt. Tomēr sociālajam darbiniekam jāapzinās, ka komunikācija ar personu ar GRT nereti aizņem vairāk laika nekā ar citas mērķgrupas pārstāvi un prasa lielāku apzinātību par to, kā tiek izmantota gan verbālā, gan neverbālā komunikācija.

NEVERBĀLĀ KOMUNIKĀCIJA, ĶERMEŅA VALODA

Neverbālā komunikācija ir nepieciešama, lai attīstītu darba aliansi⁸⁷. Tā ir neatņemama katras profesionālās saziņas sastāvdaļa, un tās nozīme ir īpaši liela, strādājot ar klientiem ar GRT. Viens no neverbālās komunikācijas izaicinājumiem ir tās neapzinātība: daži šīs uzvedības modeļi var neatbilst konkrēta klienta vajadzībām vai arī nesaskanēt ar sociālo kontekstu.

Ķermeņa valoda ietver daudzus un dažādus neverbālās uzvedības aspektus – acu kontaktu (skatīšanos, izvairīšanos no acu kontakta), sejas izteiksmes (drūmu seju, smaidu, sakniebtas lūpas, paceltas uzacis),

⁸⁶ Healy, K. (2018). *The Skilled Communicator in Social Work: The Art and Science of Communication in Practice*. Macmillan Education, London. 2. lpp.

⁸⁷ Darba alianse ir “profesionālās sadarbības process, kurā sociālais darbinieks un klients izveido partnerību, kas balstīta uz skaidrām lomām, uzticēšanos, abpusēju mērķu saskaņošanu un atbalstošām attiecībām, lai palīdzētu klientam risināt grūtības un paaugstinātu dzīves kvalitāti”. Labklājības ministrija. (2025). *Attiecības kā instruments sociālajā darbā*. Rīga, 19. lpp.

balsi (toni, akcentu, intonāciju, pauzes), ķermeņa kustības (stāju, žestus), fizioloģiskas reakcijas (svīšanu, ātru elpošanu) un kopējo izskatu (apģērbu, sakoptību). Neverbālā komunikācija var pastiprināt verbālo vēstījumu vai, pretēji, radīt pretrunu ar teikto un līdz ar to ietekmēt to, kā ziņa tiek uztverta.

Sociālajam darbiniekam pašam jājūtas ērti un droši savā profesionālajā lomā. Par to, ka sociālais darbinieks patiesi interesējas par klientu, viņa dzīvi un problēmām vai vajadzībām, liecina acu kontakts, uzmanība klausoties un saziņas laikā izrādītā klātbūtne. Sociālajam darbiniekam pilnībā jāvelta klientam uzmanība, jāvēro klienta ķermeņa valoda un jāreaģē uz to. Šāda atspoguļošana ļauj klientam saprast, ka sociālais darbinieks viņu uztver un cenšas izprast (skat 4. tabulu).

4. tabula. Ieteikumi neverbālai komunikācijai.

NEVERBĀLA KOMUNIKĀCIJA ⁸⁸		
	Ieteicams	Nav ieteicams
Sejas izteiksme	<ul style="list-style-type: none"> • Tiešs acu kontakts (izņemot dažus gadījumus, piemēram, kad tas ir aizliegts kultūrā). • Siltums un ieinteresētība atspoguļojas sejas izteiksmē. • Acis vienā līmenī ar klienta acīm. • Dabiskas, dzīvīgas sejas izteiksmes. • Mute nesavilkta, vēlams viegls smaids. 	<ul style="list-style-type: none"> • Izvairīšanās no acu kontakta. • Fiksēta skatīšanās uz cilvēku. • Kritiski paceltas uzacis. • Pārmērīgi noliekta galva. • Žāvāšanās. • “Auksta” sejas izteiksme. • Nepiemērots smaids. • Lūpu kodišana. • Sakniebtas lūpas.
Poza	<ul style="list-style-type: none"> • Rokas mēreni izteiksmīgas, atbilstoši žesti. • Ķermenis pavērsts nedaudz uz priekšu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stīva poza, rokas cieši sakrustotas. • Ķermenis pavērsts prom no klienta. • Šūpošanās krēslā. • Kājas uz galda. • Mutes aizsegšana ar roku. • Norādīšana ar pirkstu.
Balss	<ul style="list-style-type: none"> • Skaidri sadzirdama, bet ne skaļa. • Silts, modulēts tonis, kas atspoguļo klienta emocijas. • Mērens runas temps. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bubinoša, monotona vai pārlietu skaļa balss. • Ilgstošas pauzes. • Lēna, ātra, saraustīta runa. • Nervozi smieklī, klepus.
Fizisks tuvums	<ul style="list-style-type: none"> • Apmēram 1–1,5 metru distance starp sarunas dalībniekiem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pārmērīgs tuvums vai attālums. • Saruna pāri galdam vai citai barjerai.

⁸⁸ Hepworth, D. H., Larson, J. A., Homewood, B. (2001). *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*, 165.–166. lpp.

Viens no atpazīstamākajiem neverbālās komunikācijas modeļiem ir “SOLER pozīcija”, ko aprakstījis konsultēšanas teorijas un prakses pētnieks un pasniedzējs Džerards Egans.⁸⁹ Šis modelis palīdz sociālajam darbiniekam apzināti izmantot ķermeņa valodu, lai izveidotu darba aliansi un pielāgotos klienta vajadzībām,

SOLER akronīms apzīmē piecas pamatprasmes:

S (square): sēdēt pretim klientam;

O (open): ieņemt atvērtu ķermeņa pozu, nesakrustojot rokas un kājas;

L (leaning): nedaudz pavērsties vai paliekties klienta virzienā;

E (eye): uzturēt labu acu kontaktu, neblenžot un neizraisot diskomfortu;

R (relaxed): relaksēta, bet profesionāla poza.

Tomēr šajā praktiskajā modelī nav ņemtas vērā tādas nianšes kā sejas izteiksme, apģērbs, kultūras vai dzimuma īpatnības. Šajā kontekstā sociālā darbinieka ārējam izskatam un apģērbam nereti tiek pievērsta pārāk maza uzmanība, lai gan tas ir svarīgs profesionālās komunikācijas elements, īpaši darbā ar klientiem ar GRT.

Klientiem ar GRT bieži ir traumatiska hospitalizācijas vai institucionālās aprūpes pieredze, kur darbinieki parasti ģērbjas speciālās darba drēbēs. Tādēļ sociālajam darbiniekam ieteicams izvairīties no apģērba, kas varētu asociēties ar institucionālo vidi (piemēram, baltiem vai medicīnas darbinieku halātiem). Apģērbs nodod vienlaikus vairākas semantiskas ziņas – rūpes par sevi (tīrs, kārtīgs izskats), pieejamību un neformalitāti (piemēram, ieteicams brīvāks apģērbs, strādājot ar jauniešiem). Lai gan apģērba iespējams pielāgot, citi neverbālās komunikācijas faktori nav maināmi – dzimums, vecums, valoda, kultūra, ādas krāsa, augums u.tml. Šie faktori var ietekmēt arī klienta uztveri. Klients var vērtēt sociālo darbinieku gan pozitīvi, gan negatīvi, balstoties iepriekšējā pieredzē. Piemēram, klienti, kuri piedzīvojuši seksuālu vardarbību, var nespēt efektīvi sazināties ar pretējā dzimuma sociālo darbinieku. Ir svarīgi ņemt vērā individuālās saziņas vajadzības un pieredzi, lai izvairītos no retraumatizācijas un veicinātu uzticēšanos. Daudzus minētos komunikācijas aspektus var pamanīt, novērojot klienta mijiedarbību ar ģimenes locekļiem, draugiem vai citiem speciālistiem.

Neverbālajā saziņā būtiska nozīme ir arī pieskārienam.⁹⁰ Pieskāriens var palīdzēt paust atbalstu vai tuvību, taču tā lietošana vienmēr jāizvērtē rūpīgi un ar cieņu.



IETEIKUMI SOCIĀLAJAM DARBINIEKAM

- izmantojiet pieskārienu cieņpilni, balstoties uz personas vajadzībām, nevis jūsu pašu iniciatīvu;
- respektējiet klienta kultūru, vecumu, etnisko piederību un dzimumu;
- ņemiet vērā, ka ne vienmēr var prognozēt klientu ar GRT reakciju uz pieskārieniem;
- vienmēr ievērojiet personisko telpu;
- apzinieties savu komforta līmeni un robežas, izmantojot pieskārienu profesionālā kontekstā.

AKTĪVĀ KLAUSĪŠANĀS

Klausīšanās pati par sevi ir terapeitisks process, jo tā palīdz klientam justies pieņemtam, nozīmīgam un cienītam, sadzirdētam un saprastam, kā arī saistītam ar citiem cilvēkiem. Klausīšanās veicina uzticēšanās izjūtu, pateicoties kurai persona spēj lūgt palīdzību, sniegt atgriezenisko saiti par saņemtajiem

⁸⁹ Morrissey, J., Callaghan, P. (2011). *Core Communication Skills in Mental Health Nursing*. McGraw-Hill, 5. lpp.

⁹⁰ Turpat, 8. lpp.

pakalpojumiem, izteikt emocijas un pilnvērtīgi piedalīties sociālā darba procesā. Dažkārt cilvēki nāk pie sociālā darbinieka vienkārši tāpēc, lai tiktu uzklauti.

Aktīvā klausīšanās ir process, kurā speciālists apzināti izmanto domāšanu, ķermeņa valodu un emocionālo klātbūtni, lai pilnībā pievērstu uzmanību tam, ko saka persona. Tā ir prasme, ko iespējams attīstīt, un tā sastāv no vairākām darbībām:

- atrast laiku, lai klients varētu izstāstīt savu stāstu klusā un drošā vidē;
- klausīties, lai izprastu personas teikto un nozīmi, nevis tikai vārdus;
- pievērst pilnu uzmanību tam, ko persona saka, spējot kontrolēt ārējos traucēkļus (piemēram, trokšņus) un iekšējos traucēkļus (piemēram, domas par to, ko teikt tālāk);
- sniegt verbālus un neverbālus signālus, kas apliecina ieinteresētību un atbalstu – “Jā!”, “Hmm...”, “Noteikti!”, “Es redzu!”, “Lūdzu, turpiniet!” u. tml.⁹¹

Klusums aktīvās klausīšanās procesā ir īpaši nozīmīgs. Tas nodrošina “telpu” klienta iekšējam darbam – iespēju padomāt, sajust un apzināties sevi. Sociālajam darbiniekam jābūt spējīgam uzturēt klusumu un palikt mierīgam šādos brīžos.

Komunikācijā ar personām ar GRT klusums var būt ievērojami ilgāks nekā sarunās ar citu klientu grupām. Ja sociālais darbinieks prot apzināti izmantot klusumu, klients sajūtīs, ka viņš sociālajam darbiniekam ir svarīgs, jo speciālists ir gatavs būt kopā ar viņu bez steigas un spriedzes. Šāds klusums rada “telpu” ne tikai sarunai, bet arī cilvēcisķai klātbūtnē – būt vienkārši “kopā” bez nepieciešamības uzreiz kaut ko risināt vai mainīt.

EMPĀTISKA KOMUNIKĀCIJA UN VALIDĀCIJA

Ja 4.2.2. apakšnodaļā empātija tika raksturota kā sociālā darbinieka iekšēja vērtība un profesionāla attieksme, tad šeit uzmanība tiek pievērsta **empātiskai komunikācijai** – praktiskai saziņas metodei, kas balstās uz empātijas principiem un izpaužas kā spēja precīzi uztvert, nosaukt un atspoguļot klienta emocijas.

Empātiska komunikācija nozīmē, ka sociālais darbinieks ne tikai reaģē uz klienta stāstu ar empātiju, bet arī apzināti paziņo klientam par savu izpratni tā, lai cilvēks justos sadzirdēts un saprasts. Proti, komunikācijas laikā var nosaukt faktu, ko klients izteicis, mēģināt nosaukt emociju, kas attiecas uz šo faktu, un pārbaudīt, vai jūs esat pareizi sapratis klienta stāstīto.

Klients (raudot): “Es tikko runāju ar psihiatru, un tagad esmu ļoti dusmīgs un agresīvs!”

Sociālais darbinieks: “Vai es pareizi saprotu, ka tagad jūs esat ļoti dusmīgs un agresīvs, un vēl, man šķiet, apbēdināts?”

Izmantojot empātisko komunikāciju, sociālais darbinieks veido nozīmīgu kontaktu ar klientu un kļūst par cilvēku, kuram var uzticēties. Viņš var reaģēt verbāli vai neverbāli tādā veidā, lai apliecinātu savu izpratni par klienta iekšējo pieredzi. Svarīgi ir apzināties cilvēku emociju daudzveidību un to, ka personas ar GRT ne vienmēr spēj precīzi atpazīt vai nosaukt savas emocijas. Šajos gadījumos viņas var paļauties uz sociālā darbinieka empātiju.

⁹¹ Morrissey, J., Callaghan, P. (2011). *Core Communication Skills in Mental Health Nursing*. McGraw-Hill, 3. lpp.

Lai komunikācijā efektīvi izmantotu emocijas, ir svarīgi:

- nosaukt emocijas, kuras klients pauž;
- attīstīt un bagātināt emociju leksiku;
- ņemt vērā klienta stāsta kultūras specifiku;
- reaģēt ar balsi un žestiem tādā pašā intensitātē, kāda ir verbālajā komunikācijā;
- izmantot tādas frāzes kā: “Ja es pareizi saprotu, jūs jūtaties...”, “Kad es jūsos klausos, šķiet, ka jūs jūtaties...”;
- ar laiku palīdzēt klientam iemācīties sazināties empātiski.⁹²

Empātiska komunikācija ir noderīga dažādos sociālā darba posmos:

- sākotnējo attiecību noteikšanai (cilvēki biežāk turpina sadarbību ar sociālo darbinieku, kurš spēj sazināties empātiski);
- kontaktu ar klientu uzturēšanai (empātiska komunikācija palīdz pieskaņoties klientu emocionālajam stāvoklim);
- precīzai klientu problēmu izvērtēšanai (empātiska saruna rada uzticēšanos, kurā klienti sāk atklāti runāt par savām problēmām un dzīves detaļām);
- grūtību pārvarēšanas procesā (piemēram, ja persona runā pārāk daudz);
- dusmu un klienta vardarbīgas uzvedības pārvaldīšanā (empātiska reakcija palīdz mazināt dusmas un spriedzi – sociālais darbinieks var sniegt empātisku atbildi, nevis vainot klientu par viņa jūtām, piemēram: “Es redzu, ka jūs esat dusmīgs un vilies.”).

Validācija sociālajā darbā nozīmē cilvēka iekšējās pieredzes atzišanu par nozīmīgu un saprotamu, pat ja sociālais darbinieks nepiekrīt konkrētai uzvedībai vai uzskatiem⁹³. Tā palīdz klientam justies sadzirdētam, saprastam un cienītam – kas ir priekšnoteikums uzticēšanās veidošanai. Validācija nav vienkārši piekrišana – tā ir profesionāla empātijas izpausme, kurā sociālais darbinieks apliecina, ka redz klienta emociju un reakciju loģiku viņa dzīves kontekstā.

Līdzīgi kā empātiska komunikācija, praksē validācija izpaužas kā emociju atspoguļošana un nosaukšana (skat 5. tabulu), piemēram: “Es redzu, ka jums šī situācija ir ļoti sāpīga,” vai: “Tas, ko jūs sakāt, ir saprotams, ņemot vērā, cik grūti jums bijis.” Šādi izteikumi palīdz mazināt spriedzi un veicina sadarbību. Piemēram, ja klients ar GRT saka: “*Es vairs neiešu uz dienas centru, tur visi uz mani skatās!*”, sociālais darbinieks var atbildēt: “*Izskatās, ka jūs jūtaties neērti un noraidīts, un tas ir saprotami, ja iepriekš esat pieredzējis nosodījumu.*” Ar šādu reakciju sociālais darbinieks parāda, ka dzird ne tikai vārdus, bet arī emocijas aiz tiem.

5. tabula. Ieteikumi validācijai.

Ieteicams	Nav ieteicams
Klausīties ar pilnu uzmanību un atspoguļot emocijas: “Es redzu, ka šī situācija jums rada trauksmi.”	Pārtraukt vai pārliecināt klientu, ka viņa izjūtas nav pamatotas: “Nav jau tik slikti.”

Tabulas turpinājumu sk. 81. lpp.

⁹² Hepworth, D. H., Larson, J. A., Homewood, B. (2001). *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*, 99.–101. lpp.

⁹³ Fruzzetti, A. E., Ruork, A. (2018). Validation Principles and Practices in Dialectical Behavior Therapy. *The Oxford Handbook of Dialectical Behavior Therapy*. Oxford: Oxford University Press, 1.–3. lpp.

Ieteicams	Nav ieteicams
Nosaukt emocijas vārdā, atzīstot to loģiku klienta pieredzē.	Izvairoties no emocionāla satura vai mainīt tēmu, lai saruna būtu “ērtāka”.
Izmantot mierīgu balsi, empātisku toni un atvērtu ķermeņa valodu.	Runāt monotonā vai vērtējošā tonī, demonstrēt neiecietību.
Pieņemt klienta emocijas, bet neattaisnot kaitīgu rīcību: “Es saprotu, kāpēc jūs dusmojaties, bet nevaru atbalstīt vardarbīgu uzvedību.”	Slinki piekrist vai noliegt problēmu: “Jā, tā dzīvē notiek.”
Atstāt “telpu” klusumam, lai klients pats var izteikt savas domas.	Steidzināt, aizpildīt katru klusuma brīdi ar padomu vai jautājumu.

Validācija ir jālieto līdzsvarā ar pārmaiņu veicināšanu – pieņemot cilvēka emocijas, bet neattaisnojot destruktīvu rīcību. Piemēram, ja klients, kurš ir dusmīgs, paceļ balsi, sociālais darbinieks var teikt: “*Es redzu, ka jūs esat ļoti dusmīgs, un tas ir saprotami, jo situācija ir netaisnīga. Mēģināsim kopā atrast veidu, kā par to runāt drošāk.*” Šādi validācija palīdz nomierināt klientu, atjaunot racionālu domāšanu un virzīt sarunu uz risinājumu. Sociālais darbinieks, kas prot validēt, veicina klienta pašapziņu un spēju reflektēt, padarot komunikāciju drošu un līdzvērtīgu.

PAŠATKLĀSME

Pašatklāsme ir apzināta, pārdomāta un tieša informācijas atklāšana par sevi, tā notiek gan verbāli, gan neverbāli. Ļoti bieži klienti ar GRT var uzdot sociālajiem darbiniekiem dažādus personiskas dabas jautājumus (“Vai jūs esat precējies?”, “Kur jūs dzīvojat?”) vai mēģināt izziņāt sociālā darbinieka personiskus uzskatus (“Vai jūs domājat, ka es esmu traks? Vai es esmu sliktāks nekā citi jūsu klienti?”). Sociālajam darbiniekam ne vienmēr ir jāatbild uz katru no šiem jautājumiem, taču svarīgi katru reizi novērtēt, kāds ir jautājuma mērķis un kā atbilde var ietekmēt profesionālās attiecības (skat 6. tabulu).⁹⁴

6. tabula. Pašatklāsmes plusi un mīnusi.

Pašatklāsmes plusi	Pašatklāsmes mīnusi
<p>Veido savstarpējo sapratni un uzticību.</p> <p>Var palīdzēt klientam justies “normāli”.</p> <p>Var samazināt varas disbalansu, palīdzēt labāk sadarboties.</p> <p>Palīdz klientam justies mazāk vientuļam.</p>	<p>Var radīt neskaidrības un apdraudēt profesionālās attiecības.</p> <p>Var novērst uzmanību no klienta.</p> <p>Klients var sākt “apturēt” vai cenzēt informāciju.</p> <p>Klients var sajust, ka darbinieks ir “pārāk iesaistīts”.</p> <p>Radot cerības, var radīt “spiedienu” uz klientu, lai viņš atklātu to, ko nav gatavs atklāt.</p>

Ir divu veidu pašatklāsmes:

- sevis iesaistīšana procesā (piemēram, “Es vēlos dalīties savās emocijās par to, ko jūs tikko teicāt!”);

⁹⁴ Knapp, H. (2008). *Introduction to Social Work Practice: A Practical Workbook*. Sage, London, 21.–22. lpp.

- personiska pašatklāsmē (piemēram, “Manas meitas skolā mums arī ir problēmas ar skolotājiem.”).

Pētījumi liecina, ka sevis iesaistīšana procesā var veicināt lielāku sadarbību un klienta spēju reflektēt par savām emocijām, savukārt personiskā pašatklāsmē ir lietderīga tikai tad, ja tā kalpo klienta vajadzībām un netraucē profesionālo līdzsvaru.⁹⁵

Lai šīs atklātības formas izmantotu profesionāli un atbalstoši klientam, sociālajam darbiniekam ir svarīgi:

- nedalīties ar personisku informāciju, kamēr nav pietiekamas uzticības un klients neparāda gatavību vairāk komunicēt personiskajā līmenī;
- personalizēt teikumus, izmantojot “es” frāzes, nevis “jūs”, – tas arī motivēs klientus izmantot “es” frāzes;
- aprakstīt sociālā darbinieka personisko situāciju neitrālā un aprakstošā formā;
- ja sociālais darbinieks atsaucas uz personīgo pieredzi, svarīgi pārlicināties, ka tas tiek darīts atbilstoši klientu vajadzībām.⁹⁶

4.3.2. Piekļūstama un pielāgota komunikācija sociālajā darbā ar personām ar garīga rakstura traucējumiem

Piekļūstama un pielāgota komunikācija ir būtiska sociālā darba sastāvdaļa, jo tā nodrošina, ka persona ar GRT var pilnvērtīgi saprast informāciju, izteikt savas vajadzības un piedalīties lēmumu pieņemšanā. Empātiska un aktīva klausīšanās rada pamatu uzticības pilnām attiecībām, savukārt piekļūstama komunikācija padara šīs attiecības praktiski iespējamā – tā novērš informācijas barjeras un stiprina personas autonomiju.

Piekļūstama komunikācija ir cieši saistīta ar ANO Konvencijas principiem, īpaši tās 9. un 21. pantā noteikto pienākumu nodrošināt informācijas un saziņas pieejamību, kā arī personas tiesības uz izteiksmes brīvību un līdzdalību sabiedrībā uz vienlīdzīgiem pamatiem ar citiem⁹⁷. Šajā nodaļā aplūkotas praktiskas metodes, kā padarīt saziņu saprotamu un iekļaujošu: vieglā valoda un alternatīvā un augmentatīvā komunikācija (AAK). Tajā ietverti ieteikumi sociālajiem darbiniekiem, kā efektīvi komunicēt ar cilvēkiem, kuru komunikācijas un izpratnes spējas ietekmē dažādi GRT.

ALTERNATĪVĀ UN AUGMENTATĪVĀ KOMUNIKĀCIJA

Darbā ar personām ar GRT svarīgi ir saprast, ka cilvēki ar ierobežotu valodas spēju un izpratni paļaujas uz pazīstamām lietām un vides norādēm, lai saprastu vai paredzētu, kas notiks tālāk. Ja iespējams un ja tas ir droši, sociālais darbinieks var piedāvāt cilvēkiem ar GRT paņemt rokās dažādus priekšmetus no kabineta vai pieskarties tiem, izpētīt telpu.

Komunicējot ar cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem, sociālais darbinieks var izmantot vienkāršas diagrammas un žestus, attēlus vai norādīt uz pazīstamiem objektiem. Ir arī jāzina, ka dažas personas ar GRT, it īpaši ar intelektuālas attīstības traucējumiem, var izteikties tikai rakstiski.

Parasti sociālais darbinieks intuitīvi pats atrod saziņas veidu, lai gan eksistē alternatīvās saziņas sistēmas – alternatīvā komunikācija (valodu aizstājoša komunikācija, ko izmanto, saziņā ar personām, kuras

⁹⁵ Monticelli, F., Massullo, C., Carcione, A., Tombolini, L., Guerra, F., Liotti, M., & Farina, B. (2025). *Differentiating self-disclosure interventions from self-involving interventions based on the assessment of the short-term therapeutic effects: preliminary results. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 28(1), 800. Pieejams: <https://doi.org/10.4081/ripppo.2025.800> [aplūkots 30.10.2025.]

⁹⁶ Knapp, H. (2008) *Introduction to Social Work Practice: A Practical Workbook*, 10. lpp.

⁹⁷ ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām: starptautiska konvencija, 9., 21. pants.

nerunā, vai kuru runa nav saprotama) un augmentatīvā komunikācija (valodu papildinoša komunikācija, kuru izmanto, lai atvieglotu komunikācijas procesu ar personām, kurām ir neskaidra vai neaplūstoša runa).

Komunikācija ir ļoti individuāls process, un, lai persona spētu izmantot alternatīvo un augmentatīvo komunikāciju, viņai tā ir jāapgūst.

Visbiežāk sastopamie alternatīvās un augmentatīvās komunikācijas līdzekļi:

- žesti, mīmika, ķermeņa valoda, pieskārieni;
- atbalsta zīmes;
- priekšmeti;
- attēli vai fotogrāfijas, zīmējumi;
- piktogrammas, Bliss simboli⁹⁸, PECS⁹⁹ (attēlu komunikācijas sistēmas);
- komunikācijas palīgierīces (piemēram, komunikācijas tāfeles, runas dēļi (*Go-Talk*), komunikācijas lietotnes, kas pārvērš simbolus un tekstus runā);
- attēlu grāmatīņas.¹⁰⁰

Sociālajam darbiniekam jāsaprot – ja klients ar GRT nerunā verbāli, tas nenozīmē, ka viņš nespēj sazināties vai ka viņam nav ko teikt. Sociālajam darbiniekam jānoskaidro veidi, kā klients sazinās, vai jānosūta klients pie attiecīga speciālista, ja klients vēl nav saņēmis nepieciešamo atbalstu komunikācijā vai palīglīdzekļus.¹⁰¹

VIEGLĀ VALODA

Vieglā valoda ir īpaša literārās valodas forma. Atbilstoši Starptautiskās bibliotēku asociāciju federācijas definīcijai “vieglā valoda ir teksta, satura un formas vienkāršošana, kas atvieglo gan lasīšanu, gan satura uztveri”¹⁰². Praksē tiek izmantota gan vieglā valoda, gan vienkāršā valoda, kur vienkāršās valodas mērķis ir padarīt tekstu vieglāk lasāmu¹⁰³, bet vieglās valodas mērķis ir padarīt tekstu vieglāk izprotamu. Tādējādi teksta sagatavošana vieglajā valodā var ietvert gan īpašas gramatiskās formas, gan ilustrāciju, gan vārdu izvēli u.c.

Vieglajā valodā iespējams veidot trīs sarežģītības līmeņu tekstus:

1. līmeņa tekstos galvenokārt tiek izmantotas ilustrācijas (zīmējumi vai fotoattēli) – to uzdevums ir paskaidrot rakstīto tekstu, kuru veido īsi (vidēji no pieciem vārdiem), ļoti vienkārši teikumi bez palīgteikumiem. Tekstā netiek izmantotas metaforas, frazeoloģismi, poētismi u.c. tēlainās izteiksmes līdzekļi;
2. līmeņa tekstus veido vienkārši teikumi bez palīgteikumiem. Līdzīgi kā pirmā līmeņa tekstos, tiek

⁹⁸ Bliss simboli ir rakstītas zīmes, kas balstītas uz veselu jēdzienu vai vārdu apzīmējumiem.

⁹⁹ PECS – attēlu komunikācijas sistēmas nosaukums ir saīsinājums no angļu valodā izmantotā nosaukuma – *Picture Exchange Communication Systems*.

¹⁰⁰ Silantjeva, A. (2017). *Alternatīvā un augmentatīvā komunikācija – labākai saziņai no Senās Romas līdz mūsdienām*. SOS113. Pieejams: <http://www.sos113.lv/alternativa-un-augumentativa-komunikacija-labakai-sazinai-no-senas-romas-lidzmusdienam/> [aplūkots 30.09.2019.]

¹⁰¹ Latvijas Audiologopēdu asociācija. *Oficiālā mājaslapa*. Pieejams: <https://audiologopedi.lv/> [aplūkots 01.11.2025.]

¹⁰² Anča, G., Karapetjana, I., Knapa (Knapp), T., Liepa, D., Meļņika, I., Pičukāne, Ē., Polinska, V., Roziņa, G. (2022). *Vieglā valoda. Rokasgrāmata*. Latvijas Universitātes Akadēmiskais apgāds. Pieejams: https://www.apgads.lu.lv/fileadmin/user_upload/lu_portal/apgads/PDF/Viegl_valoda/Viegl_valoda-rokasgramata.pdf [aplūkots 01.12.2025.]

¹⁰³ Tekstu vieglāk lasāmu padara, tekstu strukturējot, izmantojot vieglāk uztveramus fontus un burtu lielumu, taču saturiski teksts netiek pārveidots vai vienkāršots.

izmantotas ilustrācijas (zīmējumi vai fotoattēli), lai paskaidrotu tekstā ietverto galveno domu vai darbību. Tāpat kā pirmā līmeņa tekstos, netiek izmantoti valodas tēlainās izteiksmes līdzekļi;

3. līmeņa tekstos tiek izmantoti vidēji gari teikumi. Ir pieļaujama palīgteikumu veidošana, bet – neizmantojot sarežģītas teikuma konstrukcijas. Saturu veido secīgs domas izklāsts, ievērojot hronoloģiju un darbības loģiku. Sarežģītie vārdi tiek paskaidroti. Valodas tēlainās izteiksmes līdzekļi (metaforas, frazeoloģismi, poētismi) tiek izmantoti reti un tiek paskaidroti.¹⁰⁴

Rakstot vai pārveidojot tekstu vieglajā valodā, ieteicams ievērot šādus vieglās valodas pamatprincipus:

- rakstiet konkrēti, neizmantojot abstraktu, tēlainu valodu;
- rakstiet tekstu loģiskā secībā;
- tekstā izmantojiet tikai dažus tēlus, bez gara ievada par katru no tiem;
- rakstiet par tiešām un vienkāršām darbībām, neizmantojot garus vai sarežģītus paskaidrojumus;
- neizmantojiet metaforas;
- rakstot tekstu, ievērojiet principu – viena rinda ir viens teikums;
- izvairieties no sarežģītiem vārdiem vai arī paskaidrojiet tos;
- sāciet teikumu ar vissvarīgāko, teikumā iekļaujiet vienu galveno domu;
- neizmantojiet darbības vārdu ciešamo kārtu;
- nelietojiet nolieguma formas (pēc iespējas rakstiet apgalvojuma formā);
- izvairieties no skaitļiem vai arī paskaidrojiet tos.¹⁰⁵

Ilustrācijas vieglās valodas tekstos:

- ir saskaņotas ar tekstu, ataino tekstā aprakstīto darbību;
- padara tekstu vieglāk uztveramu;
- izskaidro un papildina tekstu, palīdz izskaidrot lietas, kuras ir grūti izsakāmas vārdos;
- ilustrācijām jābūt viegli saprotamām, jo teksta lasītājam var būt neiespējami uztvert abstraktā zīmējumā ietverto domu;
- ilustrācijām jābūt mākslinieciski labā kvalitātē.

Vieglās valodas teksta noformējums:

- teksts ir sadalīts blokos ar ierobežotu rindu skaitu, izmantojot 8-12 rindas blokā;
- viens teikums – vienā rindā; teikums beidzas brīdī, kad runā iestājas dabiska pauze;
- jāievēro pietiekams kontrasts starp ilustrācijām un tekstu, jāizvairās no krāsaina fona un šrifta izmantošanas;
- ieteicamie burtu fonti: sans serif fonti – piemēram, Arial, Calibri, Verdana;
- ieteicamais burtu lielums – 14.

Noderīgi resursi par vieglo valodu:

1. Vieglās valodas vadlīnijas valsts un pašvaldību iestāžu darbiniekiem. Vieglās valodas aģentūra, 2022. Pieejams: <https://www.mk.gov.lv/lv/media/21403/download?attachment>.

¹⁰⁴ Anča G. u.c. (2023). *Vieglā valoda. Rokasgrāmata.*, 83.–85. lpp.

¹⁰⁵ Vieglās valodas pamatprincipi sagatavoti pēc Vieglās valodas aģentūras veidotajiem mācību materiāliem.

2. Inclusion Europe Vadlīnijas – “Informācija visiem. Eiropas standarti viegli lasāmas un saprotamas informācijas veidošanai”. Pieejams: https://easy-to-read.inclusion-europe.eu/wp-content/uploads/2014/12/LV_Information_for_all.pdf.
3. Anča, G., Karapetjana, I., Knapa (Knapp), T., Liepa, D., Meļņika, I., Pičukāne, Ē., Polinska, V., Roziņa, G. (2022). *Vieglā valoda. Rokasgrāmata*. Latvijas Universitātes Akadēmiskais apgāds. Pieejams: https://www.apgads.lu.lv/fileadmin/user_upload/lu_portal/apgads/PDF/Vieglā_valoda/Vieglā_valoda-rokasgramata.pdf.
4. Biedrības “Vieglās valodas aģentūra” tīmekļa vietne – <http://www.vieglavaloda.lv>.
5. Latvijas Sabiedrisko mediju ziņas vieglā valodā – <https://www.lsm.lv/temas/zinas-vieglaja-valoda/>.

KOMUNIKĀCIJA AR PERSONĀM AR DAŽĀDIEM GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM

Cilvēkiem ar fiziskiem funkcionāliem traucējumiem piekļūstamība visbiežāk tiek nodrošināta ar vides pielāgojumiem – uzbrauktuvēm, liftiem, pieejamu transportu vai palīgtechnoloģijām, kas padara fizisko vidi izmantojamu. Savukārt personām ar GRT piekļūstamība vispirms un galvenokārt tiek īstenota, izmantojot komunikāciju. Tieši saziņā cilvēks veido kontaktu ar citiem, saņem informāciju, pauž savas vajadzības un piedalās lēmumu pieņemšanā par savu dzīvi. Ja komunikācija ir nepieklūstama – pārāk abstrakta, pārāk ātra vai emocionāli attālināta – persona faktiski tiek izslēgta no līdzdalības, pat ja fiziskajā vidē nav šķēršļu. Tāpēc prasme saprast, kā cilvēki ar GRT komunicē, un spēja pielāgot savu saziņu viņu vajadzībām pati par sevi ir piekļūstamības nodrošināšana un profesionālās kompetences būtiska sastāvdaļa sociālajā darbā. Detalizētāks personu ar GRT raksturojums un psihiatrijas aspekti aplūkoti 2.2. sadaļā “*Mūsdienu psihiatrijas skatījums uz garīga rakstura traucējumiem*”. Turpmākais materiāls nav paredzēts diagnostikai – uzsvars likts uz sociālā darba komunikācijas un mijiedarbības principiem, kas palīdz saprast, kā cilvēki ar dažādiem traucējumiem uztver, runā un reaģē ikdienas situācijās.

Depresija

Cilvēkiem ar depresiju bieži ir novērojamas izmaiņas runā un komunikācijā. Runa kļūst klusāka, monotona, ar mazāku intonācijas mainīgumu un samazinātu enerģiju, bieži novērojamas arī garākas pauzes un lēnāks runas temps. Šādas izmaiņas ietekmē ne tikai to, cik viegli citi var saprast cilvēka teikto, bet arī viņa paša spēju tikt sadzirdētam un uztvert informāciju no citiem.

Pētījumi rāda, ka depresijas simptomiem raksturīga ne tikai lēnāka un klusāka runa, bet arī grūtības uztvert citu runu sarežģītās vai trokšņainās situācijās. Cilvēkiem ar depresiju ir lielākas grūtības situācijās, kad apkārtējā vide rada vairākus trokšņu avotus vai vienlaicīgas sarunas, kļūst grūtāk uztvert nozīmi un koncentrēties uz sarunu biedru. Tas nozīmē, ka cilvēkam ar depresiju komunikācija bieži ir nogurdinošāka un vieglāk pārtrūkst uzmanības dēļ¹⁰⁶. Šīs pazīmes padara runu grūtāk uztveramu un var radīt iesaides par distancēšanos vai pasivitāti, lai gan tās atspoguļo psihomotoru palēninājumu, nevis attieksmi pret sarunu biedru¹⁰⁷. Ja depresija ir kombinējusies ar citām psihiskām saslimšanām, piemēram, šizofrēnijas spektra traucējumiem, izmaiņas ir vēl izteiktākas – runā ir vairāk un garākas pauzes teikumam vidū, pat ja runas saturs un ātrums būtiski nemainās¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Chandrasekaran, B., Van Engen, K., Xie, Z., Beevers, C., Maddox, T. (2014). *Influence of depressive symptoms on speech perception in adverse listening conditions*. *Cognition & Emotion*, 29(5), 900.–909. lpp. Pieejams: <https://doi.org/10.1080/02699931.2014.944106> [aplūkots 03.11.2025.]

¹⁰⁷ Yi, H., Smiljanic, R., Chandrasekaran, B. (2019). *The effect of talker and listener depressive symptoms on speech intelligibility*. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(12), 4269.–4281. lpp. Pieejams: https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-19-0112 [aplūkots 03.11.2025.]

¹⁰⁸ Tan, E. J., Neill, E., Kleiner, J. L., Rossell, S. L. (2023). *Depressive symptoms are specifically related to speech pauses in schizophrenia spectrum disorders*. *Psychiatry Research*, 321, 115079. Pieejams: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115079> [aplūkots 03.11.2025.]



IETEIKUMI KOMUNIKĀIJAI

1. Atvēli sarunai vairāk laika; nepārtrauc klusumu.
2. Klausies aktīvi un validē emocijas (“Es dzirdu, ka jums ir ļoti smagi”).
3. Izvairies no frāzēm, kas mazina cilvēka pieredzes nozīmīgumu (“Citiem ir vēl sliktāk”, “Jums tikai jāsaņemmas”).
4. Neatbalsti negatīvo domāšanu, bet piedāvā mazas, konkrētas rīcības iespējas (“Ko šodien varētu izdarīt, lai būtu mazliet vieglāk?”).
5. Saki tieši, skaidri un vienkārši.
6. Sarunas beigās atkārti galveno vienošanos un pieraksti to vieglajā valodā.

Trauksmes spektra traucējumi

Cilvēkiem ar trauksmes spektra traucējumiem komunikācija bieži atspoguļo paaugstinātu psiholoģisko spriedzi. Viņu runa var būt saraustīta, ātra, ar mainīgu skaļumu vai nervozām pauzēm. Dažiem cilvēkiem balss kļūst augstāka vai trīcoša, elpošana – sekla, un tiek lietoti īsi, pārdomāti teikumi, lai izvairītos no kļūdām vai vērtējuma. Ķermeņa valoda bieži signalizē satraukumu – cilvēks izvairās no acu kontakta, kustas nemierīgi, pieskaras sejai vai rokām. Šādas pazīmes ne vien norāda uz iekšējo spriedzi, bet arī ietekmē uztveri no apkārtējo puses, jo saruna var šķist distancēta vai pārlietu kontrolēta.

Pētījumi apliecina, ka cilvēkiem ar trauksmes traucējumiem bieži ir paaugstināta jutība pret neverbāliem signāliem, īpaši – kritisku vai spriedzes pilnu sejas izteiksmi un balsi. Šī pastiprinātā uzmanība pret negatīviem signāliem var novest pie kļūdainas interpretācijas – piemēram, neitrāla sejas izteiksme var tikt uztverta kā noraidošā vai dusmīga¹⁰⁹. Turklāt trauksme ietekmē arī runas plūdumu: cilvēks runā lēnāk, meklē vārdus, lai izvairītos no nepareizas izteikšanās, un koncentrējas uz iespējamo kļūdu novēršanu, nevis nozīmes nodošanu. Tas var padarīt komunikāciju saspringtu un nogurdinošu gan pašam, gan sarunu biedram.



IETEIKUMI KOMUNIKĀIJAI

1. Uzturi mierīgu, stabilu toni un lēnu tempu.
2. Dod iespēju cilvēkam pabeigt domu bez steigas.
3. Izvairies no vērtējošām frāzēm un cieša acu kontakta.
4. Palīdzi strukturēt sarunu ar konkrētiem jautājumiem (“Kas šobrīd palīdz justies drošāk?”).
5. Apstiprini izpratni un atbalstu (“Ir saprotami, ka tas rada spriedzi”).

Bipolārie traucējumi

Cilvēkiem ar bipolārijiem traucējumiem komunikācija ir cieši saistīta ar garastāvokļa fāzēm – tā var būt strauji mainīga, pārmērīgi enerģiska vai – gluži pretēji – klusa un palēnināta. Mānijas fāzē cilvēks runā ātri, ar paaugstinātu balss toni un mainīgu intonāciju, pārlec no tēmas uz tēmu, mēdz lietot daudz metaforu

¹⁰⁹ Winton, E. C., Clark, D. M., Edelmann, R. J. (1995). *Social anxiety, fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others. Behaviour Research and Therapy*, 33(2), 193.–196. lpp. Pieejams: [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)e0019-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)e0019-9) [aplūkots 03.11.2025.]; Chen, Y.-P., Ehlers, A., Clark, D. M., Mansell, W. (2002). *Patients with generalized social phobia direct their attention away from faces. Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 677.–687. lpp. Pieejams: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00086-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00086-9) [aplūkots 03.11.2025.]

vai simbolisku izteiksmi, reizēm neļauj sarunu biedram iesaistīties. Šādā stāvoklī bieži tiek pārvērtētas paša spējas, saruna kļūst dominējoša un emocionāli piesātināta. Depresīvajā fāzē komunikācija kļūst pretēja – runa ir klusa, lēna, ar gariem klusuma brīžiem un samazinātu emocionālo izteiksmi. Abos gadījumos šis pārmaiņas ietekmē cilvēka spēju saglabāt dialoga līdzsvaru un uzticēšanos attiecībās.

Pētījumi rāda, ka cilvēkiem ar bipolārajiem traucējumiem bieži ir grūtības integrēt emocionālo informāciju no dažādiem avotiem, piemēram, vienlaikus uztvert balss toni un sejas izteiksmi vai pareizi nolasīt šo signālu nozīmi sociālās situācijās. Emocionālie stimuli tiek uztverti fragmentēti, kas apgrūtina sarunu biedra noskaņas un nodomu interpretāciju.¹¹⁰ Savukārt mānijas epizodēs var novērot nestabilu neverbālo uzvedību – mainīgu skatienu, svārstīgu fizisko distanci, pārmērīgu tuvumu vai satrauktu žestu lietojumu, kas var radīt pārpratumus un diskomfortu sociālajā saskarsmē.¹¹¹



IETEIKUMI KOMUNIKĀCIJAI

1. Saglabā sarunas struktūru un atgādināni tēmu (“Tagad runājām par...”).
2. Raksti galvenos punktus uz lapas, lai vizualizētu vienošanos.
3. Izvairies no konfrontācijas ar grandiozām idejām; pārorientē uz konkrētiem soļiem.
4. Sarunas beigās apstiprini drošības un stabilitātes elementus (miegs, uzturs, rutīna).
5. Atceries: konsekvence un paredzamība palīdz uzturēt uzticēšanos.

Šizofrēnijas spektra traucējumi

Cilvēkiem ar šizofrēnijas spektra traucējumiem komunikācija bieži kļūst sadrumstalota un grūtāk izprotama, novērojami gan verbālās, gan neverbālās komunikācijas traucējumi, kas ietekmē spēju uzturēt attiecības un veikt ikdienas sociālās funkcijas. Verbālajā līmenī runa bieži ir fragmentēta un ar traucētu nozīmes nodošanu, kas saistīts ar domāšanas un valodas dezorganizāciju¹¹². Savukārt neverbālajā līmenī tiek novērota samazināta žestu un sejas izteiksmju lietošana, vienveidīga intonācija un grūtības atpazīt citu cilvēku emocijas. Šīs pazīmes korelē ar ierobežotām sociālajām prasmēm un zemāku funkcionālo neatkarību, īpaši personīgās aprūpes un darba jomā¹¹³. Turklāt pētījumi liecina, ka šie traucējumi saglabājas pat pēc simptomu mazināšanās – žestu un kustību deficīts bieži paliek, pat ja persona ārstējas, kas norāda uz nepieciešamību mērķtiecīgi trenēt komunikācijas prasmes¹¹⁴.

¹¹⁰ Van Rheenen, T. E., Rossell, S. L. (2013). *Is the non-verbal behavioural emotion-processing profile of bipolar disorder impaired? A critical review*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 128(3), 163–178. lpp. Pieejams: <https://doi.org/10.1111/acps.12125> [aplūkots 03.11.2025.]; Van Rheenen, T. E. (2015). *Some people with bipolar struggle to communicate – and here’s why*. The Conversation (May 19, 2015). Pieejams: <https://theconversation.com/some-people-with-bipolar-struggle-to-communicate-and-heres-why-41893> [aplūkots 03.11.2025.]

¹¹¹ Kim, E., Ku, J., Kim, J.-J., Lee, H., Han, K., Kim, S. I., Cho, H.-S. (2009). *Nonverbal social behaviors of patients with bipolar mania during interactions with virtual humans*. Journal of Nervous and Mental Disease, 197(6), 412–418. Pieejams: <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181a61c3d> [aplūkots 03.11.2025.]

¹¹² Demirok, Z. N., Akça, E., Demirok, Ö., Sağ, Y., Kuşçu, M. K. (2023). *The Impact of Verbal Communication Disturbance and Nonverbal Sensitivity on Social Functioning in Schizophrenia Patients*. Frontiers in Psychology. Pieejams: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2576682/v1> [aplūkots 03.11.2025.]

¹¹³ Chapellier, V., Pavlidou, A., Maderthaner, L., von Känel, S., Walther, S. (2022). *The Impact of Poor Nonverbal Social Perception on Functional Capacity in Schizophrenia*. Frontiers in Psychology, 13, 804093. Pieejams: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.804093> [aplūkots 03.11.2025.]

¹¹⁴ Wüthrich, F., Pavlidou, A., Stegmayer, K., Eisenhardt, S., Walther, S. (2020). *Nonverbal communication remains untouched: No beneficial effect of symptomatic improvement on poor gesture performance in schizophrenia*. Schizophrenia Research, 223, 258–264. lpp. Pieejams: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.08.013> [aplūkots 03.11.2025.]



IETEIKUMI KOMUNIKĀIJAI

1. Piešķir sarunai struktūru, runā īsiem, skaidriem teikumiem par vienu tēmu.
2. Neapstrīdi halucinācijas, bet fokusējies uz drošību un tagadnes realitāti (“Tagad mēs esam šeit, kopā.”).
3. Validē emocijas, nevis saturu (“Izskatās, ka tas jūs uztrauc.”).
4. Izvairies no metaforām, ironijas un pārāk intensīva acu kontakta.
5. Saglabā mierīgu toni, paredzamu klātbūtni un drošu fizisko distanci.
6. Svarīgo pieraksti vai vizualizē (piemēram, ar karti, bildi vai kalendāru).

Intelektuālās attīstības traucējumi

Cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem bieži ir novērojamas grūtības gan uztveres, gan izteiksmes komunikācijā. Runa var būt vienkāršota, ar ierobežotu vārdu krājumu un lēnāku tempu, vai arī tās vispār nav. Daudzi cilvēki izmanto objektus, attēlus, žestus vai skaņas, lai paustu savas vajadzības un emocijas. Šāda komunikācija nereti ir kontekstuāla — tā balstās uz pazīstamām situācijām un cilvēkiem, savukārt jaunos vai sarežģītos apstākļos izteiksme kļūst traušlāka. Cilvēkam var būt nepieciešams vairāk laika, lai saprastu teikto, atbildētu uz jautājumu vai apstrādātu jaunu informāciju.

Pētījumi rāda, ka komunikācijas grūtības ir ļoti izplatītas: piemēram, ASV vairāk nekā puse pieaugušo ar intelektuālās attīstības traucējumiem ziņo par būtiskām saziņas problēmām, un gandrīz ceturtā daļa – par smagām grūtībām.¹¹⁵ Grūtības visbiežāk novērojamas, saskaroties ar nepazīstamiem cilvēkiem vai profesionāļiem, kad nav pieejami ierastie saziņas atbalsta rīki vai cilvēks jūtas nedroši. Komunikācijas prasmes ietekmē arī vides faktori – sociālās līdzdalības iespējas, dzīves vieta, personīgā pieredze un apkārtējo cilvēku attieksme. Ja komunikācija netiek pielāgota cilvēka spējām, tas var samazināt viņa iesaisti sabiedriskajā dzīvē un palielināt uzvedības problēmu risku.

Tajā pašā laikā tehnoloģiju risinājumi var ievērojami uzlabot saziņu. Piemēram, pielāgotas sistēmas, kas ļauj veikt verbālus pieprasījumus ar viedtālruni un kartītēm ar attēliem vai priekšmetiem, palīdz cilvēkiem ar intelektuālo, sensoro un motoro spēju ierobežojumiem skaidri paust vajadzības, samazinot izolācijas izjūtu un veicinot patstāvību.¹¹⁶ Šādas sistēmas var aizstāt tradicionālās komunikācijas ierīces (piemēram, planšetes vai dārgas runu ģenerējošas ierīces), kas bieži prasa vizuālas vai smalkas motorikas prasmes. Pētījumu rezultāti liecina, ka vienkāršas, pielāgotas tehnoloģijas būtiski palielina cilvēka iespējas sadarboties ar apkārtējiem un pieņemt lēmumus par savu ikdienu.

¹¹⁵ Smith, M., Manduchi, B., Burke, É., Carroll, R., McCallion, P., McCarron, M. (2020). Communication difficulties in adults with Intellectual Disability: Results from a national cross-sectional study. *Research in Developmental Disabilities*, 97, 103557. Pieejams: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103557> [aplūkots 03.11.2025.]

¹¹⁶ Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Sigafoos, J., Alberti, G., Troccoli, O., u.c. (2023). *Enabling people with intellectual and other disabilities to make verbal requests using cardboard chips with mini objects or pictures and a smartphone*. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 4, 1257493. Pieejams: <https://doi.org/10.3389/fresc.2023.1257493> [aplūkots 03.11.2025.]



IETEIKUMI KOMUNIKĀCIJAI

1. Runā īsiem, skaidriem teikumiem, lieto vienu jēdzienu katrā teikumā.
2. Pārliecinies, ka cilvēks saprot teikto – lūdz viņu atkārtot ar saviem vārdiem vai parādīt ar žestu.
3. Izmanto vizuālos un taustes atbalstus – attēlus, priekšmetus, piktogrammas.
4. Sniedz izvēli starp divām iespējām (“Vai vēlaties tēju vai sulu?”), nevis uzdod atvērtus jautājumus.
5. Sarunas beigās apkopojiet vienošanos vizuālā formā, izmantojot attēlus, simbolus vai pierakstu vieglajā valodā.
6. Sniedz pozitīvu apstiprinājumu katram komunikācijas mēģinājumam, pat ja tas nav pilnīgi precīzs.

Autiskā spektra traucējumi (AST)

Cilvēkiem ar AST komunikācijas īpatnības ir daudzveidīgas un atspoguļo atšķirīgu, nevis deficītā balstītu mijiedarbības stilu. Komunikācija var būt tiešāka, strukturētāka un mazāk balstīta uz neverbāliem signāliem, piemēram, acu kontaktu vai žestiem. Dažiem cilvēkiem acu kontakts var būt neērts vai traucējošs, tādēļ viņi dod priekšroku skatīties citur, kamēr klausās vai runā. Balss tonis un runas temps var būt vienmērīgs, ar mazākām intonācijas svārstībām, un runa var būt koncentrēta uz faktiem, nevis sociāliem signāliem vai “pieklājības formām”. Šādas īpatnības nereti tiek uztvertas kā emocionālas distances vai intereses trūkums, lai gan tās atspoguļo atšķirīgu informācijas apstrādes un sociālās uztveres veidu, nevis attieksmi pret sarunu biedru.

Empīriskie dati norāda, ka cilvēkiem ar AST neverbālā komunikācija var būt mazāk sinhrona ar sarunu biedra uzvedību, piemēram, viņi ne vienmēr smaida, kad to dara citi, vai nelieto sejas izteiksmi, lai pastiprinātu sociālo tuvību.¹¹⁷ Šī atšķirība nav saistīta ar emocionālu trūkumu, bet gan ar to, ka cilvēki ar AST biežāk izmanto verbālo, tiešo komunikāciju, lai nodotu informāciju un izprastu otru cilvēku.¹¹⁸ Šādās situācijās mijiedarbība starp cilvēkiem ar un bez AST bieži rada pārpratumus – to dēvē par “dubultās empātijas problēmu”.¹¹⁹ Tas nozīmē, ka grūtības saprast nav vienpusējas: gan cilvēki ar AST, gan cilvēki bez AST var kļūdaini interpretēt cits cita signālus.

Daļa cilvēku ar AST ir nerunājoši vai minimāli runājoši, taču tas nenozīmē, ka viņiem trūkst spēju sazināties vai domāt. Viņi izmanto dažādus alternatīvās un augmentatīvās komunikācijas veidus – attēlus, simbolus, piktogrammas, priekšmetus, skaņas vai runu ģenerējošas ierīces¹²⁰. Ja šie līdzekļi tiek lietoti konsekventi, cilvēks spēj pilnvērtīgi paust vēlmes, emocijas un viedokli. Jaunākie pētījumi rāda, ka arī neverbālajai komunikācijai ir savs ritms un struktūra, kas var tikt precīzi interpretēta, ja profesionālis pielieto t.s. *ētisko klausīšanos* – pievēršot apzinātu uzmanību žestiem, skaņām un ķermeņa valodai bez

¹¹⁷ Trevisan, D. A., Hoskyn, M., Birmingham, E. (2018). *Facial expression production in autism: A meta-analysis*. Autism Research, 11(12), 1586–1601. Pieejams: <https://doi.org/10.1002/aur.2028> [aplūkots 03.11.2025.]; Georgescu, A. L., et al. (2020). *Reduced nonverbal interpersonal synchrony in autism spectrum disorder independent of partner diagnosis*. Autism Research, 13(4), 628.–639. lpp. Pieejams: <https://doi.org/10.1002/aur.2262> [aplūkots 03.11.2025.]

¹¹⁸ Bercovici, D. (2023). *Autistic speech & nonverbal communication differences*. Embrace Autism. Pieejams: <https://embrace-autism.com/autistic-speech-nonverbal-communication> [aplūkots 03.11.2025.]

¹¹⁹ Radford, H., Kapp, S., Reidinger, B., de Marchena, A. (2025). “*Too much going on*”: *Autistic adults overwhelmed by non-verbal social cues*. University of Portsmouth, Faculty of Science and Health. PLOS One. Pieejams: <https://www.port.ac.uk/news-events-and-blogs/news/too-much-going-on-autistic-adults-overwhelmed-by-non-verbal-social-cues> [aplūkots 03.11.2025.]

¹²⁰ Hooper, J. (2023). *Reimagining communication for people with non-verbal autism*. The Health Policy Partnership. Pieejams: <https://www.healthpolicypartnership.com> [aplūkots 03.11.2025.]

vērtēšanas par to, vai tā ir “pareiza” vai “nepareiza”¹²¹.

Cilvēki ar AST bieži izjūt pārslogotību neverbālajā vidē – piemēram, cenšoties vienlaikus uzturēt acu kontaktu, regulēt sejas izteiksmi un klausīties. Šī kognitīvā pārslodze var radīt trauksmi un vēlmi izvairīties no sociālām situācijām. Daudzi dod priekšroku rakstiskai saziņai vai tiešai, skaidrai runai, kur neverbālās nianses nav tik svarīgas. Pētījumi arī apstiprina, ka personas ar AST efektīvi komunicē ar citiem cilvēkiem ar AST, un šādās sarunās informācija tiek nodota tikpat precīzi kā cilvēku bez AST starpā.¹²² Tas nozīmē, ka problēma nav komunikācijas “trūkums”, bet gan komunikācijas stilu nesakritība starp dažādiem neirotipiem.



IETEIKUMI KOMUNIKĀCIJAI

1. Runā tieši un konkrēti, izvairies no metaforu un netiešu mājienu izmantošanas.
2. Dod vairāk laika atbildēm, īpaši, ja cilvēks izmanto alternatīvo un/vai augmentatīvo komunikāciju vai rakstisku formu.
3. Neuztver acu kontakta vai sejas izteiksmes trūkumu kā intereses trūkumu.
4. Pajautā, kā cilvēkam ir ērtāk sazināties – mutiski, rakstiski vai, izmantojot simbolus.
5. Neuzstāj uz sociāli gaidītām reakcijām (piemēram, smaidīšanu vai acu kontaktu).
6. Apstiprini, ka sarunas partneris ir saprasts (“Vai šis ir tas, ko jūs domājat?”), un sniedz viņam skaidras instrukcijas.

4.3.3. Komunikācijas izaicinājumi: sūdzības, krīzes un deeskalācija¹²³

Sociālā darba praksē sūdzības, krīzes un konfliktsituācijas ir neizbēgama profesionālās komunikācijas daļa. Tās parasti atspoguļo cilvēka mēģinājumu tikt sadzirdētam, nevis tikai neapmierinātību vai agresiju. Profesionāla komunikācija šādos brīžos palīdz saglabāt cieņu, mazināt spriedzi un atjaunot uzticēšanos.

SŪDZĪBAS KĀ KOMUNIKĀCIJAS FORMA

Sūdzība ir personas tiesību un pašnoteikšanās izpausme – cilvēks vēlas, lai viņa pieredze tiktu atzīta un ņemta vērā. Personām ar GRT sūdzības bieži izpaužas ne vien mutiski, bet arī uzvedībā, piemēram, kā izvairīšanās no kontakta vai paaugstināta emocionalitāte. Sociālā darbinieka uzdevums nav sodīt par sūdzību, bet tulkot to kā informāciju par vajadzībām un barjerām sistēmā.

Cilvēku ar GRT sūdzības dažkārt var būt pilnībā pamatotas, jo šīs personas regulāri cieš no diskriminācijas un aizspriedumiem. Sūdzības var būt veids, kā cilvēks mēģina atgūt kontroles izjūtu situācijā, kurā viņš jūtas bezspēcīgs vai kur viņam nav citas izvēles. Dažos gadījumos sūdzēšanās var būt arī konstruktīva alternatīva agresīvai uzvedībai – veids, kā droši izteikt dusmas un vilšanos. Pastāvīgas sūdzības var izraisīt arī negatīvā domāšana. Tāpēc, strādājot ar sūdzībām, sociālajam darbiniekam jāizprot individuālie simptomi, aktīvi jāmeklē cēloņi, kuri ir sūdzību pamatā, lai rastu pozitīvus risinājumus.

¹²¹ Aidonopoulou-Read, T. (2025). *Empowering non-speaking autistic participants and neurotypical researchers in qualitative research through ethical listening: A framework*. *Neurodiversity*, 3(1). Pieejams: <https://doi.org/10.1177/27546330251336290> [aplūkots 03.11.2025.]

¹²² Crompton, C. J., et al. (2020). *Autistic peer-to-peer information transfer is highly effective*. *Autism*, 24(7), 1704.–1712. lpp. Pieejams: <https://doi.org/10.1177/1362361320919286> [aplūkots 03.11.2025.]

¹²³ Literatūrā sastopami divi termina varianti – “deeskalācija” un “de-eskalācija”. Šajā metodikā izmantots variants “deeskalācija”.



IETEIKUMI SOCIĀLAJAM DARBINIEKAM

1. Uzklausi bez aizsardzības reakcijas un pārjautā, lai precizētu būtību (“Vai es pareizi saprotu, ka jūs neapmierina...?”).
2. Validē emocijas (“Tas tiešām izklausās sarežģīti un var radīt vilšanos.”).
3. Izskaidro procesu un sniedz reālas iespējas risinājumam, nevis tikai noteikumus.
4. Ja iespējams, formulē kopīgu rīcības plānu un pieraksti to vieglajā valodā.

Cienpilna reakcija uz sūdzībām ne tikai mazina konfliktu, bet arī nostiprina klienta autonomiju un līdzdalības sajūtu.

DEESKALĀCIJA UN KOMUNIKĀCIJA KRĪZES SITUĀCIJĀS

Krīzes situācijas ir laiks, kad cilvēka emocijas pārsniedz ierastos pašregulācijas mehānismus un viņš īslaicīgi zaudē iekšējo līdzsvaru. Krīze var piemēklēt jebkuru cilvēku – arī bez diagnozes vai iepriekšējas garīgās veselības traucējumu pieredzes. Krīzi var izraisīt traumatiskas vai situatīvas pieredzes, piemēram, pēkšņs zaudējums, vardarbība, dzemdības, slimība vai pēkšņas pārmaiņas dzīvē. Personām ar GRT krīzi bieži izraisa sensorā pārslodze, halucinācijas, bailes vai neparedzamas vides izmaiņas.

Sociālā darbinieka mērķis krīzes situācijā nav nekavējoties “atrisināt problēmu”, bet atjaunot drošību un palīdzēt personai atgūt pašregulāciju. Šajā procesā tiek izmantota *deeskalācija* – profesionāla, empātiska komunikācija, kas palīdz mazināt spriedzi, atjaunot uzticēšanos un veicināt cilvēka pašnoteikšanos.

Deeskalācijas pieejas mērķis ir novērst vardarbības un paštraumatizācijas riskus, izmantojot komunikāciju, nevis fizisku spēku vai izolāciju. Tā ir humāna alternatīva piespiedu ierobežojumiem – fiksācijai, izolācijai vai piespiedu medikamentiem –, kas vēsturiski izmantoti drošības nodrošināšanai¹²⁴. Deeskalācija nav vienpusēja tehnika pielietošana, bet savstarpējs, dinamisks process, kurā gan sociālais darbinieks, gan persona regulē viens otra iekšējos stāvokļus – domas, emocijas un uzbudinājuma līmeni¹²⁵. Šī savstarpējā emocionālā regulācija veicina uzticēšanos un palīdz novērst agresijas vai izmisuma saasināšanos.

¹²⁴ Lavelle, M., Ferreira, A. L., Dixen, S., & Berring, L. L. (2024). *De-Escalation in Mental Health Care Settings*. In: Hallett, N., Whittington, R., Richter, D., & Eneje, E. (red.) *Coercion and Violence in Mental Health Settings*. Cham: Springer, 331.–356. lpp.

¹²⁵ Price, O., Armitage, C. J., Bee, P. u.c. (2024). *De-escalating aggression in acute inpatient mental health settings: a behaviour change theory-informed qualitative analysis*. *BMC Psychiatry*, 24, 548. Pieejams: <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05920-y> [aplūkots 01.11.2025.]



DEESKALĀCIJAS PAMATPRINCIPI KRĪZES SITUĀCIJĀ

1. **Miers un pašregulācija.** Profesionālis vispirms stabilizē sevi – elpo mierīgi, runā lēni, saglabā neitrālu ķermeņa valodu.
2. **Drošība un distance.** Nodrošini fizisku drošību abām pusēm (ap 1–1,5 m attālums), neaizskar personu, izvairies no pēkšņām kustībām.
3. **Validācija un empātija.** Apstiprini personas emocijas, nevis vērtē tās (“Es redzu, ka šī situācija jūs ļoti satrauc.”).
4. **Autonomijas stiprināšana.** Sniedz izvēli un ļauj personai saglabāt kontroli (“Vai vēlaties apsēsties vai labāk pastaigāties?”).
5. **Kopīga realitātes pārbaude.** Palidzi personai orientēties laikā un vietā, maigi atgādinot par notiekošo.
6. **Atvērtība un cilvēcīgums.** Autentiska, sirsnīga attieksme, humors un elastība var pārraut “agresijas scenāriju” un atjaunot kontaktu.¹²⁶

Deeskalāciju bieži apgrūtina institucionālie ieradumi – stingra “noteikumu kultūra”, hierarhiskas attiecības vai negatīva attieksme pret emocijām. Ja speciālisti jūtas sodīti vai vērtēti par “vājo reakciju”, viņi zaudē spēju būt empātiski un elastīgi. Tāpēc efektīva deeskalācija prasa atbalstošu komandas klimatu, supervīziju un vadības atvērtību.¹²⁷

Vairāk par deeskalāciju lasiet Labklājības ministrijas darba burtnīcā “Attiecības kā instruments sociālajā darbā”¹²⁸.

4.4. KONSULTĒŠANAS PRASMES DARBĀ AR PILNGADĪGĀM PERSONĀM AR GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM

Konsultēšana sociālajā darbā ir vairāk nekā tikai saruna – tas ir profesionāli strukturēts palīdzošs process, kura mērķis ir atbalstīt cilvēku, apzināt viņa resursus un veicināt spēju spert nākamos soļus. Sociālais darbs un konsultēšana nav identiskas jomas – konsultanti strādā galvenokārt ar sarunu, bet sociālie darbinieki savam darbam pievieno arī sociālā taisnīguma un atbalsta aspektus. Tomēr konsultēšanas prasmes joprojām ir viens no svarīgākajiem instrumentiem sociālā darba praksē, – lai veidotu attiecības un sniegtu efektīvu atbalstu, sociālie darbinieki balstās uz aktīvo klausīšanos, empātiju, pārfrāzēšanu, mērķu formulēšanu. Gan sociālie darbinieki, gan konsultanti izmanto līdzīgu teorētisko bāzi – personcentrēto pieeju, psihodinamisko, sistēmisko, kognitīvi biheiviorālo teoriju utt. –, lai labāk izprastu cilvēku un plānotu atbalsta procesu¹²⁹. Kā uzsver Hilda Loughrana, Dublinas Universitātes Koledžas sociālā darba asociētā

¹²⁶ Welzant, V. (2023). *De-escalation Skills for the Frontline*. Ellicott City: International Critical Incident Stress Foundation (ICISF), npublicēti mācību materiāli.

¹²⁷ Huckshorn, K. (2005). *Six Core Strategies to Reduce the Use of Seclusion and Restraint*. Pieejams: <https://restraintreductionnetwork.org/wp-content/uploads/2023/09/Consolidated-Six-Core-Strategies-Document.pdf> [aplūkots 01.11.2025.]

¹²⁸ Labklājības ministrija. (2025). *Attiecības kā instruments sociālajā darbā*. Rīga, 60.–64. lpp. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/30866/download?attachment> [aplūkots 08.12.2025.].

¹²⁹ Seden, J. (2013). *Counselling and Social Work*. In: Davies, M. (red.), *The Blackwell Companion to Social Work* (4. izd.), Wiley-Blackwell, 5.–6. lpp.

profesore, sociālie darbinieki ikdienā faktiski pastāvīgi izmanto konsultēšanas prasmes – klausoties, atbalstot, palīdzot cilvēkam strukturēt domas un ieraudzīt iespējas pārmaiņām¹³⁰.

Pastāv arī vēsturiska saikne – pirmie sociālie darbinieki savā praksē galvenokārt izmantoja konsultēšanas un gadījuma darba metodes, un viņu apmācība ļoti līdzinājās konsultantu apmācībai. Ar laiku sociālā darba nozare integrēja arvien vairāk zināšanu no socioloģijas un sociālās politikas¹³¹. Tikai vēlāk sociālā darba profesijā arvien vairāk uzmanības sāka veltīt tam, kā pakalpojumi tiek nodrošināti un piešķirti klientiem. Dažkārt pakalpojumu administrēšana un dokumentēšana aizsedz pašu sociālā darba būtību. Rezultātā sociālie darbinieki arvien biežāk spiesti vadīties tikai pēc normatīvajiem aktiem, nevis pēc cilvēku vajadzībām. Tomēr konsultēšanas prasmes joprojām ir neatņemama sociālā darba labās prakses sastāvdaļa.

No klientu skatpunkta šī līdzība ir īpaši nozīmīga. Pētījumi liecina, ka klienti augstu vērtē speciālistus, kuri prot veidot attiecības: bērni un vecāki pozitīvi novērtē sociālos darbiniekus, kas ne tikai sniedz praktisku palīdzību, bet arī uzklausa un nodrošina atbalstošu konsultēšanu¹³². Būtībā klienti vēlas, lai sociālie darbinieki spētu apvienot savu administratīvo lomu ar konsultēšanas prasmēm, kas ļauj attiecībām kļūt jēgpilnām un atbalstošām.

Atšķirībā no psiholoģijas vai psihoterapijas, sociālā darba konsultēšana vairāk balstās sadarbībā un resursu atrašanās, nevis problēmu analizē. Sociālais darbinieks sarunā palīdz cilvēkam ieraudzīt stiprās puses, mobilizēt atbalstu un pieņemt praktiskus lēmumus ikdienai. Šāda pieeja bieži izrādās iedarbīga tieši tādēļ, ka tā ir vienkārša, mērķtiecīga un pielāgota situācijai. Konsultēšanai ir vairāki ieguvumi – tā stiprina attiecības starp sociālo darbinieku un klientu, rada uzticēšanos un drošības izjūtu, palīdz veidot motivāciju un uzturēt cerību, kas ir priekšnoteikums pārmaiņām. Konsultatīva saruna var arī pasargāt no krīzēm – nereti pietiek ar īsu sarunu, lai cilvēks justos sadzirdēts un atgūtu kontroles izjūtu pār sarežģīto situāciju.

Lielākā daļa sociālo darbinieku konsultēšanu izmanto ikdienā, lai gan bieži to nenosauc vārdā. Iedrošinājums, skaidrojoši jautājumi vai palīdzība ieraudzīt risinājumu – tās visas ir konsultēšanas formas. Apzināta šo prasmju lietošana ļauj sociālajam darbiniekam justies profesionālāk un parādīt, ka viņš nav tikai “papīru kārtotājs”, bet arī cilvēks, kas palīdz klientam mainīt savu dzīvi.

Nākamajā nodaļā tiks aplūkotas spēka perspektīvā balstītas konsultēšanas pieejas, kuras sociālajā darbā ar personām ar GRT ir atzītas par īpaši nozīmīgām, kā arī prasmju treniņi, kas papildina konsultēšanas darbu.

4.4.1. Spēka perspektīva konsultēšanā

Spēka perspektīva ir pamata pieeja sociālajā darbā, kas būtiski maina fokusu – no klienta problēmām, patoloģijām un deficītiem uz viņa iedzimtajām stiprajām pusēm, talantiem, resursiem un cerībām¹³³. Tā darbojas kā alternatīva tradicionālajiem, bieži vien medicīniskiem vai uz problēmām orientētiem modeļiem, kas var apzīmogot un patoloģizēt cilvēkus. Galvenā ideja ir tāda, ka pozitīvas un ilgstošas pārmaiņas vislabāk tiek veicinātas, identificējot un mobilizējot kompetences un resursus, kas jau ir pieejami indivīdiem, ģimenēm un kopienām.

¹³⁰ Loughran, H. (2019). *Counselling Skills for Social Workers*. Routledge. 7.–9. lpp.

¹³¹ Seden, J. (2013). *Counselling and Social Work*. In: Davies, M. (red.), *The Blackwell Companion to Social Work* (4. izd.), Wiley-Blackwell, 9. lpp.

¹³² Turpat, 1. lpp.

¹³³ Laima Kļaviņa, Jolanta Audare, “Spēka perspektīva sociālā darba praksē”. Grāmatā: Roga-Vailza, V., Ozola, I., & Apine, E. (red.) (2021). *Sociālais darbs ar gadījumu. Teorija praksē*. Rīga: Latvijas Republikas Labklājības ministrija, 383. lpp.

Šī perspektīva ir balstīta uz sadarbības filozofiju un dziļu ticību cilvēka spējai augt un mainīties. Tā vietā, lai klientus uztvertu kā pasīvus pakalpojumu saņēmējus, tā viņus redz kā savas dzīves ekspertus¹³⁴.

Galvenie principi, kas vada šo perspektīvu, ir:

1. katram indivīdam, grupai, ģimenei un kopienai ir stiprās puses – sociālā darbinieka uzdevums ir palīdzēt atklāt šos resursus pat vissarežģītākajās situācijās;
2. trauma, vardarbība un slimība var būt izaicinājumu un iespēju avoti, nevis tikai cilvēka dzīves definīcijas – uzsvars tiek likts uz to, kā cilvēki ir spējuši izdzīvot un pārvarēt grūtības, kas atklāj viņu noturību;
3. klienta spēju robežas augt nav zināmas – sociālajiem darbiniekiem jāuztur augstas cerības un nopietni jāuztver klienta vēlmes;
4. sadarbība ir centrāla – sociālais darbinieks un klients ir partneri palīdzības procesā, attiecības pašas par sevi ir galvenā sastāvdaļa, kas tiek veidotas, pamatojoties uz uzticību, empātiju un patiesu ieinteresētību;
5. katrai videi ir savi resursi – kopiena tiek uztverta kā “oāze” ar potenciāliem resursiem, nevis tikai kā problēmu ainava;
6. rūpes un gādība ir būtiskas darba sastāvdaļas – tās rada kontekstu izaugsmei un pilnvarošanai¹³⁵.

Lai gan šīs perspektīvas saknes meklējamas agrīnajās sociālā darba pionieru, piemēram, Džeinas Adamsas, idejās, spēka perspektīva tika formāli izstrādāta 20. gadsimta 80. gados Kanzasas Universitātē sociālā darba akadēmiķu grupas, tostarp Denisa Seilībija un Čārlza Rapa, vadībā. Svarīgi, ka sākotnēji tā tika attīstīta kā gadījuma vadīšanas modelis darbam ar cilvēkiem, kuri piedzīvoja smagus un ilgstošus GRT, un par šo pieeju gadījuma vadīšanā detalizētāk tiks runāts turpmākajā metodiskā materiāla daļā.

Spēka perspektīvā sociālā darbinieka loma būtiski mainās – no eksperta, kas diagnosticē un ārstē problēmas, uz līdzstrādnieku un konsultantu. Uzsvars tiek likts nevis uz to, kas ir nepareizi, bet uz to, kas jau darbojas un ko klients vēlas savā nākotnē¹³⁶. Spēka perspektīva ir filozofisks pamats arī konkrētākām konsultēšanas pieejām, tostarp *uz risinājumu vērstai terapijai* (angļu val. – *Solution-Focused Brief Therapy, SFBT*) un *naratīvajai praksei* (angļu val. – *narrative practice*). Abas šīs pieejas tiek uzskatītas par spēcinošām (*empowering*) metodēm, kas organiski iederas sociālā darba speciālistu ikdienas praksē.

UZ RISINĀJUMU VĒRSTĀ PIEEJA

Uz risinājumu vērstā pieeja ir viena no visplašāk izmantotajām spēka perspektīvas pieejām konsultēšanā un sociālajā darbā. Tā radusies 20. gadsimta 80. gados – pieeju izstrādāja sociālie darbinieki Stīvs de Šeizers un Insū Kima Berga, strādājot ar ģimenēm, kuras saskārās ar smagām problēmām¹³⁷. Šī pieeja būtiski mainīja skatījumu uz palīdzības procesu, novēršot uzmanību no problēmu un diagnožu analīzes un pievēršoties klienta vēlamajai nākotnei. Tās pamatā ir pārliecība, ka katram cilvēkam ir spējas,

¹³⁴ Caiels, J., Milne, A., & Beadle-Brown, J. (2021). *Strengths-Based Approaches in Social Work and Social Care: Reviewing the Evidence*. *Journal of Long-Term Care*, 2021(0), 272–293. DOI: 10.31389/jltc.102. Pieejams: <https://journal.ilpnetwork.org/articles/10.31389/jltc.102> [aplūkots 03.10.2025.]

¹³⁵ Saleebey, D. (2009). *The Strengths Perspective in Social Work Practice* (5. izd.). Boston: Pearson, 15.–19. lpp. (citēts pēc: Kļaviņa, L., Audare, J. (2021). “Spēka perspektīva sociālā darba praksē”. Grāmatā: Roga-Vailza, V., Ozola, I., & Apine, E. (red.), *Sociālais darbs ar gadījumu. Teorija praksē*. Rīga: Latvijas Republikas Labklājības ministrija, 399. lpp.)

¹³⁶ Caiels, J., Milne, A., & Beadle-Brown, J. (2021). *Strengths-Based Approaches in Social Work and Social Care: Reviewing the Evidence*. *Journal of Long-Term Care*, 2021(0), 272.–293. lpp. Pieejams: <https://journal.ilpnetwork.org/articles/10.31389/jltc.102> [aplūkots 03.10.2025.]

¹³⁷ Pavlovskā, A., Pavlovskis, A. (2021). “Uz risinājumu vērstā pieeja”. Grāmatā: Roga-Vailza, V., Ozola, I., un Apine, E. (red.), *Sociālais darbs ar gadījumu. Teorija praksē*. Rīga: Latvijas Republikas Labklājības ministrija, 362.–382. lpp.

resursi un zināšanas, ko var izmantot pārmaiņu radīšanai. Sociālā darbinieka uzdevums ir palīdzēt šos resursus atklāt un stiprināt.

Pieejas teorētiskais pamats sakņojas sociālajā konstruktīvismā: mūsu realitāte tiek radīta sarunā, un valodai ir spēks mainīt to, kā mēs redzam sevi un savas iespējas. Līdz ar to arī sociālā darbinieka valoda nav neitrāla – jautājumi un komentāri palīdz konstruēt cerību, mobilizēt klienta spēkus un sniegt atbalstu¹³⁸. Attiecības starp klientu un darbinieku veidojas kā sadarbība, kurā sociālais darbinieks ieņem *nezināšanas pozīciju* – ar patiesu interesi izzina klienta skatījumu un pieredzi. Šis sadarbības raksturs ir īpaši nozīmīgs darbā ar cilvēkiem ar GRT, kuri bieži iepriekš pieredzējuši kontrolējošas un stigmatizējošas pieejas sadarbībā ar speciālistiem.

Uz risinājumu vērsta pieeja uzsver, ka pārmaiņas notiek pakāpeniski. Pat ļoti mazi soļi spēj pavērt ceļu uz lielu progresu – tas dod klientam izjūtu, ka pārmaiņas ir iespējamās jau šodien, nevis tikai nākotnē.

Pieejas metodes:

1) NO PROBLĒMĀM BRĪVA SARUNA (PIRMS KONSULTĀCIJAS)

Pirms “darba sarunas” par grūtībām sociālais darbinieks iepazīst cilvēku ārpus problēmas rāmja. Šī īsā, siltā iepazīšanās palīdz pārorientēt uzmanību no simptomiem uz personu, rada pieredzi, ka cilvēks tiek redzēts un novērtēts kā personība, nevis tikai “gadījums”, un ieliek pamatu sadarbībai. Praktiski tas nozīmē veltīt dažas minūtes sarunai par ikdienu, vaļaspriekiem, tam, kas sniedz personai prieku vai mieru. Tikai pēc šī kontakta var pārslēgties uz mērķu noskaidrošanu un citām uz risinājumu vērstās sarunas daļām.

Instrukcija: Var īsi pieteikt robežu: “*Par jūsu rūpēm noteikti parunāsim tūlīt pēc brīža; vispirms gribētos jūs iepazīt.*” Pēc tam var jautāt ar atvērtu, cilvēcīgu interesi: “*Ko jums patīk darīt brīvajā laikā? Ar ko jūs lepojaties pēdējā laikā?*” Šis sākums palīdz atklāt resursus, kurus vēlāk var mobilizēt mērķu sasniegšanai.

Darbinieks: Dokumentos ir daudz par grūtībām — pie tām noteikti nonāksim. Bet vispirms gribētu jūs iepazīt kā cilvēku. Kas jums pašam pēdējā laikā sagādā prieku?

Klients: Zīmēju. Esmu iemācījies krāsot ar akvareļiem.

Darbinieks: Brīnišķīgi. Ko jums pašam vislabāk patīk zīmēt?

Klients: Mežu un upi.

Darbinieks: Vēlāk apspriedīsim jūsu mērķus, bet jau dzirdu, ka daba un radošums jums dod mieru — tas var būt labs resurss, ko paņemt līdzī arī mūsu darbā.

2) MĒRĶU DEFINĒŠANA

Efektīvai sadarbībai ir būtiski, lai mērķi būtu klienta, nevis speciālista noteikti. Klients ir savas dzīves eksperts, un viņa motivācija rodas tad, kad virzība notiek pretī tam, kas viņam pašam ir nozīmīgs un vērtīgs. Sociālā darbinieka uzdevums ir palīdzēt šos mērķus skaidri formulēt un pārbaudīt, vai tie ir sasniedzami, reāli un jēgpilni.

Labi noformulētiem mērķiem jābūt:

1. saistošiem un personiski jēgpilniem;
2. pozitīvi noformulētiem — uz to, ko klients darīs, nevis to, ko viņš nedarīs;

¹³⁸ Miller, L. (2006). *Counselling Skills for Social Work*. London: SAGE Publications, 127. lpp.

3. konkrētiem un novērojamiem, sasaistītiem ar rīcību;
4. klienta kontrolē esošiem;
5. virzītiem uz kaut ko jaunu un atšķirīgu, nevis tikai esošā uzturēšanu;
6. tādiem, ko klients var regulāri praktizēt.

Uz risinājumu vērsta pieeja neizmanto jēdzienu “nemotivēts klients”. Tā vietā tiek jautāts: “*Uz ko šis cilvēks ir motivēts?*” Dažkārt motivācija var būt paradoksāla, piemēram, vēlme, lai sociālais darbinieks “liek viņu mierā”. Arī šāda motivācija sniedz vērtīgu informāciju par cilvēka vajadzību pēc autonomijas un kontroles, un tā kļūst par sākumpunktu sadarbībai.

Instrukcija: Uzdod jautājumus par to, kas klientam būtu vērtīgi šajā sadarbībā un kā viņš pats sapratis, ka tikšanās ir noderīgas. Palīdzi formulēt mērķi pozitīvā, konkrētā formā — kā ieguvumu, nevis problēmas neesamību.

Jautājumu piemēri: “Kādas ir jūsu vislabākās cerības saistībā ar mūsu darbu šeit?” “Kā jūs pamanīsiet, ka situācija sāk uzlaboties?” “Ko jūs sevī pamanītu, kas jūs mudinātu domāt, ka tas bija noderīgi? Ko pamanītu citi?” “Kā jūs domājat, pie kādām izmaiņām mūsu sadarbība varētu jūs aizvest nākotnē?”

Darbinieks: Kādas ir jūsu cerības saistībā ar mūsu darbu kopā?

Klients: Es gribētu, lai man ir vieglāk tikt galā ar ikdienu. Reizēm visa šķiet pārāk daudz.

Darbinieks: Kas būtu pirmā pazīme, kas liktu jums pamanīt, ka kļūst vieglāk?

Klients: Varbūt, ja es varētu katru dienu aiziet uz dienas centru un nejostos tik noguris.

Darbinieks: Tātad viens no mērķiem varētu būt justies pietiekami spēcīgam, lai dotos uz centru katru dienu?

Klients: Jā, un arī runāt ar cilvēkiem tur. Es bieži klusēju.

Darbinieks: Labi, tātad mēs varam strādāt pie tā, lai jūs justos drošāk un brīvāk sarunās ar citiem. Kā jūs sapratisiet, ka tas sāk notikt?

Klients: Kad es pats iesaistos, nevis tikai klausos.

3) BRĪNUMJAUTĀJUMS

Brīnumjautājums ir uz risinājumu vērsts pieejas vizītkarte. To izmanto, kad cilvēkam ir grūti formulēt savus mērķus, jo viņš ir pārslogots ar problēmām vai nogurumu no tām. Šis jautājums palīdz klientam ieraudzīt savu vēlamu nākotni un sākt spert pirmos mazākos, reāli sasniedzamos soļus. Metodes izcelsme saistīta ar ģimenes terapijas sesiju, kurā klients spontāni teica, ka, lai viss uzlabotos, “vajadzētu notikt brīnumam”. Terapeite Insū Kima Berga turpināja izjautāt, kas būtu citādi, ja šis brīnums tiešām notiktu — un šī saruna atklāja konkrētus, cerības pilnus mērķus. Kopš tā laika “brīnumjautājums” ir kļuvusi par vienu no centrālajām pieejas metodēm. Šis jautājums ļauj klientam uz brīdi apiet ierasto “problēmu domāšanu” un iztēloties, kāda būtu dzīve pēc pārmaiņām.

Instrukcija: Pirms uzdod brīnumjautājumu, sagatavo klientu, piemēram, sakot: “Vai drīkstu uzdot mazliet dīvainu jautājumu?” Pēc tam mierīgā, atvērtā tonī uzdod jautājumu: “Iedomājieties, ka šonakt, kamēr jūs gulējat, notika brīnums, un problēma, kas jūs šobrīd satrauc, ir pazudusi. Kad jūs no rīta pamodīsieties, kā jūs to pamanīsiet? Kas būs pirmā lieta, kas liks saprast, ka ir noticis brīnums?” Uzklusot atbildi, turpini ar papildjautājumiem, kas palīdz klientam vizualizēt “brīnuma dienu” no rīta līdz vakaram: “Ko jūs pamanīsiet, kad gatavosiet brokastis? Kā jūsu diena turpināsies?” “Ko pamanīs jūsu sieva / vīrs / bērni / kolēģi? Kā viņu uzvedība mainīsies?” Šādi jautājumi padara klienta vēlamu nākotni dzīvu un sasaista to ar viņa sociālo vidi.

Darbinieks: Iedomājieties, ka naktī, kamēr jūs gulējāt, notika brīnums, un problēma, kas jūs šobrīd satrauc, ir atrisināta. Kad no rīta pamodīsieties, kas būs pirmā lieta, pēc kuras jūs to pamanīsiet?

Klients: Es pieceltos bez grūtībām un pats gatavotos iet uz darbu.

Darbinieks: Kas vēl to pamanītu?

Klients: Mamma redzētu, ka es pats ēdu brokastis un ka esmu mierīgāks.

Darbinieks: Ko viņa darītu, redzot jūs tādu?

Klients: Droši vien smaidītu pretī. Tas būtu jaukas dienas sākums.

Darbinieks: Un kā tas ietekmētu jūsu dienu tālāk?

4) SKALAS JAUTĀJUMI

Skalas jautājumi palīdz noteikt, kurā posmā attiecībā uz vēlamo nākotni un mērķiem klients šobrīd atrodas un kas no šīs nākotnes jau šobrīd istenojas. Tie ļauj ne tikai izmērīt progresu, bet arī identificēt resursus, stiprās puses un prioritātes, kas palīdzēs virzīties tālāk. Šie jautājumi sniedz konkrētu veidu, kā pārvērst abstraktas sajūtas vai cerības izmērāmos un apspriežamos soļos.

Sociālais darbinieks aicina klientu novietot sevi uz skalas, kur 10 nozīmē viņa vēlamo nākotni un pilnībā sasniegto mērķi, bet 1 – gluži pretējo, vissmagāko situāciju. Parasti klients izvēlas kādu punktu starp 3 un 4 – retāk 1 vai 2, jo pat visgrūtākajās situācijās cilvēkiem parasti ir nelieli elementi, kas jau darbojas un palīdz noturēties. Tālāk svarīgi palīdzēt klientam atpazīt, kas viņu notur šajā punktā un kas ir ļāvis viņam vispār atrasties tur, kur viņš ir. Šis jautājums atklāj cilvēka spējas, izturību un resursus. Kad šie resursi ir apzināti, tiek noteikts vēlamais rezultāts – punktu skaits, kas klientam šķiet pietiekami labs un sasniedzams, piemēram, “7” vai “8”, nevis ideālais “10”. Pēc tam tiek jautāts, kas būtu vajadzīgs, lai pārvērstos par vienu soli uz priekšu, un kādas konkrētas izmaiņas klients un apkārtējie pamanītu. Šādi jautājumi palīdz formulēt mazus, konkrētus mērķus, kas atjauno cerību un iedrošina uz rīcību.

Instrukcija: Izskaidro klientam, ko nozīmē skala (1–10) un ko simbolizē galējie punkti. Kad klients nosauc savu vietu skalā, uzdod papildjautājumus par resursiem, kas palīdz noturēties šajā pozīcijā (“Kas liecina par to, ka atrodaties šajā pozīcijā, nevis uz 1 vai uz 0? Ko jūs jau esat paveicis, lai atrastos šeit? Kā jūs to panācāt? Ko tas liecina par jums pašu?”). Palīdzīti nosaukt vienu mazu soli uz priekšu un pārrunāt, kā šis solis izpaustos ikdienā. Vienmēr pavaicā, kas vēl to pamanītu un ko tas liecinātu par cilvēka spējām.

Darbinieks: Skalā no 1 līdz 10, kur 10 nozīmē jūsu vēlamo nākotni, bet 1 – vissliktāko situāciju, kur jūs šobrīd atrastos?

Klients: Varbūt apmēram pie 3.

Darbinieks: Kas palīdz jums būt pie 3, nevis pie 1?

Klients: Es tomēr eju uz dienas centru. Tur es jūtos labāk.

Darbinieks: Ko jūs esat darījis, lai spētu noturēties šajā punktā?

Klients: Sākumā bija grūti, bet es pieradu, un tagad man patīk tur runāt ar vienu cilvēku.

Darbinieks: Lieliski. Kā jūs zināsiet, ka esat pārvērsties uz 4?

Klients: Ja spēšu runāt arī ar citiem cilvēkiem, ne tikai ar vienu.

Darbinieks: Un kurš vēl pamanītu, ka esat kļuvis atvērtāks?

Klients: Darbiniece centrā noteikti. Viņa droši vien teiktu, ka man labi izdodas.

NARATĪVĀ PRAKSE

Naratīvā prakse sociālajā darbā izmanto stāstus kā galveno valodas un pieredzes izteiksmes līdzekli. Tā balstās uz pieņēmumu, ka cilvēka identitāte un dzīves nozīmes tiek veidotas caur stāstiem, kurus viņš par sevi un savu dzīvi stāsta. Šie stāsti atspoguļo cilvēka vērtības, domāšanas stilu, attiecības un cerības, kā arī to, kā sabiedrības un kultūras konteksts ietekmē viņa skatījumu uz sevi. Sociālais darbs pēc būtības vienmēr ir saistīts ar cilvēku pieredzi – pagātņi, tagadni un nākotni –, tādēļ naratīvā prakse organiski sader ar sociālā darba mērķiem un vērtībām.

Naratīvā terapija kā pieeja radās 20. gadsimta 80. gados Austrālijā, un tās pamatlicēji bija sociālais darbinieks Maikls Vaits un antropologs Deivids Epstons¹³⁹. Tā, līdzīgi kā uz risinājumu vērsta pieeja, sakņojas sociālā konstruktīvisma filozofijā, kas uzskata, ka realitāte tiek radīta un interpretēta sociālajā un kultūras kontekstā, un ka valoda ir galvenais instruments, ar kura palīdzību cilvēki konstruē realitāti un pārmaiņas.

Naratīvā pieeja ievieš būtisku paradigmas maiņu – no problēmu analīzes uz sadarbību un jaunu nozīmju meklēšanu. Tā uzskata, ka cilvēki nereti dzīvo “problēmu piesātinātos stāstos”, kuros dominē negatīvas tēmas, kas ierobežo pašuztveri un iespējas rīkoties. Šie dominējošie stāsti bieži sakņojas plašākos sabiedrības diskursos, kas saistīti ar apspiestību, diskrimināciju, sociālo netaisnību vai stereotipiem. Šādi diskursi var tikt pārnesti caur medijiem, kultūru vai institucionālu praksi, nostiprinot priekšstatus par cilvēkiem kā “vājiem”, “neatbildīgiem” vai “nеспējīgiem”. Sociālā darbinieka uzdevums ir palīdzēt šo stāstu “atšķetināt” (dekonstruēt) un atdalīt cilvēku no problēmas. Tieši šī iemesla dēļ naratīvā prakse ir spēcīgs instruments darbā ar sociālās atstumtības riskam pakļautām grupām, tostarp personām ar GRT, jo tā mazina vainas un bezspēcības izjūtu un palīdz atgūt cilvēka pašnoteikšanos, cieņu un identitāti. Šī pieeja ļauj aplūkot cilvēka grūtības plašākā sociālā, politiskā un attiecību kontekstā – piemēram, kā sabiedrības priekšstati par invaliditāti vai nabadzību ietekmē viņa pašvērtējumu un dzīves iespējas.

Kad problēma tiek “atdalīta”, sarunā tiek meklēti izņēmumi jeb brīži, kad problēma ir bijusi vājāka vai vispār nebija pamanāma. Šīs “unikālās epizodes” atklāj cilvēka stiprās puses un kļūst par pamatu jauna, alternatīva stāsta izveidei – tāda, kurā cilvēks sevi redz kā spējīgu, noturīgu un nozīmīgu. Jaunais stāsts tiek kopradīts sadarbībā starp sociālo darbinieku un klientu, sociālajam darbiniekam ieņemot “nezināšanas pozīciju” – ar patiesu interesi klausoties un ļaujot klientam būt savas pieredzes ekspertam.

Svarīgi, ka naratīvā pieeja ietver gan individuālo konsultēšanu, gan kopienas darbu, rosina izmantot dažādas metodes, kas palīdz jaunajiem stāstiem kļūt dzirdamiem ne tikai vienam sociālajam darbiniekam, bet arī citiem nozīmīgiem cilvēkiem, piemēram, ģimenei, draugiem, speciālistiem vai kopienai. Šāda “jauno stāstu liecināšana” veicina sociālo iekļaušanu, empātiju un sabiedrības attieksmes maiņu pret cilvēkiem ar GRT. Sociālā darbinieka uzdevums naratīvajā praksē ir veidot drošu un cieņpilnu telpu, kur klients var droši “pārstāstīt” savu dzīvi un ieraudzīt tajā spēku, noturību un nozīmi.

Pieejas metodes:

1) EKSTERNALIZĀCIJA

Eksternalizācija ir viena no galvenajām naratīvās prakses metodēm. Tā nozīmē problēmas atdalīšanu no cilvēka identitātes – runāt par problēmu kā par kaut ko ārēju, nevis iekšēju. Šī pieeja ļauj mazināt vainas izjūtu un atgūt kontroli pār situāciju. Kad cilvēks sāk runāt par problēmu kā par ārēju “spēku”, nevis kā daļu no savas identitātes, viņam ir vieglāk pamanīt brīžus, kad viņš pats ir bijis spēcīgāks par šo problēmu.

Instrukcija: Piedāvā problēmu “nosaukt vārdā” – piemēram, “trauksme”, “nogurums”, “dusmas” –, un pēc tam izjautā, kā šī problēma darbojas cilvēka dzīvē: “Kā šī trauksme cenšas jūs ietekmēt? Kad tā parādās visbiežāk? Kā tā mēdz jūs apmānīt?”.

¹³⁹ *Naratīvās terapijas izmantošana sociālajā darbā.* Grāmatā: Miller, L. (2006). *Counselling Skills for Social Work.* London: SAGE Publications, 105.–124. lpp.

Eksternalizējošie jautājumi:

- Šķiet, ka šī problēma ir daļa no jūsu dzīves. Vai jūs varētu to nosaukt saviem vārdiem? Kā jūs to nosauktu? Kā šī problēma varētu izskatīties?
- Cik ilgi problēma ir jūsu dzīvē?
- Kā problēma ietekmē jūsu dienu?
- Vai problēma ietekmē jūsu attiecības ar citiem ģimenes locekļiem? Kā?
- Kā problēma ietekmē to, kā jūs redzat sevi?
- Vai jūsu pieredzē ir brīži, kad problēma atkāpjas?
- Vai šīs problēmas ietekme jūs apmierina vai nē?
- Kāpēc jūs tā domājat?
- Kā jūs vēlētos, lai būtu?
- Atceroties visu, ko tikko teicāt, kā varētu izskatīties nākamais mazais solis?

Darbinieks: Kā jūs sauktu to sajūtu, kas traucē jums doties ārā no mājas?

Klients: Tās ir bailes, kas visu laiku man saka, ka nevajadzētu riskēt.

Darbinieks: Labi. Kad šīs bailes parasti sāk runāt ar jums?

Klients: No rīta, kad jāiet uz veikalu.

Darbinieks: Vai ir dienas, kad bailes klusē vai zaudē savu spēku?

Klients: Kad eju kopā ar draugu. Tad es jūtos drošāk.”

Darbinieks: Tātad jūs spējat panākt, ka bailes atkāpjas, kad esat kopā ar kādu, kam uzticaties.

2) IZŅĒMUMU ATRAŠANA (“UNIKĀLAS EPIZODES”)

Izņēmumu atrašana ir metode, kas palīdz klientam pamanīt un aprakstīt situācijas, kad problēma ir bijusi mazāk ietekmīga vai vispār pazuda. Šie brīži tiek izmantoti kā pamats jaunam, cerību pilnam stāstam.

Naratīvās pieejas autori uzskata, ka šīs “unikālās epizodes” nav tikai pozitīvi izņēmumi, bet arī sākumpunkti pārmaiņu stāsta veidošanai.¹⁴⁰ Tie atklāj cilvēka spēju rīkoties, vērtības un prasmes, kas iepriekš bija “apklātas” ar problēmu piesātināto stāstu par sevi. Sarunas mērķis ir palīdzēt klientam šos izņēmumus padarīt nozīmīgus, sasaistīt tos ar dzīves vērtībām un vēsturi un pakāpeniski izveidot alternatīvu stāstu – tādu, kas atspoguļo spēku, izvēli un cerību.

Instrukcija: Izņēmumu atrašana prasa pacietību un cieņpilnu klausīšanos. Sociālā darbinieka uzdevums ir palīdzēt klientam pamanīt brīžus, kad problēma nebija tik spēcīga vai viņš spēja rīkoties citādi. Šajos brīžos svarīgi nesteigties piedāvāt risinājumus, bet palikt pie stāsta, ļaujot klientam pašam atklāt, kas palīdzēja šajos brīžos.

Jautājumi par unikāliem iznākumiem

- Kad jums pēdējo reizi izdevās kaut nedaudz “uzvarēt” problēmu?
- Kas toreiz notika citādi? Kā jūs jutāties tajā brīdī?
- Kā jums tas izdevās? Kādas jūsu prasmes vai īpašības to parāda?
- Ko šis notikums jums pastāsta par jums pašu?
- Kā jūs varētu izmantot šo pieredzi turpmāk?

¹⁴⁰ Sallyann Roth & David Epston. *Framework for a White/Epston Type Interview*, in: *The Selected Papers of Michael White*, Dulwich Centre Publications, 1989. Papildus skat.: White, M. & Epston, D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*, New York: Norton, 1990.

- Kā šis pārmaiņas varētu ietekmēt jūsu dzīvi vai attiecības?
- Kurš, jūsuprāt, priedzētos dzirdēt par šo pārmaiņu? Kam jūs vēlētos pastāstīt par savu soli uz priekšu?
- Kurš no cilvēkiem, kas jūs sen pazīst, nebūtu pārsteigts, ka jums tas izdevās?

Darbinieks: Kad pēdējo reizi jums izdevās pabeigt dienu ar labu sajūtu?

Klients: Pagājušajā nedēļā, kad palīdzēju virtuvē.

Darbinieks: Kas jums palīdzēja justies labi tajā dienā?

Klients: Es biju aizņemts un jutu, ka man uzticas.

Darbinieks: Ko šis stāsts atklāj par to, kāds cilvēks jūs esat?

Klients: Ka es varu būt noderīgs. Ka es neesmu tikai klients.

Darbinieks: Kurš vēl jūsu dzīvē to, iespējams, būtu pamanījis? Kam būtu prieks to dzirdēt?

3) “DZĪVĪBAS KOKS”

“Dzīvības koks” (angļu val. – “*Tree of Life*”) ir naratīvās prakses metode, kas tika izstrādāta Dienvidāfrikā, izmantojot naratīvās terapijas principus darbā ar bērniem un kopienām, kas piedzīvojušas smagus zaudējumus, nabadzību un sociālu atstumtību.¹⁴¹ Metodes pamatā ir metaforisks stāsts par koku, kas simbolizē cilvēka dzīvi – tās saknes, stumbru, zarus, lapas un augļus.

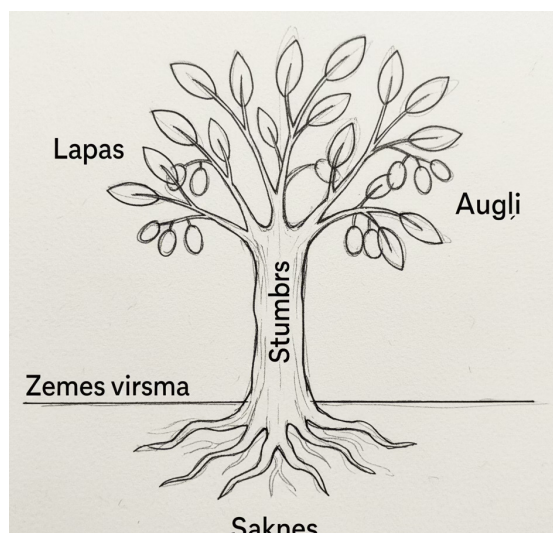
Atšķirībā no tradicionāliem veidiem, kā runāt par traumu un sērām, “Dzīvības koks” piedāvā drošu, pozitīvu un radošu vidi, kurā cilvēks var stāstīt par sevi, ne tikai par ciešanām. Tā ļauj cilvēkam piedzīvot “drošu identitātes telpu”, kurā viņš var runāt par savu pagātņi, tagadni un nākotni, nezaudējot pašcieņu vai drošības izjūtu. Naratīvais princips “cilvēks nav problēma – problēma ir problēma” šeit iegūst konkrētu formu: koks kļūst par simbolisku sevis portretu, kur katra daļa palīdz runāt par spēku, piederību un cerību.

Šī metode radās, reaģējot uz vajadzību izvairīties no retraumatizējošām pieejām, kas koncentrētas tikai uz sāpēm un zaudējumu. “Dzīvības koks” ļauj runāt par grūtībām netiešā, drošā veidā, tajā pašā laikā stiprinot cilvēka stāstu par spēku, vērtībām un saiknēm ar citiem cilvēkiem. Metode ir piemērota ne tikai bērniem, bet arī pieaugušajiem, īpaši sociālajā darbā ar cilvēkiem, kuri pieredzējuši ilgstošu stigmatizāciju vai institucionalizāciju, tostarp personām ar GRT.

“Dzīvības koks”: instrukcija sociālajam darbiniekam: Pēc sarunas par “Dzīvības koka” nozīmi sociālais darbinieks aicina klientu zīmēt savu koku (skat. 1. attēlu), izmantojot sekojošos posmos kā sarunas pamatu (skat. 7. tabulu).

¹⁴¹ Nczelo Ncube. “The Tree of Life Project: Using Narrative Ideas in Work with Vulnerable Children in Southern Africa.” *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, Nr. 1, 2006, 3.–16. lpp. Dulwich Centre Publications. Pieejams: <https://dulwichcentre.com.au/wp-content/uploads/2023/01/TOL-PAGE-UPDATETree-of-Life-by-Nczelo-Ncube-Mlilo.pdf> [aplūkots 06.10. 2025.]

1. attēls. "Dzīvības koka" shēma.



Darba gaitā klients vienlaikus zīmē savu koku un pieraksta tajā vārdus vai frāzes, kas atbilst katrai daļai – piemēram, pie saknēm “mana skolotāja”, “mana draudze”, “vecmāmiņa”, pie zariem “atrast darbu”, “iemācīties gatavot ēdienu” utt. Katrā posmā jautājumi palīdz cilvēkam atklāt resursus, vērtības, attiecības un cerības.

7. tabula. "Dzīvības koka" posmi.

Koka daļa	Jautājumi un saturs
Saknes	– No kurienes cilvēks nāk: dzimtā vieta, ciems vai pilsēta, ģimenes vēsture. – Vērtības, tradīcijas, kultūra, reliģija. – Personas, kas mācījušas bērnībā un jaunībā. – Simboli: vārda nozīme, iemīļota grāmata, filma, hobijs.
Zemes virsma	– Ikdienas dzīve: ko cilvēks parasti dara, kā pavada savu dienu.
Stumbrs	– Īpašās prasmes, spējas un stiprās puses.
Zari	– Sapņi, cerības un vēlmes Jautājumi pārdomām: – Kā izdodas tos saglabāt, kas tos atbalsta un stiprina?
Lapas	– Nozīmīgi cilvēki (dzīvi vai miruši). – Kopīgi laimīgi mirkļi, īpašās atmiņas. Jautājumi pārdomām: – Kāpēc šis cilvēks ir svarīgs un brīnišķīgs? – Vai viņš būtu priecīgs, ja zinātu, ka tiek pieminēts šādā veidā? – Kā saglabāt un atbalstīt šo attiecību nozīmīgumu?
Augļi	– Dāvanas, ko cilvēks saņēmis no citiem (arī nemateriālās – rūpes, mīlestība, labestība). Jautājumi pārdomām: – Kāpēc, tavuprāt, šī persona tev to dāvāja? – Ko viņš vai viņa tevī novērtēja? – Ko tu pats esi dāvājis šai personai? Kā tas ietekmējis viņas dzīvi?

Šo vingrinājumu iespējams īstenot gan individuāli, gan grupā. Grupas forma īpaši veicina savstarpēju atbalstu un sociālo saikni: dalībnieki var prezentēt savus kokus citiem, klausīties cits cita stāstos un sniegt pozitīvu atgriezenisko saiti. Šāda prakse ļauj cilvēkiem sajūst, ka viņu pieredzei ir nozīme un ka citi redz viņus caur stiprajām pusēm un vērtībām. Tas palīdz nostiprināt cilvēka vēlamo identitāti un padarīt viņa pozitīvo dzīves stāstu redzamu ne tikai pašam, bet arī apkārtējiem.

4) “DZĪVES PĒRLĪTES”

“Dzīves pērlītes” (angļu val. – *Beads of Life*) ir naratīvās prakses metode, kas sākotnēji bija radīta, lai palīdzētu bērniem un jauniešiem, kuri saskaras ar smagām slimībām vai citām grūtībām, piemēram, onkoloģisku diagnozi.¹⁴² Metodes autore Sāra Portnoja to izstrādāja, balstoties uz naratīvās terapijas principiem un vēlmi palīdzēt cilvēkiem izveidot jaunu stāstu par savu dzīvi, kurā centrā ir viņu spēks, drosme un cerība, nevis diagnoze.

Tāpat kā “Dzīvības koka” metode, arī “Dzīves pērlītes” pievēršas cilvēka pieredzei caur simboliem un vizuālu darbu – klients veido sev aproci no pērlītēm ar darbinieka atbalstu. Katrs pērlīšu posms simbolizē dzīves posmu, vērtību vai pieredzi, kas veido cilvēka identitāti un atgādina par viņa spēju pārvarēt grūtības. Darba procesā cilvēks rada stāstu par sevi – savām vērtībām, prasmēm, cilvēkiem, kas ir bijuši līdzās, un cerībām nākotnē.

Lai gan metode sākotnēji tika veidota bērniem, kuri pārdzīvojuši slimību vai ārstēšanos, tā ir piemērojama arī darbā ar pilngadīgām personām ar GRT. Sociālajā darbā tā var tikt izmantota:

- grupu darbā, piemēram, atbalsta grupās vai nometnēs, kur dalībnieki kopā strādājuši pie nozīmīgiem mērķiem;
- kā noslēguma aktivitāte pēc ilgstoša sadarbības procesa ar sociālo darbinieku;
- rehabilitācijas vai mācību programmu noslēgumā, lai atskatītos uz sasniegumiem un stiprinātu pozitīvu pašuztveri.

Metodes noslēgumā cilvēks izgatavo pērlīšu aproci vai kaklarotu, kur katra pērle simbolizē kādu viņa dzīves daļu vai nozīmīgu spēka avotu. Aproces simboliskā vērtība palīdz cilvēkam saglabāt atmiņu par laiku, kad viņš aktīvi izmantoja savus resursus un saņēma atbalstu no citiem cilvēkiem (piemēram, no atbalsta grupas vai sociālā darbinieka).

Instrukcija: Metode tiek veikta aktivitātes noslēgumā – pēc tam, kad grupa vai cilvēks ir izgājis cauri nozīmīgam darbam, piemēram, pārvarējis grūtības vai sasniedzis mērķus. Pirms aprocas veidošanas dalībnieki aizpilda darba lapas¹⁴³, kas palīdz strukturēt domas un atcerēties nozīmīgus pieredzes posmus (skat. 5. pielikuma 5.1. veidlapu “Dzīves pērlītes”).

Katra sadaļa simbolizē posmu cilvēka stāstā:

- **“Mans dzīves ceļojums”** – svarīgi notikumi, pieredze pirms grupas, šī brīža sasniegumi un nākotnes cerības.
- **“Kas man ir”** – prasmes, stiprās puses, cilvēki, kas atbalstījuši, un sapņi.
- **“No citiem – man”** – kā citi cilvēki (no grupas, vai arī pats sociālais darbinieks) redz cilvēka spēku, kādus vārdus un atzinību viņi sniedz.

Pēc lapu aizpildīšanas katrs dalībnieks izvēlas pērlītes, kas simbolizē galvenos punktus no viņa stāsta,

¹⁴² Sara Portnoy. “*Beads of Life: A Narrative Therapy Group for Children Who Have Been Diagnosed with a Medical Condition.*” *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, Dulwich Centre Publications. Pieejams: <https://dulwichcentre.com.au/beads-of-life-a-narrative-therapy-group-for-children-who-have-been-diagnosed-with-a-medical-condition-by-sara-portnoy/> [aplūkots 08.10.2025.]

¹⁴³ Veidlapas ir tulkotas un pielāgotas, balstoties uz oriģinālās “Beads of Life” metodes materiāliem.

un pievieno pārli atbilstošajā veidlapas lodziņā pa kreisi no pieraksta. Darba gaitā sociālais darbinieks palīdz nosaukt katras pērlītes nozīmi un pārrunāt, kā tā atspoguļo cilvēka spēku. Pēc iespējas piedalās arī citi cilvēki – viņi izvēlas pērlītes, kas simbolizē kaut ko vērtīgu par šo personu un papildina aproci.

Pirms pēdējā soļa – aproces salikšanas – ieteicams nofotografēt aizpildītās lapas, lai cilvēkam vēlāk būtu vieglāk atcerēties, ko katra pērle nozīmē. Pēc tam tiek izveidota pērlīšu aproce, kas kļūst par simbolisku atgādinājumu par spēku, resursiem un sasniegumiem. Kad aproces ir gatavas, katrs dalībnieks var dalīties savā stāstā ar grupu – pastāstīt, ko viņa pērles nozīmē. Līdzīgi kā ar “Dzīvības koka” metodi, tā rada auditoriju cilvēka jaunajam stāstam, kur cilvēks ir novērtēts un redzams caur savu spēku, nevis diagnozi vai traucējumu.

4.4.2. Prasmju treniņš kā konsultēšanas sastāvdaļa

Lai gan uz risinājumu vērsta pieeja un naratīvā prakse galvenokārt balstās uz sarunu un nozīmju veidošanu, nevis uz uzvedības maiņu, to pamatā joprojām ir ideja par cilvēka spēju mācīties un attīstīt jaunus veidus, kā rīkoties. Šo pieeju mērķis ir veicināt cilvēka pašnoteikšanos, identitātes stiprināšanu un ticību savām iespējām. Savukārt citās konsultēšanas un psihoterapijas pieejās – īpaši kognitīvi biheiviorālajā terapijā (turpmāk - KBT; angļu val. – *cognitive behavioral therapy*), dialektiski biheiviorālajā terapijā (turpmāk – DBT; angļu val. – *dialectical behavioral therapy*), pieņemšanas un apņemšanās terapijā (angļu val. – *acceptance and commitment therapy*) un līdzīgās metodēs – šī ideja tiek papildināta ar strukturētu prasmju apguvi un treniņu. Šīs pieejas māca konkrētas prasmes, piemēram, emociju atpazīšanu un regulēšanu, impulsu kontroli, problēmu risināšanu, komunikācijas un attiecību veidošanas prasmes, uzmanības un apzinātības (angļu val. – *mindfulness*) vingrinājumus, kā arī spēju rīkoties saskaņā ar savām vērtībām, nevis tikai izvairīties no diskomforta. Tās balstītas uz mācīšanās un uzvedības maiņas teorijām¹⁴⁴ un paredz, ka pārmaiņas notiek ne tikai sarunā un izpratnē, bet arī caur praktisku, atkārtotu jaunu prasmju lietošanu ikdienas situācijās.

Bieži sastopams stereotips, ka cilvēki ar intelektuālās attīstības traucējumiem vai kognitīviem ierobežojumiem “nevar piedalīties terapijā” vai “neiemācīsies” šādas prasmes. Tomēr jaunākie pētījumi liecina, ka cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem ir reāla vajadzība pēc garīgās veselības atbalsta un terapijas.¹⁴⁵ Pēdējo gadu pieredze pierāda – šīs pieejas var tikt pielāgotas,¹⁴⁶ izmantojot vienkāršotu valodu, vizuālus piemērus, atkārtojumu un praktiskus vingrinājumus. Tieši caur prasmju apguvi šie cilvēki var iemācīties atpazīt emocijas, nosaukt vajadzības, pārvaldīt impulsus, reaģēt mierīgāk vai efektīvāk sazināties ar apkārtējiem. Šāda praktiska pieeja ir tuva sociālā darba būtībai – tā palīdz cilvēkam kļūt patstāvīgākam, stiprina pašefektivitāti un atbalsta iekļaušanos sabiedrībā.

Lai gan sociālie darbinieki neveic psihoterapiju, viņi var balstīt savas intervences līdzīgā prasmju mācīšanas loģikā – palīdzot cilvēkam trenēt konkrētas uzvedības un emocionālās regulācijas prasmes, kas stiprina viņa ikdienas funkcionēšanu un veicina atlabšanu. Šādi treniņi var ietvert vienkāršas

¹⁴⁴ Evershed, S. (2011). *Personības traucējumu ārstēšana: uz prasmēm balstītas terapijas*. Žurnāls *Advances in Psychiatric Treatment*, 17(3), 206.–213. lpp.

¹⁴⁵ Witwer, A. N., Rosencrans, M. E., Taylor, C. A., Cobranchi, C., Krahn, G. L., & Haverkamp, S. M. (2024). Darbs ar pieaugušajiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem un speciālistiem, lai uzlabotu garīgās veselības aprūpi: prakses vadlīniju un pētījumu virzienu noteikšana. Žurnāls *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 17(2), 1.–29. lpp. Pieejams: <https://doi.org/10.1080/19315864.2024.2308297> [aplūkots 08.10.2025.]

¹⁴⁶ Brown, J. F., Brown, M. Z., & Dibiasio, P. (2013). *Dialektiski biheiviorālās terapijas (DBT) pielāgošana personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem un uzvedības grūtībām*. Žurnāls *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6(4), 280.–303. lpp. Pieejams: <https://doi.org/10.1080/19315864.2012.700684> [aplūkots 08.10.2025.]; Louisiana Department of Health, Office for Citizens with Developmental Disabilities (OCDD) Clinical Services Team. (2021). *Kognitīvi biheiviorālā terapija (CBT) un intelektuālās attīstības traucējumi: pielāgojumi un prakses ieteikumi* Pieejams: https://www.nasddd.org/wp-content/uploads/2023/02/Adaptations-to-Cognitive-Behavioral-Therapy-for-IDD_final.pdf [aplūkots 08.10.2025.]

metodes, piemēram, emociju atpazīšanu un nosaukšanu, “pauzes” izmantošanu impulsīvas rīcības brīžos, komunikācijas vingrinājumus vai problēmu risināšanas soļu mācīšanu.

Viens no vislabāk zināmajiem un praksē pielietotajiem prasmju treniņa modeļiem ir dialektiski biheiviorālā terapija, ko izstrādājusi amerikāņu psiholoģe Marša Linehana. DBT apvieno kognitīvi biheiviorālo pieeju ar apzinātības (*mindfulness*) principiem un ietver četras galvenās prasmju jomas – apzinātību, emociju regulāciju, distresa (ciešanu) toleranci un starppersonu efektivitāti. Katru no tām iespējams pielāgot arī sociālā darba kontekstā, īpaši darbā ar personām, kuras saskaras ar intensīvām emocijām, impulsivitāti vai nestabilām attiecībām. DBT mācība par “mazajiem soļiem” un līdzsvaru starp pieņemšanu un pārmaiņām ir tuva arī sociālā darba vērtībām – cieņai, sadarbībai un cilvēka spēju stiprināšanai. Pēdējos gados DBT kļuvusi populārāka arī Latvijā, līdz ar to daudzi sociālie darbinieki savā praksē jau satiekas ar klientiem, kuri apgūst DBT prasmes vai interesējas par tām, un var turpināt šo procesu, izmantojot ikdienas situācijas kā iespējas prasmju stiprināšanai.

Sociālais darbinieks var izmantot atsevišķus DBT prasmju elementus kā īsus, viegli saprotamus vingrinājumus, lai palīdzētu klientam tikt galā ar spēcīgām emocijām vai impulsīvu uzvedību. Piemēram:

- **TIPP** (temperatūra, intensīva fiziskā aktivitāte, elpas ritms, muskuļu relaksācija) – prasme palīdz ātri nomierināt ķermeni un mazināt spriedzi krīzes situācijās;
- **STOP** (apstājies, atkāpies, novēro, rīkojies apzināti) – iemāca neļaut emocijām vadīt uzvedību krīzes brīdī;
- **DEAR MAN** – strukturēta komunikācijas prasme, kas palīdz sarunāties un aizstāvēt savas vajadzības cieņpilnā veidā, utt.¹⁴⁷

Cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem un uzvedības grūtībām izstrādāti arī DBT pielāgojumi, piemēram, *Skills System*,¹⁴⁸ kur tiek izmantota vieglā valoda, attēli un konkrēti piemēri no ikdienas dzīves. Šī pieeja palīdz trenēt emociju atpazīšanu, pašregulāciju un drošas reakcijas grūtās situācijās, vienlaikus saglabājot cieņpilnu attieksmi un ticību cilvēka spējai mācīties.

Kopumā prasmju treniņš sociālajā darbā ir instruments, kas palīdz padarīt konsultēšanu praktisku, konkrētu un orientētu uz klienta dzīves kvalitātes uzlabošanu. Tas stiprina personas autonomiju un pašefektivitāti, kas ir centrālie principi gan atlabšanas, gan uz spēku vērsta pieejā.

¹⁴⁷ Linehan, M. M. (2015). *DBT® Skills Training Manual* (Second Edition). New York: The Guilford Press; DBT Tools. *Praktiskie resursi un darba lapas dialektiski biheiviorālās terapijas (DBT) prasmju apguvei*. Pieejams: <https://dbt.tools> [aplūkots 08.10.2025.]

¹⁴⁸ *The Skills System – Emotion Regulation Skills for Everyone*. Pieejams: <https://skillssystem.com> [aplūkots 08.10.2025.]

5

Sociālais darbs ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem

5.1. MŪSDIENĪGAS PIEEJAS SOCIĀLAJĀ DARBĀ AR PERSONĀM AR GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM

Kā jau metodikā vairākkārt uzsvērts (skat. 1.1., 4.1.3. un 4.2.1.), mūsdienu pieeja darbam ar personām ar GRT – sociālajā darbā, psihiatrijā, psiholoģijā un vispārējos sabiedrības pakalpojumos (piemēram, bankās, bibliotēkās, valsts un pašvaldību iestādēs, kā arī digitālās vides un tīmekļvietņu piekļūstamībā) – balstīta invaliditātes sociālajā modeli. Sociālais modelis uzsver, ka personas ar GRT līdzdalību un dzīves kvalitāti nosaka mijiedarbība ar vidi – ar fiziskajiem, attieksmes, komunikācijas un sociālajiem šķēršļiem, nevis individuālie simptomi vai deficīti. Tāpēc invaliditāte ir sabiedrības un sistēmu kopīgā atbildība, un profesionāļu uzdevums ir mazināt šos šķēršļus, nodrošinot, ka persona var piedalīties sabiedrībā vienlīdzīgi ar citiem.

Šī paradigmas maiņa nav notikusi vienā brīdī – tā veidojusies pakāpeniski, attīstoties vairākām spēcīgām profesionālām idejām un praksēm vienlaikus. Speciālisti arvien vairāk sāka klausīties klientu pieredzē, saskatīt cilvēkos ne tikai grūtības, bet arī talantus, resursus un spējas, un izmantot pieejas, kas balstītas spēka perspektīvā – sadarbībā, cieņā un līdzvērtīgās attiecībās. Arvien plašāk nostiprinājās princips, ka persona ar GRT nav pasīvs sociālā darba objekts, bet gan aktīvs, līdzvērtīgs partneris pārmaiņu procesā.

Svarīgu vietu mūsdienu praksē ieņēma pieeja, kurā cilvēks tiek atzīts kā līdzvērtīgs partneris un savas dzīves eksperts. Tā mainīja profesionālo domāšanu – no risinājumiem, ko nosaka speciālists, uz risinājumiem, kas veidojas sadarbībā ar pašu cilvēku, ņemot vērā viņa pieredzi, izvēles un dzīves mērķus.

Šajā profesionālajā pārmaiņu procesā īpaši nozīmīga kļuva personcentrētā pieeja, kuras pamatus iedibināja amerikāņu psihologs un psihoterapijas teorētiķis Karls Rodžerss.¹⁴⁹ Tā akcentē cilvēka unikalitāti, resursus un spēju atklāt personīgos spēkus pašrealizācijas procesā. Personcentrētās pieejas būtība ir nedirektīvas, atbalstošas attiecības, kur speciālists neveido vērtējošu vai kontrolējošu pozīciju, bet gan palīdz cilvēkam izpaust un nosaukt viņa pieredzi, vajadzības un mērķus.

Tieši šī pieeja mūsdienās ir kļuvusi par vienu no teorētiskajiem pamatiem, kas nostiprināja principu, ka **persona ir savas dzīves galvenais eksperts**. Tas nozīmē, ka profesionālis ir atbildīgs par

¹⁴⁹ Yao, L., Kabir, R. (2023). *Person-Centered Therapy (Rogerian Therapy)*. StatPearls Publishing. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589708/> [aplūkots 03.12.2025.]

procesu, metodēm un attiecību kvalitāti, savukārt klients – par savu pieredzi, izvēlēm un to, kas viņam ir svarīgi. Personcentrētā pieeja ir dziļi integrēta vispārējā sociālā darba praksē un ētikā, jo tā veicina cilvēka pašcieņu, veselīga paštēla veidošanos, identitāti un spēju pieņemt lēmumus par savu dzīvi (sk. 8. tabulu).

8. tabula. Galvenie principi un šķēršļi personcentrētā pieejā darbā ar personām ar GRT.

PERSONCENTRĒTĀ PIEEJA ¹⁵⁰	
Galvenie principi	Šķēršļi
Iespēju nodrošināšana – sadarbība ar klientu, nevis rīcība klienta vietā. Izvairīšanās no paternālisma.	Klienta perspektīvas ignorēšana vai nepietiekama novērtēšana.
Partnerība – klients tiek uzskatīts par savas dzīves ekspertu. Klientam ir tiesības definēt savu pieredzi un meklēt risinājumus, nevis profesionālis “zina labāk”.	Nespēja atzīt cilvēku dažādību.
Empātiska, nedirektīva komunikācija un vēlme ieraudzīt situāciju no klienta skatpunkta.	Nepietiekama uzmanība personas pieredzei un vajadzībām GRT kontekstā. Uzmanības trūkums, cilvēku pieredze un GRT izpausmes.
Klientu un neformālo atbalstītāju iesaiste pakalpojumu izstrādē un sniegšanā.	Pārmērīgi medicīnisks skatījums uz personu kā pasīvu ārstēšanas saņēmēju, nevis līdzdalīgu pārmaiņu partneri.

Mūsdienu sociālā darba skatījumā uz cilvēku kā savas dzīves ekspertu organiski sasauca ar **dzīvesspēka**¹⁵¹ (angļu val. – *resilience*) pieeju. Dzīvesspēks sociālajā darbā neapzīmē tikai individuālu “izturību”, bet gan procesu, kurā persona, ģimene vai kopiena spēj saglabāt vai atjaunot funkcionēšanu, neskatoties uz piedzīvotām grūtībām, un izmantot pieejamos iekšējos un ārējos resursus turpmākajai attīstībai.

Resiliences pieeja uzsver:

- cilvēki paši vislabāk zina, kas viņiem palīdz tikt galā ar dzīves grūtībām;
- cilvēka spēja pārvarēt grūtības nav individuāla īpašība, bet ir atkarīga no pieejamajiem resursiem, attiecībām, atbalsta tīkla un sociālās vides;
- sociālā darba uzdevums ir palīdzēt identificēt, stiprināt un piesaistīt resursus, nevis noteikt klienta vietā, kādai būtu jābūt viņa dzīvei.

Šādā skatījumā klients netiek reducēts uz diagnozi vai riska faktoru kopumu — viņš tiek atzīts par aktīvu pārmaiņu dalībnieku, kura pieredze, iepriekšējās pārvarēšanas stratēģijas un individuālie resursi ir būtiska profesionālā darba sastāvdaļa.

Ja dzīvesspēks uzsver cilvēka spēju mobilizēt resursus, pārvarēt grūtības un turpināt attīstīties, tad **atlabšana** (angļu val. – *recovery*) paplašina šo skatījumu, iezīmējot cilvēka tiesības pašam definēt, kas viņam ir laba dzīve, kādu atbalstu viņš vēlas un kādā virzienā grib doties. Atlabšana mūsdienās tiek uzskatīta par vienu no centrālajiem principiem darbā ar personām ar GRT. Tas ir cilvēka personiskais, dziļi individuālais

¹⁵⁰ Coppock, V., Dunn, B. (2010). *Understanding Social Work Practice in Mental Health*. London: Sage, 21. lpp.

¹⁵¹ Biedrība “Resiliences centrs”. (2022). *Resiliences pieeja praktiskā darbā: ieskats teorijas vēsturē*. Pieejams: https://resilience.lv/wp-content/uploads/2022/05/resiliences-pieeja_publicacija.pdf [aplūkots 07.12.2025.]

process, kura mērķis nav “atgriešanās normā”, bet jēgas, virziena un kontroles atgūšana pār savu dzīvi. Atlabšana nav stāvoklis, ko nosaka speciālisti; tā ir paša cilvēka dzīves ceļojums un izvēle.

Atlabšanas pieeja balstīta vairākās būtiskās idejās:

1) Atlabšana ir par *cerību* un *nākotnes* perspektīvu.

Cilvēkiem ar GRT bieži ir pieredze, kurā viņu iespējas tiek šaurinātas līdz simptomiem, diagnozei vai pagātnes krīzēm. Mūsdienu pieeja atzīst, ka jebkurš cilvēks – neatkarīgi no diagnozes vai traucējumiem – spēj dzīvot dzīvi, kas viņam šķiet pilnvērtīga. Cerība nav optimisms; tā ir pārliecība, ka pārmaiņas ir iespējamās, ka grūtības var pārvaldīt, un ka cilvēkam ir tiesības un iespējas virzīties uz dzīves kvalitāti, kuru viņš pats definē.

2) Atlabšana ir par *identitāti* un *pašnoteikšanos*.

Tradicionāli cilvēku ar GRT identitāti bieži “pārklāja” diagnoze. Atlabšanas pieeja uzskata, ka:

- cilvēks ir daudz vairāk nekā diagnoze, simptomi vai ārstēšanas vēsture;
- viņam ir tiesības veidot savu pašsajūtu, pašidentitāti un vērtību sistēmu;
- viņš pats vislabāk zina, kas viņu atbalsta vai, tieši pretēji, apgrūtina.

Šī pieeja savienojas ar personcentrētību un sociālā modeļa principiem – cilvēka pieredze netiek pakļauta profesionālajam skatījumam, bet profesionālais skatījums tiek pielāgots cilvēka pieredzei.

3) Atlabšana notiek *attiecībās*, nevis *izolācijā*.

Stimulējošs, cieņpilns attiecību tīkls – ģimene, draugi, kaimiņi, kolēģi, kopiena – bieži ir izšķirošs faktors atlabšanas procesā. Cilvēkam ir vajadzīgas iespējas būt attiecībās, saņemt atbalstu un piedalīties dzīves procesos. Cilvēki atlabst labāk, ja viņi jūtas pieņemti, viņiem ir nozīmīgas lomas sabiedrībā, un viņi var izteikt savu pieredzi bez nosodījuma.

4) Atlabšana ietver *personisko mērķu* izvirzīšanu.

Ne visi mērķi ir saistīti ar “veselību”. Dažiem tie ir attiecību atjaunošana, citiem – izglītība, darbs, radoši projekti, sociālais kontakts, labvēlīga dienas struktūra vai dzīvesvietas stabilitāte. Atlabšanas skatījumā svarīgi ir tas, ko cilvēks pats vēlas, un kā mēs kā profesionāļi varam atbalstīt viņa spējas:

- regulēt stresu;
- pārvaldīt krīzes;
- pieņemt lēmumus;
- būt sabiedrībā;
- veidot dzīvi, kas atbilst viņa paša vēlmēm un izvēlēm.

5) Atlabšana ir *holistiska*.

Cilvēkam var saglabāties simptomi, bet viņš var atlabt – dzīvot kvalitatīvi, pieņemt lēmumus, būt attiecībās, strādāt, mācīties, piedalīties sabiedrībā.

Atlabšana aptver gan emocionālos un sociālos aspektus, gan fizisko veselību, gan attiecības, gan vidi, kurā cilvēks dzīvo, gan iespējas iesaistīties un tikt sadzirdētam.

6) Atlabšana nav iespējama bez *cilvēktiesībām*.

Piespiedu iejaukšanās, stigmatizējoša vide, diskriminācija, izolācija un nevienlīdzīgas varas attiecības ir tieši pretrunā atlabšanas principiem. Cilvēks nevar atlabt, ja viņa pamattiesības netiek ievērotas un viņa vēlmes un preferences netiek respektētas.

Interesu aizstāvība invaliditātes jomā¹⁵² ir process, kurš vērsts uz sociālo taisnīgumu un ir balstīts uz noteiktām vērtībām. Interesu aizstāvības kustības pamatā ir invaliditātes sociālais modelis, un šī kustība ir vērsta uz sabiedrības struktūras maiņu, uz sabiedrības pieejamību. Interesu aizstāvības kustība sociālajā jomā kļūst aizvien izplatītāka, pārstāvot tos indivīdus un grupas, kuri bieži ir neaizsargāti, apdraudēti un piedzīvo sociālo nevienlīdzību un apspiestību. Galvenie interešu aizstāvības principi ir šādi: ikvienam ir tiesības būt cienītam un uzklausītam, iesaistīties lēmumu pieņemšanā, kas ietekmē viņu dzīvi, sapņot par savu nākotni un izplānot to. Interesu aizstāvību nodrošina interešu aizstāvis, kas var runāt citu vārdā un pārstāvēt personas vai grupas intereses, bet paš aizstāvība nozīmē, ka persona pārstāv sevi kā grupas locekli vai indivīdu.

Sociālais darbinieks, kurš strādā ar personām ar GRT, izmantojot modernas sociālā darba metodes un koncepcijas

- neapsver katru gadījumu tikai individuāli, bet ņem vērā sociālās un politiskās situācijas, kurās persona ar GRT dzīvo, un visus sociālā netaisnīguma jautājumus, ar kuriem persona ar GRT saskaras;
- pārliecināti un aktīvi darbojas pret stigmatizāciju un diskrimināciju pret personām ar GRT sabiedrībā un sociālās aprūpes un pakalpojumu sistēmā;
- veic savu darbu saskaņā ar cilvēktiesību principiem, īpašu uzmanību pievēršot personu ar invaliditāti tiesībām;
- aktīvi meklē un koncentrējas uz personas stiprajām pusēm, resursiem un talantiem, nevis problēmām vai traucējumiem;
- aktīvi iesaista sabiedrību, atbalstot personas ar GRT un attīstot personas sociālos sakarus vietējā kopienā. Palīdz personai ar GRT apgūt aktīvu lomu lēmumu pieņemšanā par savu dzīvi.

Sociālais darbinieks redz personu ar GRT:

- kā savas dzīves ekspertu, kurš ir vienlīdzīgs sociālā darba procesa dalībnieks ar savām stiprajām pusēm un resursiem (nevis speciālists ir cilvēka ar GRT eksperts);
- kā cilvēku, kuram var būt savi veidi, kā saglabāt dzīvesspēku un tikt galā ar grūtībām un traumatisku dzīves pieredzi, un šie veidi ir jāatklāj un jāatbalsta;
- kā cilvēku, kuram ir tiesības uz atlabšanu un pilnvērtīgu dzīvi (un personas diagnoze neizslēdz šo iespēju);
- kā cilvēku, kuram ir tiesības uz paš aizstāvību un aizstāvību, aizstāvot savas un citu personu ar GRT intereses un tiesības un neesot tikai pasīvam pakalpojumu lietotājam bez balsis tiesībām.

5.2. STARPTAUTISKĀ PRAKSE: DAŽĀDU METOŽU LIETOJUMS UN LIETDERĪBA DARBĀ AR PILNGADĪGĀM PERSONĀM AR GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM

5.2.1. Deinstitutionalizācija: Latvijas un citu valstu pieredze

Pirmās institūcijas daudzviet pasaulē tika izveidotas 19. gs. beigās un 20. gs. sākumā kā terapeitiskas patversmes. Vairāk nekā gadsimtu vēlāk Eiropas Koācija dzīvei sabiedrībā institūciju definēja kā "vietu, kurā personas ar traucējumiem tiek izolētas, nošķirtas un / vai kurā tām liek dzīvot kopā. Sociālās aprūpes institūcija ir arī jebkura vieta, kurā personām nav kontroles pār savu dzīvi un ikdienas lēmumiem vai nav

¹⁵² Bigby, C., Frawley, P. (2010). *Social Work Practice and Intellectual Disability*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 238. lpp.; Dalrymple, J., Boyan, F. (2013). *Effective Advocacy in Social Work*. London: Sage, 208 lpp.; Williams, P., Evans, M. (2013). *Social Work with People with Learning Difficulties*. London: Learning Matters, 210. lpp.

atļauts izmantot šādu kontroli.”¹⁵³

Attīstoties sabiedrības izpratnei par cilvēku ar invaliditāti vajadzībām un aprūpes iespējām, daudzās valstīs nonāca līdz deinstitucionalizācijas (turpmāk – DI) idejai. Pastāv dažādas DI jēdziena definīcijas, tomēr mūsdienām atbilstošākais skaidrojums rodams ANO Personu ar invaliditāti tiesību komitejas 2022. gadā pieņemtajās vadlīnijās, kurās uzsvērts, ka DI procesiem jābūt mērķētiem uz visu veidu cilvēku ar invaliditāti institucionalizācijas, izolācijas un segregācijas izbeigšanu gan privātajā, gan sabiedriskajā sektorā.”¹⁵⁴

Par DI katalizatoriem citās valstīs ir kalpojuši dažādi iemesli – gan ideoloģijas maiņa (normalizācija, cilvēktiesības), gan plašsaziņas līdzekļos publiskoti skandāli. 20. gadsimta 70. un 80. gados vairākās valstīs, piemēram, ASV,¹⁵⁵ Skandināvijā un Lielbritānijā sabiedrību satrauca skandāli par apstākļiem institūcijās. Tāpat DI rosināja jaunu, efektīvus rezultātus uzrādošu alternatīvu aprūpes modeļu veidošanās un pētījumi, kuros tika pierādīts, ka institucionālā aprūpe ir dārga, turklāt tā nenodrošina iemītniekiem pilnvērtīgu dzīves kvalitāti. Vairākās valstīs DI tika uzsākta jau 20. gadsimta 60.–70. gados, citviet – 90. gados, bet Austrumeiropā un Centrāleiropā galvenokārt tikai pēdējo 15–20 gadu laikā.

Nenoliedzami, ANO Konvencija ir devusi jaunu impulsu ikvienai dalībvalstij, kas tai pievienojas, pārskatīt esošo sociālās aprūpes politiku un virzīties uz neatkarīgas dzīves iespēju nodrošināšanu visām personām ar invaliditāti. Konvencijas 19. pantā paredzēts, ka ikvienam cilvēkam ar invaliditāti ir tiesības dzīvot patstāvīgi un iekļauties sabiedrībā uz vienlīdzīgiem pamatiem.¹⁵⁶ Nepieciešams radīt mehānismu, ar kura palīdzību personas ar invaliditāti varētu dzīvot neatkarīgi, pašām izvēloties savu dzīves modeli un pilnvērtīgi iesaistoties sabiedriskajā dzīvē. Šis jautājums ir plašāks nekā tikai DI. Tas nozīmē, ka cilvēkam jānodrošina brīvība un kontrole pār savu dzīvi.¹⁵⁷

ANO Konvencijas 19. pantā ir ietvertas trīs skaidri definētas prasības. Valstij ir pienākums:

- atzīt, ka visām personām ar invaliditāti ir vienlīdzīgas tiesības dzīvot sabiedrībā;
- veikt efektīvus un atbilstošus pasākumus, lai atvieglotu personām ar invaliditāti pilnīgu šo tiesību izmantošanu un nodrošinātu tādas pašas izvēles iespējas kā citiem;
- veikt efektīvus un atbilstošus pasākumus, lai atvieglotu personu ar invaliditāti pilnīgu integrāciju sabiedrībā.¹⁵⁸

Īstenojot DI un plānojot pāreju no institucionālās aprūpes modeļa uz sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem, svarīgi ņemt vērā ikvienu, kuram ir vajadzība pēc attiecīgajiem pakalpojumiem. Daži

¹⁵³ Eiropas Koalīcijas dzīvei sabiedrībā sociālās aprūpes institūcijas definīcija: *European Coalition for Community Living: Project description*. Center for Policy Studies, Central European University. Pieejams: <https://cps.ceu.edu/research/eccl> [aplūkots 01.12.2025.]

¹⁵⁴ CRPD/C/5: Guidelines on Deinstitutionalization, including in emergencies. Pieejams: <https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including> [aplūkots 01.12.2025.]

¹⁵⁵ Piemēram, Ņujorkā (ASV) izveidotās Viloubрукas (*Willowbrook*) valsts skolas bērnu vecāki 1972. gadā vērsās tiesā, pievēršot plašu mediju un sabiedrības uzmanību necilvēcīgiem un pazemojošiem apstākļiem skolā, kurā bija izmitināti 5000 bērnu ar intelektuālās attīstības traucējumiem. Tiesvedības rezultātā tika uzsākta institucionālās aprūpes aizvietošana ar sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem. Skola tika slēgta 1987. gadā, un līdz 1992. gadam visi tās iemītnieki bija uzsākuši dzīvi sabiedrībā.

¹⁵⁶ European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2012). *Choice and control: The right to independent living. Experiences of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems in nine EU Member States*. Vienna: FRA, 7. lpp. Pieejams: <https://fra.europa.eu/en/publication/2012/choice-and-control-right-independent-living> [aplūkots 01.12.2025.]

¹⁵⁷ Turpat.

¹⁵⁸ Open Society Foundations. (2011). *Community for All Checklist: Implementing Article 19 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Pieejams: https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/8ff10447-d0ea-4684-80a8-17f6554c53e1/community-for-all-checklist-20111202_0.pdf [aplūkots 02.12.2025.]

cilvēki varēs dzīvot patstāvīgi ar ļoti nelielu atbalstu, citiem būs nepieciešama pastāvīga personāla palīdzība, lai veiktu ikdienas darbus mājās un sabiedrībā. Tas nozīmē, ka nepieciešams veidot pakalpojumus cilvēkiem ar ļoti atšķirīgām vajadzībām. Laika gaitā mainās arī cilvēku vajadzības – dažreiz nepieciešams lielāks atbalsts, dažreiz mazāks.¹⁵⁹ Tāpēc DI procesā svarīgi ir izstrādāt tādu sabiedrībā balstītu pakalpojumu sistēmu, kura apmierinātu dažādas vajadzības.

Jāatzīst, ka DI procesu bieži vien izprot vienkāršoti – kā ilgstošas sociālās aprūpes un rehabilitācijas institūciju slēgšanu. Tomēr DI būtība jāuztver plašāk, proti, kā sabiedrībā balstītu pakalpojumu spektra izveides procesu, kas novērstu cilvēka nokļūšanu institucionālā aprūpē.¹⁶⁰

Latvija. Lai gan jau 1990. gadu beigās pilsoniskās sabiedrības organizācijas Latvijā iestājās par nepieciešamību īstenot DI un meklēt institūcijām alternatīvus risinājumus, par mērķtiecīgu DI procesa sākumu Latvijā var uzskatīt 2015. gadu, kad ar Eiropas Savienības (turpmāk – ES) struktūrfondu finansiālu atbalstu tika uzsākts īstenot darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” specifiskā atbalsta mērķa “Palielināt kvalitatīvu institucionālai aprūpei alternatīvu sociālo pakalpojumu dzīvesvietā un ģimeniskai videi pietuvinātu pakalpojumu pieejamību personām ar invaliditāti un bērniem” pasākumu “Deinstitutionalizācija”. Viena no pasākuma mērķa grupām bija pilngadīgas personas ar GRT. Savukārt viena no šī pasākuma ietvaros īstenotām aktivitātēm bija Latvijas reģionu DI plānu izveide. Plānu izstrādes gaitā, sadarbojoties ar pašvaldībām, to izstrādātāji plānoja vēlamos attīstāmos sociālos pakalpojumus vairākām mērķa grupām, no kurām viena bija personas ar GRT. Lai gan DI projektā neiesaistījās visas pašvaldības, kopumā projekta ietvaros pašvaldības izveidoja infrastruktūru 228 sabiedrībā balstītiem sociālajiem pakalpojumiem, tostarp 145 pakalpojumi tika izveidoti personām ar GRT, 68 pakalpojumi – bērniem ar funkcionāliem traucējumiem un 15 pakalpojumi – ārpusģimenes aprūpē esošiem bērniem. No 145 cilvēkiem ar GRT paredzētajiem sociālajiem pakalpojumiem tika izveidoti: 53 dienas aprūpes centri ar 946 klientu vietām (32 pašvaldībās), 50 grupu mājas (dzīvokļi) ar 589 klientu vietām (32 pašvaldībās), 34 specializētās darbnīcas ar 526 klientu vietām (25 pašvaldībās), 8 atelpas brīža pakalpojumi ar 19 klientu vietām (7 pašvaldībās).¹⁶¹ Uzsākot DI projektu – 2015. gadā valsts finansētajās ilgstošās sociālās aprūpes institūcijās bija 4916 klientu vietas personām ar GRT, savukārt 2023. gada beigās vietu skaits bija samazināts līdz 4029 klientu vietām.¹⁶²

Igaunija. Saskaņā ar DECLOC (*Deinstitutionalisation and Community Living: Outcomes and Costs*, latviešu val. “Deinstitutionalizācija un kopienas dzīve: rezultāti un izmaksas”) pētījumu 2005. gadā Igaunijā institūcijās dzīvoja 7243 personas. Pirmais DI plāns tika izveidots 2006. gadā, tā īstenošanas gaitā ar ES struktūrfondu finansiālo atbalstu tika slēgtas piecas sociālās aprūpes institūcijas, kā arī izveidoti 550 jauni sociālie pakalpojumi visā Igaunijā. Liels uzsvars tika likts uz ģimenes tipa mājokļu un kopienas māju (ciematos) izveidi. Ciematos tika izveidotas vairākas ģimenes mājas, darbnīcas, dažādas saimniecības ēkas un citas koplietošanas telpas. Lai gan šis pakalpojums bieži tiek aprakstīts kā labās prakses piemērs, 2017. gada oktobrī Eiropas Neatkarīgās dzīves sadarbības tīkls (ENIL) publicēja kritisku ziņojumu¹⁶³, kas pamatots uz veikto izpēti trīs ciematos. Ziņojumā norādīts, ka ciemati parasti atrodas ģeogrāfiski diezgan

¹⁵⁹ Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J., & Beecham, J. (2007). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: Report of a European Study. Volume 2: Main Report*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent, 43. lpp. Pieejams: <https://sid.usal.es/docs/F8/FDO20181/deinstitutionalisation.pdf> [aplūkots 02.12.2025.]

¹⁶⁰ European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012). *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. 27. lpp. Pieejams: <https://deinstitutionalisationdotcom.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/07/toolkit-10-22-2014-update-web.pdf> [aplūkots 01.12.2025.]

¹⁶¹ Labklājības ministrija, ES fondu ieguldījumi deinstitutionalizācijas īstenošanai 2014.–2020. gada plānošanas periodā. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/es-fondu-ieguldijumi-deinstitutionalizācijas-istenosanai-2014-2020gada-planosanas-perioda> [aplūkots 01.12.2025.]

¹⁶² Turpat.

¹⁶³ European Network on Independent Living (ENIL). (2017). *So close, yet so far*. Pieejams: https://enil.eu/wp-content/uploads/2022/12/DisabilityWatchdog_Estonia_Oct2017_Final.pdf [aplūkots 01.12.2025.]

izolētās vietās un var apšaubīt, ka ciematu iedzīvotājiem ir iespēja izvēlēties, kur un ar ko kopā viņi dzīvos. Arī citi pētnieki, piemēram, Z. Bugarszkis, izteikuši bažas, ka šie ciemati, lai arī veidoti, lai veicinātu DI, ir visai nošķirtas (segregētas) institūcijas, kurās iemītniekiem nav īstenu izvēles iespēju, un ir tikai daži jautājumi, kuros viņi lēmumus var pieņemt paši.

Līdzīgi kaimiņvalstīm, Igaunija ar ES struktūrfondu finansiālo atbalstu īstenoja DI stratēģiju no 2014. līdz 2020. gadam. Stratēģijas ietvaros tika “iesaldēts” vietu skaits institūcijās, kuras nodrošina ilgtermiņa (24/7) aprūpi, kā arī līdz 2023. gadam plānots reorganizēt institūcijas, kuras nodrošina 24 stundu aprūpi un kurās ir vairāk nekā 30 vietas.¹⁶⁴

Lietuva. Lietuvā sociālās aprūpes institūcijās mīt aptuveni 6000¹⁶⁵ cilvēku ar invaliditāti. Lai gan DI kā mērķis pirmo reizi politikas dokumentos (piemēram, Lietuvas Valsts garīgās veselības stratēģijā) minēta 2012. gadā, tomēr saskaņā ar nevalstisko organizāciju (turpmāk – NVO) datiem – Lietuvas forumu personām ar invaliditāti – nekādas reālas darbības tālāk nav sekojušas. 2012. gadā Lietuvas Sociālo lietu un darba ministrija sadarbībā ar NVO sagatavoja DI vadlīnijas, kuras tika apstiprinātas 2012. gada novembrī, savukārt 2013. gadā tika sagatavots pārejas plāns no institucionālās aprūpes uz sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem personām ar invaliditāti un bērniem. Plāns tika apstiprināts 2014. gada februārī. Līdzīgi kā Latvija un Igaunija, arī Lietuva plānoja izmantot ES struktūrfondu finansējumu DI īstenošanai.¹⁶⁶ Lietuvas forums personām ar invaliditāti savā ziņojumā ANO Personu ar invaliditāti tiesību komitejai kritizējis pašreizējo procesu kā necaurspīdīgu un neskaidru, norādot uz uzraudzības trūkumiem, piemēram, informējot, ka DI procesa ietvaros 27 institūcijas ir izvēlētas pārveidei, taču nav skaidrs, vai tās tiks slēgtas vai tikai tiks samazināts iemītnieku skaits šajās institūcijās.¹⁶⁷

Horvātija.¹⁶⁸ DI procesu sākotnēji rosināja pilsoniskās sabiedrības organizācijas kopā ar pašvaldībām, izveidojot vairākus sabiedrībā balstītus pakalpojumus. Liela uzmanība tika pievērsta tam, kā persona tiek sagatavota pārejai no institūcijas uz patstāvīgu dzīvi sabiedrībā, izveidojot programmas, kuru ietvaros institūciju iemītnieki tika sagatavoti patstāvīgai dzīvei, apgūstot arī to, kā sevi aizstāvēt un kā īstenot pašnoteikšanos. Laika gaitā institūciju iemītnieki veidoja grupas, kuru dalībnieki regulāri tiekas, lai apgūtu un apspriestu savas tiesības, pienākumus un to, kādu atbalstu viņi vēlētos saņemt, lai varētu dzīvot sabiedrībā.¹⁶⁹ Turklāt darbiniekiem un vecākiem tika mācītas uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodes.

Personai, atstājot institūciju, ir pieejamas dažādas valdības piedāvātas sabiedrībā balstītas alternatīvas. Tās ir šādas:

- patstāvīga dzīve sabiedrībā ar atbalstu – tiek piedāvāts mājoklis, atbalsts un aprūpe sabiedrībā ārpus iestādēm. Tiek nodrošināta uz individuālajām vajadzībām balstīta palīdzība – tā var būt palīdzība pārtikas iegādē, ēdiena pagatavošanā, mājas uzkopšanā, personīgajā aprūpē un darba atrašanās. Personām ar GRT šī palīdzība var ietvert arī pieeju garīgās veselības aprūpei, ja tā tiek pieprasīta;

¹⁶⁴ Ministry of Social Affairs of Estonia. (2014). *Special Care and Welfare Development Plan for 2014–2020*. Tallinn, 36. lpp. Pieejams: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/special_care_2014-2020.pdf [aplūkots 02.12.2025.]

¹⁶⁵ Lithuanian Forum for the Disabled. (2015). *List of issues in relation to the initial report of the Republic of Lithuania*. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner, 9. lpp. Pieejams: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCRPD%2fCO%2fLTU%2f21462&Lang=en [aplūkots 02.12.2025.]

¹⁶⁶ Turpat, 10. lpp.

¹⁶⁷ Turpat, 16. lpp.

¹⁶⁸ Mburu, F. M. (2016). *An Analysis of De-institutionalization Experiences: Good Practice Examples and Failures*. Riga: RC ZELDA. Pieejams: https://zelda-cms.b-cdn.net/Deinst_research_FM_Mburu_0c6bc050a7.pdf [aplūkots 01.12.2025.]

¹⁶⁹ Klein, J. E. (2014). *Deinstitutionalization in Croatia: A Summary of Open Society Support*. Open Society Public Health Program. Pieejams: <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/9ee9929a-ce89-4e95-be06-42f97b9cf6f4/deinstitutionalization-croatia-20140708.pdf> [aplūkots 02.12.2025.]

- dienas centri un pagaidu mītnes – šīs programmas nodrošina dienas izmitināšanu vai naktsmītni un atbalstu ārpus personas mājām, bieži vien, lai sniegtu atelpu personas primārajiem aprūpētājiem. Dalība šajās programmās paredz, ka personai ir sava pastāvīga dzīvesvieta vai ir iespēja dzīvot kopā ar ģimeni;
- ģimenē balstīts atbalsts – personas var dzīvot ar savu ģimeni, un primārie aprūpētāji ģimenē var saņemt pabalstu, lai sniegtu nepieciešamo palīdzību.¹⁷⁰

Saskaņā ar Pasaules Bankas 2014. gada ziņojumu par DI Horvātijā no 2011. līdz 2016. gadam bija plānots:

- mainīt attiecību starp institucionālo un sabiedrībā balstīto aprūpi tā, lai 20 % bērnu un jauniešu bez pienācīgas vecāku gādības saņemtu institucionālo aprūpi un 80 % saņemtu sabiedrībā balstītu mājokļa pakalpojumus;
- deinstitucionalizēt 40 % bērnu un jauniešu ar uzvedības traucējumiem;
- par 30 % samazināt kopējo institūcijās mītošo pieaugušo personu ar invaliditāti skaitu.¹⁷¹

Zviedrija.¹⁷² Par DI sākumu Zviedrijā var uzskatīt 20. gadsimta 60.–70. gadus, kad 1967. gadā tika reformēta valsts psihiatrisko slimnīcu sistēma, integrējot psihiatrisko palīdzību vispārēja profila slimnīcās.¹⁷³

Vēlāk – 80. gados – cilvēku ar invaliditāti tiesību aizstāvji panāca pakāpenisku pāreju no institucionālās aprūpes uz sabiedrībā balstītu aprūpi. 20. gadsimta 90. gadu sākumā Zviedrijas valdība veica pētījumu, lai izmeklētu apstākļus, kādos tiek nodrošināta ārstēšana cilvēkiem ar ilgstošiem garīgās veselības traucējumiem. Tika konstatēti būtiski trūkumi aprūpes un sociālā atbalsta kvalitātē.¹⁷⁴ Pētījuma rezultātā 1995. gadā tika pieņemts Zviedrijas Garīgās veselības aprūpes reformas likums, un rezultātā tika ieviestas strukturālas izmaiņas garīgās veselības aprūpes sistēmā. Tika veikta reforma, kuras mērķis bija ilgtermiņa psihiatrijas pacientiem nodrošināt iespēju dzīvot ārpus institūcijām, kā arī integrēt šos pacientus sabiedrībā.¹⁷⁵

Reformas gaitā tika paplašinātas un decentralizētas ambulatorās un stacionārās iestādes. Pašreizējā sistēma nodrošina integrētu ambulatoro un stacionāro aprūpi, kas tiek sniegta sabiedrībā balstītās psihiatriskās palīdzības vienībās ar nelielu gultasvietu skaitu. Pakalpojumi tiek organizēti tādā veidā, kas veicina pakalpojumu pieejamību, aprūpes nepārtrauktību, integrētu aprūpi un ģimeņu un galveno organizāciju iesaistīšanos. Nav tādu vienību, kas būtu tieši saistītas ar psihiatrisko slimnīcu, un visas vienības atrodas dzīvojamos rajonos. Ir tikai neliels stacionārās aprūpes gultasvietu skaits (75 gultas uz 270 000 iedzīvotājiem). Galvenais uzsvars tiek likts uz ambulatoro aprūpi. Dienas aktivitātes, nodarbības grupās un uz ģimeni un tīkla veidošanu orientētas darba metodes ir svarīga ambulatorās aprūpes daļa. Garīgās veselības aprūpes personālam ir plaša sadarbība ar katra dzīvojamā rajona sociālajiem dienestiem. Dežurējošajos un atvērtajos aprūpes centros tiek nodrošināta ilgtermiņa sadarbība ar primārās veselības aprūpes centriem, kas atrodas dzīvojamos rajonos. Lai sniegtu dažām specifiskām vajadzībām pielāgotu aprūpi, darbojas specializētas

¹⁷⁰ Human Rights Watch. (2010). “Once You Enter, You Never Leave”: *Deinstitutionalization of Persons with Intellectual or Mental Disabilities in Croatia*. Pieejams: <https://www.hrw.org/report/2010/09/23/once-you-enter-you-never-leave/deinstitutionalization-persons-intellectual-or> [aplūkots 02.12.2025.]

¹⁷¹ Ministry of Social Policy and Youth. (2015). *Deinstitutionalization of Children and Adults: Social Protection System Modernization Project – Component IV*. Presentation by Zvezdana Bogdanović and Dubravka Marušić, Tuheljske Toplice, March 16–17. Pieejams: <https://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/Event/ECA/Croatia%20Soc%20Protection%20proj%20launch/cro-soc-p-4-eng.pdf> [aplūkots 02.12.2025.]

¹⁷² Zviedrijas apraksts sagatavots pēc RC “ZELDA” veiktā pētījuma: Mburu, F. M. (2016). *An Analysis of Deinstitutionalization Experiences: Good Practice Examples and Failures*. Rīga: RC ZELDA.

¹⁷³ Silfverhielm, H., Kamis-Gould, E. (2000). The Swedish mental health system. Past, present, and future. *International Journal of Law and Psychiatry*. 23(3–4), 293.–307. lpp.

¹⁷⁴ Tuori, T., Gissler, M., Wahlbeck, K. (2007). un Ziemeļvalstu rekomendāciju devēju grupa (*Nordic reference group*). *Mental health in the Nordic Countries.; NOMESCO: Health Statistics in the Nordic Countries*, 2005, 149.–211. lpp; NOMESCO, Ziemeļvalstu medicīnas statistikas komiteja 80, (*Nordic Medico-Statistical Committee*), Kopenhāgena.

¹⁷⁵ Patana, P. (2015) OECD darba dokuments Nr. 82: *Mental Health Analysis Profiles (MhAPs)*. Zviedrija.

vienības / programmas tiesātajiem pacientiem, cilvēkiem ar ēšanas traucējumiem, vecākiem pacientiem, kā arī ir pieejami psihoterapijas pakalpojumi. Kā daļu no reformas pašvaldībām jānodrošina pieņemams mājoklis un atbalsts, kas būtu saistīts ar mājokli, nodarbinātību, kā arī atbalsts brīvā laika aktivitātēs.¹⁷⁶

Zviedrijā ir noteikts, kurām sabiedrības grupām pašvaldību pienākums ir nodrošināt aprūpi, cik lielu samaksu pašvaldības var prasīt par šiem pakalpojumiem un kāda veida organizācijām atļauts piedāvāt pakalpojumus. Cilvēki ar invaliditāti, kuri atbilst 1993. gada Invaliditātes likumā noteiktajiem pakalpojumu saņemšanas kritērijiem un kuriem nepieciešama nozīmīga palīdzība pamatvajadzību nodrošināšanai, var saņemt arī personīgo palīdzību, un šādā gadījumā valsts sedz pašvaldības izdevumus par palīdzības nodrošināšanu līdz pat 20 stundām nedēļā. Savukārt 1982. gada Sociālo pakalpojumu likums nodrošina vispārējas tiesības pieprasīt atbalstu, “ja vajadzības nevar apmierināt citādā veidā”. Cilvēkam ir jānodrošina “saprātīgs dzīves līmenis”. Likumā šis “vajadzības” nav definētas, bet pastāv tiesības vērsties tiesā gadījumā, ja persona nav apmierināta ar lēmumu. Tomēr ir problēma: ja Invaliditātes likumā ir skaidri definēts, kam šīs tiesības pienākas, tad Sociālo pakalpojumu likums atstāj šo jautājumu pašvaldību ziņā.¹⁷⁷ Turklāt Zviedrija 1994. gadā pieņēma arī Personiskās palīdzības likumu,¹⁷⁸ saskaņā ar kuru tiek sniegti pakalpojumi un veikta personu izvērtēšana. Veiktie pētījumi liecina, ka šī likuma īstenošanas rezultātā panākti būtiski uzlabojumi palīdzības saņēmēju un viņu ģimenes locekļu dzīves kvalitātē, cilvēki ar smagu invaliditāti kļuvuši redzamāki sabiedrībā, samazinājusies nepieciešamība pēc tādiem pakalpojumiem kā mājas palīgs, periodiska aprūpe, speciālais transports u. tml., pakalpojumu saņēmējiem ir labāka dzīves kvalitāte par zemākām izmaksām nekā pašvaldības mājas palīga pakalpojumu gadījumā.

Personiskās palīdzības likums garantē, ka katrai personai ir tiesības uz individuālu palīdzību, neatkarīgi no ienākumiem. Personiskās palīdzības budžeti tiek sagatavoti, pamatojoties uz vajadzību izvērtējumu. Vajadzību pēc palīdzības nepieciešamo stundu izteiksmē izvērtē Sociālās apdrošināšanas fonda darbinieki. Katru mēnesi saņēmējiem tiek piešķirta summa, kas atbilst šo stundu izmaksām. Budžets nav atkarīgs ne no finanšu situācijas valstī, ne no saņēmēju un viņu ģimenes ienākumiem vai īpašuma, ne arī no tā, vai persona pērk pakalpojumus no pakalpojumu sniedzēja vai pati nodarbina palīgus.¹⁷⁹

Lielbritānija.¹⁸⁰ Anglijā un Velsā 1962. gada Slimnīcu plānā bija paredzēts līdz 1975. gadam slēgt vismaz pusi no visām psihiatriskajām slimnīcām. 1971. gadā tika ierosināts pilnībā atteikties no psihiatrisko slimnīcu modeļa un nodrošināt to, ka visus pakalpojumus sniedz vispārēja profila slimnīcas ciešā sadarbībā ar primārās aprūpes un sociālajiem dienestiem. Vienlaikus notika arī pāreja uz citiem sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem, piemēram, atbalstīto dzīvošanu, dienas aprūpes pakalpojumiem un starpdisciplinārām garīgās veselības komandām.

Laika gaitā atbalstītās dzīvošanas modeļi ir apliecinājuši pakalpojumu lietotāju reālo potenciālu iegūt un atgūt patstāvīgas dzīves prasmes, tāpat pieaug ieguldījumi mazāk “institucionālos” modeļos un laika ziņā ierobežotākos atbalstītās izmitināšanas pakalpojumos, nodrošinot informatīvu atbalstu cilvēkiem, kas tiek pastāvīgi izmitināti.¹⁸¹

¹⁷⁶ Caldas, J. M., & Killaspy, H. (2011). Long term mental health care for people with severe mental disorders. Pieejams: https://health.ec.europa.eu/document/download/53cb0f32-1746-4a25-ad0e-228a68b37fe5_en [aplūkots 27.11.2025.]

¹⁷⁷ Turpat.

¹⁷⁸ Turpat.

¹⁷⁹ Ratzka, A. (2012). *Personal Assistance: Key to Independent Living as illustrated by the Swedish Personal Assistance Act*. Prezentēts kolokvijā “CRPD and EU Structural Funds: The way ahead for Independent Living”. ANO augstā komisāra cilvēktiesību jautājumos Eiropas reģionālais birojs, Brisele.

¹⁸⁰ Lielbritānijas apraksts sagatavots pēc RC “ZELDA” veiktā pētījuma: Mburu, F. M. (2016). *An Analysis of De-institutionalization Experiences: Good Practice Examples and Failures*. Rīga: RC ZELDA.

¹⁸¹ Glendinning, C. (2013). *Long Term Care Reform in England: A long and Unfinished Story*. In C. Ranci, & E. Pavolini (Eds.), *Reforms in Long Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*, 179–200. Springer

Apvienotajā Karalistē 1996. gadā ieviestais Sabiedrībā balstītās aprūpes likums (Tiešo maksājumu likums) ļāva vietējām varas iestādēm sniegt tiešos maksājumus cilvēkiem ar invaliditāti, lai viņi paši varētu pirkt sev nepieciešamos pakalpojumus. Ar 2009. gada Labklājības jomas reformas likumu tika ieviestas tiesības uz kontroli, bet ar 2009. gada Veselības likumu – personīgās veselības budžeti. Abi šie likumi paplašina personu ar invaliditāti tiesības uz izvēles brīvību un kontroli pār saņemtajiem atbalsta pakalpojumiem.¹⁸²

Lai gan pakalpojumu sniegšanu nodrošina decentralizētas valdības struktūras,¹⁸³ patstāvīgas dzīves stratēģija (*Independent Living Strategy*) nosaka, kā dažādos valdības līmeņos īstenot visus projektus Apvienotajā Karalistē, tomēr ļaujot brīvi izstrādāt savas ieviešanas stratēģijas.¹⁸⁴ Aplūkojot Sabiedrībā balstītās aprūpes likumu (Tiešo maksājumu likumu), Labklājības jomas reformu likumu un Veselības likumu, var secināt, ka pieejami dažādi personīgo budžetu modeļi, lai palīdzētu personām ar invaliditāti veidot patstāvīgu dzīvi sabiedrībā. Ir neliela atšķirība terminu lietojumā dažādos likumos. Personīgais budžets galvenokārt attiecas uz fondiem, kuru mērķis ir nodrošināt sociālos pakalpojumus saskaņā ar Tiešo maksājumu likumu (*Direct Payments Act*). Individuālie budžeti galvenokārt skar līdzekļu plūsmu, kura noteikta Labklājības jomas reformas likumā un Veselības likumā, kas attiecas uz sociālajiem pakalpojumiem, izglītības un veselības aprūpes vajadzībām. Tātad šie divi tiesību akti ļauj izveidot trīs veidu personisko budžetu: tiešo maksājumu, pašvaldības pārvaldītu budžetu un individuālo pakalpojumu fondu. Sociālos pakalpojumus finansē vietējās varas iestādes, tāpēc personu saņemto līdzekļu lielums ir atkarīgs no vajadzībām un ienākumu līmeņa. Tas nozīmē, ka gadījumā, ja personai ir finanšu līdzekļi, tas tiks ņemts vērā, nosakot no pašvaldības saņemtā personīgā budžeta apmēru.¹⁸⁵

Vairumā gadījumu līdzekļu saņēmējiem jāveic vajadzību izvērtējums, jānodrošina plānošanas process, kurā tiek iekļauts gan personas, gan aprūpētāju viedoklis, un pēc personīgā budžeta apstiprināšanas tiek nodrošināta nepārtraukta uzraudzība un jāievēro atskaitīšanās kārtība. Apvienotajā Karalistē personīgie budžeti tiek izmantoti gan veselības aprūpes, gan sociālās labklājības un izglītības vajadzībām. Personām ar invaliditāti ir jāstrādā kopā ar savu atbalstītāju, aprūpētāju / ģimeni vai ar pašvaldības ieceltām personām, lai pārvaldītu un uzraudzītu sava personīgā budžeta izmantošanu. Tiek izvērtētas vajadzības, lai noteiktu, cik liels naudas daudzums būs pieejams personai. Nākamais solis ir personai kopā ar atbalstītājiem plānot un noteikt, kā šie līdzekļi tiks izmantoti. Personīgos budžetus var izmantot dažādos veidos. Pirmkārt, persona var izmantot līdzekļus, lai samaksātu par personīgo asistentu, par atbalstu, kas saistīts ar mājokli, aprīkojumu un pielāgojumiem un mājas aprūpi. Pašvaldība tomēr nosaka to, kas iekļaujas šajās prasībās. Otra alternatīva ir, ka persona varētu atmaksāt līdzekļus atpakaļ vietējai varas iestādei, lai tā iegādātos pakalpojumus lietotāja vārdā un saskaņā ar plānošanas procesā nolemtu.

Itālija. DI Itālijā ietekmēja psihiatra Franko Basaglia radikālās idejas. Viņam bija liela ietekme uz 1978. gada Itālijas Garīgās veselības likuma izstrādi (Itālijas likums Nr. 180). Basaglia pētīja DI neveiksmes Amerikā 20. gadsimta 50.–60. gados, kas noveda pie personu ar GRT piespiedu reinstitucionalizācijas, un viņš izveidoja savu skatījumu uz sabiedrībā balstītu aprūpi Itālijā.¹⁸⁶ Basaglia uzskatīja, ka garīgās slimības izraisa sociāli faktori, un tieši nepietiekama atbildes reakcija uz šiem sociālajiem faktoriem izraisa “trakumu”.¹⁸⁷

¹⁸² Lordu palātas ziņojums par patstāvīgu dzīvi. *House of Lords Joint Committee on Human Rights, Report on Implementation of the Right of Disabled People to Independent Living: 23rd Report of Session 2010–2012*. Pieejams: <https://publications.parliament.uk/pa/jt201012/jtselect/jtrights/257/257.pdf> [aplūkots 01.12.2025.]

¹⁸³ Apvienotā Karaliste sastāv no vairākām daļām, kas veido decentralizētu struktūru. Šajā dokumentā termins “vietējā varas iestāde” attiecas uz Skotijas valdību, Velsas valdību, Anglijas valdību un Ziemeļīrijas valdību.

¹⁸⁴ Lordu palātas ziņojums par patstāvīgu dzīvi. *House of Lords Joint Committee on Human Rights, Report on Implementation of the Right of Disabled People to Independent Living: 23rd Report of Session 2010–2012*, 32. lpp. Pieejams: <https://publications.parliament.uk/pa/jt201012/jtselect/jtrights/257/257.pdf> [01.12.2025.]

¹⁸⁵ Glendinning, C. (2013). *Long Term Care Reform in England: A long and Unfinished Story*.

¹⁸⁶ Palermo, G. B. (1991). Italian Mental Health Law – a Personal Evaluation. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 84.

¹⁸⁷ Szasz, T. S. (1974). *The myth of mental illness*. New York: Harper & Row.

Tādējādi, pēc viņa domām, risinot personu ar garīgās veselības traucējumiem sociālās vajadzības, varētu ārstēt garīgās saslimšanas.

Itālijas 1978. gada likums Nr. 180 iezīmēja pāreju no slimnīcās balstītas aprūpes sistēmas uz sabiedrībā balstītu psihiatriskās aprūpes modeli. Likumā psihiskie traucējumi aplūkoti ārpus medicīniskā aspekta, pievēršoties sociālajiem jautājumiem, kas skar traucējumu izcelsmi, gan no racionālās, gan ekonomiskās un politiskās puses.¹⁸⁸ Jaunā sistēma bija paredzēta, lai sniegtu aprūpi un atbalstu visu veidu pacientiem. Pēc vairāk nekā 30 gadu īstenošanas procesa likums Nr. 180 joprojām ir unikāls, ņemot vērā to, ka Itālija ir vienīgā valsts pasaulē, kurā tradicionālās psihiatriskās slimnīcas tiek uzskatītas par nelikumīgām.¹⁸⁹

Basaglias 1978. gada psihiatriskā reforma noteica četrus galvenos virzienus:¹⁹⁰

1. pakāpenisku psihiatrisko slimnīcu slēgšanu, pārtraucot jaunu pacientu uzņemšanu;
2. vispārēja profila slimnīcu psihiatrisko nodaļu izveidi akūtu pacientu uzņemšanai, kurās var būt ne vairāk kā 15 gultasvietas katrā;
3. ierobežojošākus kritērijus un administratīvās procedūras ieviešanai slimnīcā bez pacienta piekrišanas;¹⁹¹
4. sabiedrībā balstītu garīgās veselības centru izveidi, kas sniegtu psihiatrisko aprūpi ģeogrāfiski noteiktās vietās.

DI Itālijā bija veiksmīga, jo likumā Nr. 180 paredzēta starpdisciplināra pieeja problēmas risināšanai. Likums piešķir jaegu katrai profesionālo aprūpētāju lomai. Garīgās veselības speciālisti ne tikai pārņēma vadību, informējot par reformu procesu, bet arī virzīja attieksmes maiņu attiecībā uz sabiedrībā balstītu aprūpi.¹⁹²

ASV.¹⁹³ Pārņemot Eiropas modeli, ASV institūcijas tika ieviestas ap 1860. gadu, un to izdarīja Samuēls Hovs (*Samuel Howe*).¹⁹⁴ Tomēr 1866. gadā Hovs, kas bija viens no tā laika galvenajām un ietekmīgākajām personām, ieviešot institucionālās aprūpes modeli, sāka bažīties, ka tas neatbilst viņa redzējumam un ka šīs iestādes iegūst vairākas ļoti nevēlamas pazīmes. Savā runā, ieliekot pamatakmeni jaunai iestādei 1866. gadā, Hovs brīdināja: “Kritiskas kļūdas tika pieļautas mūsu iestāžu pašos pamatos... kas padara tās pārāk līdzīgas patversmēm; kas draud ar to, ka tās ar laiku pārvērtīsies par īstām patversmēm un radīs citu ļaunumu.” “Visas šādas iestādes ir nedabiskas, nevēlamas un var tikt izmantotas ļaunprātīgi.” “Tādu iestāžu ir jābūt tik maz, cik vien iespējams, un šīm dažām palikušajām ir jābūt tik mazām, cik vien iespējams.” “Šīs personas (ar invaliditāti) [...] būtu jātur izklaidētā veidā starp veseliem un normāliem cilvēkiem.”¹⁹⁵

¹⁸⁸ Bersani G. (2009). *The Italian Law "180" thirty years after: from the unmet needs of sick people and families the duty of a critical reflection*. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 45(1), 27–32. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19567975/> [aplūkots 27.11.2025.]

¹⁸⁹ Amaddeo, A., Barbui, C., Tansella, M. (2012). *State of psychiatry in Italy 35 years after psychiatric reform. A critical appraisal of national and local data*.

¹⁹⁰ Turpat, 87.

¹⁹¹ Ieviešanas bez piekrišanas kritēriji: ir nepieciešama ārkārtas iejaukšanās; pacients atsakās no ārstēšanas; alternatīva ārstēšana sabiedrībā nav iespējama.

¹⁹² Amaddeo, A., Barbui, C., Tansella, M. (2012). *State of psychiatry in Italy 35 years after psychiatric reform. A critical appraisal of national and local data*. 49. lpp.

¹⁹³ ASV apraksts sagatavots pēc RC “ZELDA” veiktā pētījuma: Mburu, F. M. (2016). *An Analysis of De-institutionalization Experiences: Good Practice Examples and Failures*. Rīga: RC ZELDA.

¹⁹⁴ Conroy, J. W. (2002). *Outcomes of the Robert Wood Johnson Foundation's National Initiative on Self-Determination for Persons with Developmental Disabilities*. Gala ziņojums par trīs gadus ilgušo pētījumu un analīzi: Narberth, P. A. Rezultātu analīzes centrs (Center for Outcome Analysis).

¹⁹⁵ Conroy, J. W. (2002). *Outcomes of the Robert Wood Johnson Foundation's National Initiative on Self-Determination for Persons with Developmental Disabilities*. Gala ziņojums par trīs gadus ilgušo pētījumu un analīzi: Narberth, P. A. Rezultātu analīzes centrs (Center for Outcome Analysis), 3.

Tomēr aizvien lielākā ātrumā tika būvētas jaunas institūcijas, sasniedzot maksimumu 1970. gadā, kad ASV darbojās aptuveni 280 institūcijas. Ģimenes tika pārliecinātas, ka institūcija ir piemērotākā vieta personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem. 80. gados aktivisti pret personu ar intelektuālās attīstības traucējumiem institucionalizāciju savienojumā ar stratēģisko tiesvedību¹⁹⁶ rosināja pakāpenisku institūciju slēgšanas procesu. Šobrīd deviņās ASV pavalstīs un Kolumbijas apgabalā ir slēgtas visas valsts aprūpes institūcijas.¹⁹⁷

Diemžēl ASV ir viena no tām valstīm, kurās sākotnēji DI procesā tika pieļautas būtiskas kļūdas. Piemēram, tika slēgtas institūcijas, bet netika pievērsta pietiekama uzmanība sabiedrībā balstītu pakalpojumu veidošanai. Rezultātā daudzi cilvēki ar GRT kļuva par bezpajumtniekiem vai arī kļuva par likumpārkāpējiem un nonāca ieslodzījuma vietās. Transinstitucionalizācija ir kļuvusi par diezgan izplatītu problēmu ASV, kur krimināltiesību nodrošinājuma sistēmā ir pieaudzis personu ar GRT skaits.¹⁹⁸

Kanāda.¹⁹⁹ Kanāda ir viena no pirmajām valstīm, kas uzsāka DI un sabiedrībā balstītas aprūpes nodrošināšanu personām ar invaliditāti. DI Kanādā sākās 20. gadsimta 50. un 60. gados, kad tika likvidēts gandrīz 80 % gultasvietu psihiatriskajās slimnīcās. Tomēr nebija nodrošināta atbilstoša pāreja uz sabiedrībā balstītu aprūpi, kas, līdzīgi kā ASV, noveda pie bezpajumtniecības un transinstitucionalizācijas. Pārmaiņas sāka parādīties 20. gadsimta 80. gados, publicējot vairākus ziņojumus, kā, piemēram, Grahama ziņojumu, kas mainīja pieeju no medicīniskā modeļa uz sabiedrībā balstītu aprūpi. Ziņojumā tika uzsvērtā individualizētu pakalpojumu nepieciešamība, nodrošinot sabiedrībā balstītu aprūpi, lai pārvietotu personas no iestādēm uz dzīvi sabiedrībā. Tāpat nāca klajā 1993. gada ziņojums "Cilvēks pirmajā vietā" (*Putting People First Report*), kas iezīmēja 10 gadu plānu, kurā prioritizētas tika cilvēku ar smagām garīgām saslimšanām vajadzības un ieteikts līdz 2003. gadam Veselības un ilgtermiņa aprūpes ministrijai novirzīt 60 procentus garīgās veselības finansējuma sabiedrībā balstītu pakalpojumu sniegšanai un atlikušos 40 procentus – stacionārajai aprūpei.

Līdzās finansējuma jautājumam aktuāls bija arī jautājums par mājokli un nodarbinātību. Bezpajumtniecība un transinstitucionalizācija bija saistīta ar atbalstīto mājokļu trūkumu un nabadzību. Tādējādi Kanādas provincēm bija jāizstrādā DI plāni par atbalstīto dzīvošanu un nodarbinātību personām ar GRT, lai nodrošinātu to, ka šie cilvēki var dzīvot sabiedrībā un sevi aprūpēt.

Piemēram, Kanādas Nacionālajā stratēģijā vienlīdzīgu iespēju nodrošināšanai personām ar invaliditāti

¹⁹⁶ DI un piekļuvi sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem būtiski ietekmējusi arī tiesvedība pret piespiedu institucionalizāciju. Vēsturiski nozīmīga ir lieta *Olmsteads pret L. C. (Olmstead v. L. C.)*, kurā bija iesaistītas divas sievietes, Luisa Kertisa (*Lois Curtis*) un Eleine Vilsons (*Elaine Wilson*). Viņām abām bija psihiska saslimšana, un viņas brīvprātīgi tika uzņemtas valsts psihiatriskajā slimnīcā. Pēc ārstēšanās veselības aprūpes speciālisti viņām ieteica pāriet uz sabiedrībā balstītām programmām, bet viņas palika institucionalizētas vēl vairākus gadus pēc ieteikuma saņemšanas. Viņas iesniedza sūdzību saskaņā ar Amerikas Invaliditātes likumu, lai tiktu atbrīvotas no slimnīcas. 1999. gada 22. jūnijā ASV Augstākā tiesa atzina, ka nepamatota personu ar invaliditāti segregācija ir uzskatāma par diskrimināciju un ir pretrunā ar Amerikas Invaliditātes likuma otro nodaļu. Tiesa nosprieda, ka valsts iestādēm ir jānodrošina sabiedrībā balstīti pakalpojumi personām ar invaliditāti, ja šādi pakalpojumi ir piemēroti; skartās personas neiebilst pret sabiedrībā balstītu ārstēšanu; sabiedrībā balstītus pakalpojumus var saprātīgi nodrošināt, ņemot vērā valsts iestādei pieejamos resursus un citu cilvēku, kas saņem šīs valsts iestādes pakalpojumus, vajadzības." *Olmsteda lieta ielika pamatu invaliditātes jautājumu aktivistiem un štatu valdībām, lai izveidotu sabiedrībā balstītu pakalpojumu sistēmu (Olmstead v. L. C.: History and Current Status. Pieejams: <http://www.olmsteadrights.org/about-olmstead/> [aplūkots 27.11.2025.]).*

¹⁹⁷ Conroy, J. W. (2002). *Outcomes of the Robert Wood Johnson Foundation's National Initiative on Self-Determination for Persons with Developmental Disabilities*. Gala ziņojums par trīs gadus ilgušo pētījumu un analīzi: Narberth, P. A. Rezultātu analīzes centrs (Center for Outcome Analysis).

¹⁹⁸ Krimināltiesības / Garīgās veselības vienprātības projekts (Criminal Justice / Mental Health Consensus Project): Does transinstitutionalization explain the overrepresentation of people with serious mental illnesses in the criminal justice system? Valsts pārvaldes Tieslietu centrs (Council of State Governments Justice Center), Ņujorka, 2011.

¹⁹⁹ Kanādas apraksts sagatavots pēc RC "ZELDA" veiktā pētījuma. Mburu, F. M. (2016). *An Analysis of De-institutionalization Experiences: Good Practice Examples and Failures*. Rīga: RC ZELDA.

2007.–2015. gadam un DI un sociālās labklājības pansionātu transformēšanas plānā paredzēts nodrošināt dažādas alternatīvas personām ar invaliditāti. Valsts līmenī tās ietver atbalstītās dzīvošanas, grupu māju iespēju, nodarbinātības kvotas, atbalstītās lēmumu pieņemšanas modeļus, invaliditātes pabalstus, tādus kā, piemēram, periodiska aprūpe. Lai gan finanšu krīze draudēja ietekmēt pakalpojumu sniegšanu, valdība nesamazināja DI projektu finansējumu. Turklāt valdība piešķir līdzekļus NVO, lai tās sniegtu sabiedrībā balstītus pakalpojumus un īstenotu DI programmas, lai personām ar invaliditāti tiktu nodrošinātas plašas izvēles iespējas.²⁰⁰

Šobrīd Kanādā vēl pastāv šķēršļi pilnīgai DI īstenošanai un dzīvei sabiedrībā. Aptuveni 900 cilvēki ar intelektuālās attīstības traucējumiem joprojām dzīvo institūcijās, 12 000 dzīvo veselības aprūpes institūcijās, bet lielākā daļa cilvēku ar intelektuālās attīstības traucējumiem dzīvo grupu mājās.²⁰¹

5.2.2. Citu valstu pieredze pilngadīgu personu ar garīga rakstura traucējumiem spēju, prasmju un nepieciešamā atbalsta izvērtēšanā

INTELEKTA KOEFICIENTA NOTEIKŠANA

Intelekta koeficienta testi galvenokārt tiek izmantoti, lai personai diagnosticētu intelektuālās attīstības traucējumus. Visplašāk pazīstamie ir Vekslera intelekta tests (WWISC-IV) un Vudkoka–Džonsona spēju tests. Citviet pasaulē Vekslera intelekta tests tiek izmantots gan bērniem no sešu līdz 16 gadu vecumam, gan pieaugušajiem. Testu 20. gadsimta 50. gados izveidoja psihologs Deivids Vekslers (*David Wechsler*).²⁰² Šis tests ļauj noteikt bērna kopējo intelektuālo koeficientu (IQ). Tests, kuru izmanto bērniem, ir adaptēts lietošanai Latvijā. Tas tiek izmantots gan bērna intelektuālo spēju noteikšanai, gan uzmanības, aktivitātes traucējumu, runas un valodas traucējumu izvērtēšanai.

Testu veic klīniskais psihologs, kurš psiholoģiskās izpētes laikā lūdz bērnam izpildīt dažādus uzdevumus. Testa veikšanai nepieciešamas aptuveni 2,5 stundas, taču, ja bērnam ir grūtības koncentrēt uzmanību, testu var sadalīt un veikt divos posmos.

Testa rezultātā noteiktais intelekta koeficients ļauj secināt, vai bērnam ir intelektuālās attīstības traucējumi. Ja IQ ir 69–50, bērnam ir viegli intelektuālās attīstības traucējumi, ja IQ ir 49–35, bērnam ir vidēji intelektuālās attīstības traucējumi, ja IQ ir starp 34 un 20, bērnam ir smagi intelektuālās attīstības traucējumi, ja IQ ir 19 un mazāk, bērnam ir dziļi intelektuālās attīstības traucējumi.

Savukārt Vudkoka–Džonsona kognitīvo spēju tests tiek izmantots, lai noteiktu bērna vai pieaugušā intelekta līmeni un kognitīvo spēju attīstību. Tests tiek izmantots, lai noteiktu bērnam piemērotāko mācību programmu vai pieaugušajam piemērotāko profesiju. Testa ietvaros tiek vērtētas verbālās spējas, domāšanas spēja un kognitīvās produktivitātes spēja.

ATBALSTA INTENSITĀTES SKALA UN ADAPTĒŠANĀS SPĒJU LĪMEŅA MĒRĪJUMS

Atbalsta intensitātes skala (turpmāk – AIS) ir ASV izveidots izvērtēšanas instruments, kas primāri tika veidots un paredzēts personu ar intelektuālās attīstības traucējumiem vērtēšanai. Izmantojot AIS, tiek aptaujātas gan personas, kuru vajadzības tiek vērtētas, gan arī vērtējamo personu tuvinieki vai atbalsta sniedzēji. Izvērtējums tiek veikts šādās dzīves jomās: dzīve mājās, dzīve kopienā, mūžizglītība,

²⁰⁰ Employment and Social Development Canada. (2022). *Federal Disability Reference Guide*. Government of Canada. Pieejams: <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/disability/arc/reference-guide.html> [aplūkots 12.12.2025.]

²⁰¹ Organizācijas “First of Canada” un Kanādas Asociācijas dzīvei sabiedrībā darba grupa. *Institution Watch*. <http://www.institutionwatch.ca/about>

²⁰² *Wechsler Intelligence Scale*: Kaufman, A. S., & Lichtenberger, E. (2006). *Assessing Adolescent and Adult Intelligence* (3. ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

nodarbinātība, veselība un drošība, sociālās aktivitātes, interešu aizstāvība, uzvedība un medicīniskā aprūpe. Vērtēšanas procesā tiek analizēts nepieciešamais atbalsts, tā apjoms un ilgums 57 ikdienas aktivitātēs un 28 ar uzvedību un medicīnisko aprūpi saistītās jomās. AIS, līdzīgi citiem šajā metodikas nodaļā aprakstītajiem instrumentiem, koncentrēta uz to, ko cilvēks spēj un kā viņu labāk atbalstīt tajā, ko viņš spēj, nevis uz to, kā viņam trūkst vai ko viņš nespēj. Izvērtēšana tiek veikta intervijas veidā 2,5–3 stundu laikā, intervējot gan personu ar GRT, gan divus respondentus, kuri vērtējamo personu labi pazīst.

Latvijā AIS tika izmantota DI procesā, vērtējot gan personas ar intelektuālās attīstības traucējumiem, gan personas ar psihiskām saslimšanām. Metodes izstrādātāji uzsver, ka AIS būtu jāizmanto kopā ar uz personu vērsto plānošanu.²⁰³ Tas ir nepieciešams, jo uz personu vērsta plānošana palīdz identificēt jebkādas pretrunas starp vērtējamās personas pašreizējo dzīves pieredzi un apstākļiem un to dzīves pieredzi un apstākļiem, ko persona vēlas sasniegt.²⁰⁴

UZ PERSONU VĒRSTĀS DOMĀŠANAS UN PLĀNOŠANAS METODES

Uz personu vērsta domāšana ir vērtību, prasmju un instrumentu komplekts, kas tiek izmantots uz personu vērstajā plānošanā, sniedzot atbalstu cilvēkiem veselības un sociālās aprūpes sektorā. Tā palīdz atbalstīt, nevis “izlabot” kaut ko, kas ir nepareizs.

Uz personu vērsta domāšana ir balstīta uz šādām vērtībām: neatkarību, tiesībām, kopproduktu, izvēli un kontroli, iekļaujošām un zinošām kopienām.²⁰⁵ Uz personu vērsta domāšana ir balstīta uz dziļu ieklausīšanos, lai atklātu, kas cilvēkiem ir svarīgi, kāds atbalsts viņiem ir nepieciešams, kādi ir viņu sapņi un cerības nākotnē.

Uz personu vērsta domāšana un plānošana ir strukturētu metožu kopums, kas paredzēts atbalsta sniedzējiem, lai palīdzētu personai nodrošināt dzīves kvalitāti no viņas perspektīvas – lai plānotu kopā ar personu, nevis personas vietā. Šīs metodes var tikt izmantotas, lai palīdzētu personai domāt par to, kas šobrīd ir svarīgs personas dzīvē un ko persona vēlas sasniegt nākotnē. Plānojot tiek veidots personas atbalsta tikls, ietverot visus cilvēkus, kas personas dzīvē ir nozīmīgi. Šī pieeja skata personu kā vienu veselumu un nefokusējas uz medicīnisko vai funkcionālo modeli, kuri “izlabo to, kas ir “nepareizs””. Tas ir veids, kā atklāt, aprakstīt un nodrošināt tādu dzīvi, kādu vēlas pati persona, nevis personas ģimenes locekļi vai sociālo pakalpojumu sniedzēji.²⁰⁶

Uz personu vērsta plānošanas pamatprincipi

- Persona ir centrā – tas nozīmē, ka persona pati izvēlas, kas būs iesaistīts/i plānošanā, un, ja iespējams, nosaka plānošanas sanāksmes vietu un laiku.
- Personas izvēlētie tuvinieki un draugi ir partneri plānošanas procesā.
- Plāns parāda, kas personai ir svarīgi šobrīd un nākotnē un kāds atbalsts ir nepieciešams.
- Plāns palīdz personai veidot tās vietu vietējā kopienā.
- Plāns rezultējas regulārā uzklaušīšanā, izpētē un turpmākās darbībās. Plānu īstenot nozīmē palīdzēt personai sasniegt dzīvē to, ko tā vēlas.²⁰⁷

²⁰³ Thompson, J. R. (2008). *Using the Four-component Assessment and Planning Process in ISP Development and Monitoring*. AAIDD WhitePaper.

²⁰⁴ Diemžēl Latvijā, izmantojot AIS DI procesā iesaistīto personu vērtēšanā, uz personu vērsta plānošana netika izmantota, jo vērtēšanā iesaistītie speciālisti nebija šajās metodēs apmācīti.

²⁰⁵ Sanderson, H., Lewis, J. (2012). *A Practical Guide to Delivering Personalisation: Person-Centred Practice in Health and Social Care*. London: Jessica Kingsley Publisher, 24. lpp.

²⁰⁶ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovskā, A., Skirmante, S. (2016). *Rokasgrāmata: Pirmie soļi atbalstītās lemtspējas ieviešanā Latvijā*. RC “ZELDA”, Rīga, 3. lpp. Pieejams: https://zelda-cms.b-cdn.net/ZELDA_LV_.pdf [aplūkots 01.11.2025.]

²⁰⁷ Smalls, M. RC “ZELDA” apmācību prezentācija “Uz personu vērsta domāšana”, 05.12.-07.12.2011.

APKĀRTĒJĀS VIDES NOZĪME

Uz personu vērstās domāšanas un plānošanas gadījumā liela uzmanība tiek pievērsta videi, kurā persona dzīvo. Saskaņā ar Maikla Smalla un Marijas Lū Bornas atziņām daudzām personām ar GRT nav kontroles pār lietām, kas tām ļautu justies komfortabli un būt apmierinātām un laimīgām, un vienīgais veids, kā reaģēt uz šo vidi, ir ar vārdiem vai attiecīgu uzvedību.²⁰⁸ Uz personu vērstās domāšanas un plānošanas procesā tiek identificētas lietas, kas ir “toksiskas” jeb kaitīgas personai, un svarīgi ir palīdzēt personai virzīties no “toksiskas” vides uz “dziedējošu” vidi.

Ja persona dzīvo toksiskā vidē, tā var izrādīt neapmierinātību, reaģējot uz šo vidi ar uzvedības traucējumiem, depresiju vai agresiju. Pētījumi rāda, ka 70–80 % gadījumu agresija ir atbildes reakcija uz toksisku vidi. Savukārt paciešamā vidē persona biežāk būs depresīva nekā agresīva (piemēram, t. s. iemācītā bezpalīdzība, motivācijas trūkums). Atbalstoša vide ļauj cilvēkam attīstīties un ceļ pašapziņu, bet dziedējoša vide ir gan atbalstoša, gan tajā pastāv personu dziedinoši elementi (piemēram, attiecības un paradumi).²⁰⁹

Zināmākās un visbiežāk izmantotās uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodes:²¹⁰

- kas ir svarīgi personai / kas ir svarīgi personas interesēs;
- rituāli;
- laba diena / slikta diena;
- attiecību karte;
- komunikācijas tabula;
- virtulis;
- izzināšanas žurnāls, vienas lapas profili;
- piemērota atbalsta sniedzēja atrašana;
- kas darbojas / kas nedarbojas;
- 4+1 jautājums.

“Attiecību karte” palīdz uzsākt plānošanu un tuvāk iepazīt personu un viņas atbalsta loku. Metode detalizētāk ir aprakstīta šīs metodikas sadaļā 5.5.1. “Gadījuma vadīšana pilngadīgai personai ar GRT”. “Attiecību kartes” aizpildīšana ļauj gūt skaidru priekšstatu par to, kuri cilvēki atbalsta personu, kuras personas dzīves jomas viņi pārstāv un cik tuvas ir viņu attiecības ar personu. Šis aplis darbojas kā uzaicinājums uz sarunu par to, kā iespējams uzlabot personas dzīves kvalitāti. Izmantojot šo apli, uzzinām, kurus cilvēkus uzaicināt uz plānošanas tikšanos.²¹¹

Metode “*Kas ir svarīgi pašai personai un kas ir svarīgi personas interesēs no drošības un veselības viedokļa*” (2. attēls) ir viena no svarīgākajām uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodēm, un tā palīdz noteikt līdzsvaru starp to, kas ir svarīgi pašai personai, un to, kas ir svarīgi šīs personas interesēs drošības un veselības kontekstā.

²⁰⁸ Smull, M., & Bourne, M. L. (2012). *The Importance of Environment: From Toxic to Healing*. Pieejams: <https://allenshea.com/wp-content/uploads/2016/10/importance-of-the-environment-final.pdf> [aplūkots 12.12.2025.]

²⁰⁹ Vairāk par vides nozīmi skat.: Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovska, A., Skirmante, S. 2016. *Rokasgrāmata: Pirmie soļi atbalstītās lemtspējas ieviešanā Latvijā.*, 51.–52. lpp.

²¹⁰ Uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metožu apraksts sagatavots pēc M. Smalla, H. Sandersones un B. Allena 2005. gada rokasgrāmatas “Uz personu vērstā domāšana” un B. Satlera un M. Smalla 2008. gada rokasgrāmatas “Uz personu vērstā apraksta lietošanas pamācība”. Abas rokasgrāmatas angļu valodā un latviešu valodā pieejamas RC “ZELDA” bibliotēkā.

²¹¹ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovska, A., Skirmante, S. 2016. *Rokasgrāmata: Pirmie soļi atbalstītās lemtspējas ieviešanā Latvijā.*, 53. lpp.

2. attēls. Kas ir svarīgi pašai personai un kas ir svarīgi personas interesēs.



“**Kas ir svarīgi**” – viss, kam, pēc personas domām, ir kāda vērtība, ko viņš / viņa uzskata par svarīgu savā dzīvē, kas dara laimīgu vai apmierinātu un, visbeidzot, kuri cilvēki viņam / viņai ir svarīgi. Tādējādi uz to, kas cilvēkam svarīgs, norāda viss, kas ikdienā palīdz justies apmierinātam un laimīgam; tie var būt līdzcīvēki vai attiecības; tas, ar ko cilvēks nodarbojas; vietas, kurp cilvēks dodas; ikdienas rituāli; dzīves ritms; lietas, kas cilvēkam pieder.²¹² Kas ir svarīgi personai, to viņa izsaka ar vārdiem un savu rīcību. Ja vārdi ir pretrunā ar rīcību, jāpievērš uzmanība rīcībai.

“**Kas ir svarīgi personas interesēs**” – viss, kas nodrošina personas labklājību, t. i.:

- fiziskā veselība un drošība, tostarp veselīgs dzīvesveids un profilakse;
- emocionālā veselība un drošība, tostarp nepieciešamais atbalsts;
- kas, pēc citu domām, ir nepieciešams, lai palīdzētu personai būt par pilntiesīgu sabiedrības locekli.²¹³

Veselības jomā tā var būt informācija, kas jāņem vērā par personas veselības stāvokli; vai nepieciešama regulāra medicīniskā palīdzība; vai ir kādi veselīga dzīvesveida aspekti, kurus būtiski zināt par personu (diēta, riskanti ieradumi). Drošības jomā tā var būt informācija par apkārtējo vidi; fizisko un emocionālo stabilitāti, vai personai ir baiļu sajūta. Piemēram, atbalsta plāna veidotājs var jautāt, kā persona pavada laiku vienatnē, kā uztver svešiniekus un citus cilvēkus, kuru palīdzība var vai nevar būt noderīga ārkārtas situācijās. Vai personai ir izpratne par bīstamām vai draudīgām situācijām, vai ir kāda cita būtiska informācija, kas saistīta ar personas drošību un tām lietām, kuras ir jānodrošina citiem, lai personas dzīvē pastāvētu pietiekams līdzsvars starp pašai personai svarīgo un tās drošību.²¹⁴

Tas, kas ikvienai **personai ir svarīgi**, un tas, kas ir **svarīgi viņas interesēs**, savstarpēji mijiedarbojas. Nevienam labprātīgi nedara to, kas ir svarīgi personas interesēs, ja vien kāds tā aspekts neatbilst tam, kas ir svarīgi pašai personai. Līdzsvars ir mainīgs un vienmēr ir saistīts ar kompromisiem:

- starp lietām, kas ir svarīgas personai;
- starp lietām, kas ir svarīgas personai, un tām, kuras ir svarīgas personas interesēs.

Tie, kas izmanto uz personu vērstās plānošanas metodes, piekrīt, ka veselības un drošības jautājumiem persona pievērš uzmanību tajā gadījumā, ja tie būs saistīti ar kaut ko, kas viņai / viņam ir svarīgs. Ja starp to, “kas ir svarīgi personai”, un to, “kas ir svarīgi personas interesēs”, tiek atrasts līdzsvars, persona saņem sev atbalstu “tādā veidā, lai viņš / viņa saskatītu tā nozīmi”, un vienlaikus tiek gādāts par personas “veselību

²¹² Smull, M., & Bourne, M. L. (2012). *The Importance of Environment: From Toxic to Healing*.

²¹³ Turpat.

²¹⁴ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovska, A., Zankovska-Odiņa, S., Pūce, S. (2020). *Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem* (aprobētā versija). Rīga: Labklājības ministrija, 29.–30. lpp.

un drošību”.²¹⁵

To, kas ir svarīgi personai un kas ir svarīgi personas interesēs no drošības un veselības viedokļa, iespējams noteikt ar šādām uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodēm: laba diena / slikta diena; rituāli un ikdienišķās darbības; saziņas tabula; attiecību karte; divu minūšu apmācība.

Plašāk par šīm metodēm un kā tās izmantot personas vajadzību izvērtēšanā un atbalsta plānu sagatavošanā varat lasīt RC “ZELDA” izstrādātajās rokasgrāmatās:

- Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovska, A., Skirmante, S. (2016). *Rokasgrāmata: Pirmie soļi atbalstītās lemtspējas ieviešanā Latvijā*. RC “ZELDA”, Rīga, 53. Pieejams: https://zelda-cms.b-cdn.net/ZELDA_LV_.pdf;
- Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovska, A., Zankovska-Odiņa, S., Pūce, S. (2020). *Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem (aprobētā versija)*. Rīga: Labklājības ministrija. Pieejams: https://www.lm.gov.lv/sites/lm/files/media_file/10n_16.pielikums_rokasgramata-atbalsta-personas-pakalpojuma-sniedzjiem.pdf.

Izmantojot šeit minētās uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodes, personai tiek sagatavots atbalsta plāns,²¹⁶ ko uzsāk veidot vispirms kopā ar personu, kurai plāns tiek gatavots, nosakot personas mērķus, ko tā ar plānošanas palīdzību vēlas sasniegt. Plāna ietvaros kopā ar personu tiek noskaidrots, kas tai ir svarīgi un kas ir svarīgi tās interesēs no drošības un veselības viedokļa; tiek noskaidrots, kā vislabāk personu var atbalstīt un kas būtu jādara, lai nodrošinātu nepieciešamo atspaidu.

Lai uz personu vērsto domāšanu un plānošanu varētu izmantot personu ar GRT izvērtēšanā un atbalstīšanā, nepieciešams apgūt metožu pamatkursu un atbalsta plānu gatavošanu, kā arī gūt iespēju metodes praktizēt, pirms sākt tās izmantot darbā. Latvijā apmācību uz personu vērstajā domāšanā un plānošanā iespējams apgūt RC “ZELDA”, kas pieeju apguvusi, skolojoties psihologa un viena no šīs pieejas pamatlicējiem Maikla Smalla (ASV) vadībā. RC “ZELDA” izmanto šo pieeju savā ikdienas darbā, sniedzot atbalsta personas lēmumu pieņemšanā pakalpojumu.

Plānošanas metode MAPS

MAPS (rīcības plānu izstrāde jeb kartes) ir radoša uz personu vērstās plānošanas metode, un to izstrādāja Džeks Pirpoints un Marša Foresta 20. gadsimta 80. gadu vidū. MAPS ir diezgan spēcīgi orientēta uz personas pagātņi, kas dod iespēju labāk izzināt personu – stāstu, dotības, talantus, par ko persona sapņo un no kā baidās. MAPS ir laba metode, lai organizētu personai atbalstu šeit un tagad. MAPS plānošanas procesu vada divi cilvēki (sarunas vadītājs un zīmētājs jeb grafīķis, kas palīdz visu procesu uzzīmēt uz papīra; sk. 3. attēlu). MAPS plānošanas procesā vienmēr ir iesaistīta ne tikai pati persona, bet arī tās tuvinieki, draugi vai profesionālie atbalsta sniedzēji, kam persona uzticas.

MAPS īstenošanas vadlīnijas²¹⁷

1. **Kas ir karte?** Sarunas dalībnieku iesildīšanās – sarunas vadītājs lūdz dalībniekus pastāstīt, kāpēc kartes ir svarīgas, kādas kartes ir labas, kādas ir sliktas un kāpēc.
2. **Kāda ir vēsture?** Šis solis ļauj personai, kam karte tiek zīmēta, un tiem, kuri ilgu laiku viņu pazīst, pastāstīt par personas pagātņi. Bieži vien pagātne ir atklāsme citiem sarunas dalībniekiem. Citi cilvēki kļūst vairāk informēti par to, ko atbalstāmā persona pārdzīvojuši savā dzīvē.

²¹⁵ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovska, A., Skirmante, S. (2016). *Rokasgrāmata: Pirmie soļi atbalstītās lemtspējas ieviešanā Latvijā*, 54. lpp.

²¹⁶ Anonimizēts plāna paraugs pieejams RC “ZELDA” rokasgrāmatā. http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/ZELDA_LV_.pdf

²¹⁷ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovska, A., Zankovska-Odiņa, S., Pūce, S. (2020). *Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem* (aprobētā versija). Rīga: Labklājības ministrija, 38.–39. lpp.

3. **Kādi ir jūsu sapņi?** Sapnis ir MAPS procesa galvenais elements. Persona tiek aicināta dalīties ar saviem sapņiem, un citi sarunas dalībnieki tiek aicināti papildināt atbalstāmās personas teikto ar savām idejām (ar personas, kam karte tiek veidota, atļauju).
4. **Kādas ir jūsu bažas? No kā jūs baidāties?** Kaut arī šis solis var būt grūts, ir noderīgi ļaut sarunā klātesošajiem un pašai personai, kam karte tiek veidota, paust savas bažas un tās atzīt. Var kļūt skaidrs, ka persona šobrīd ir savu baiļu ietekmē un ir ļoti tālu no saviem sapņiem.
5. **Kas ir persona?** Sarunas vadītājs lūdz cilvēkus padomāt par personu, kurai karte tiek veidota, un nosaukt īpašības, kas raksturo šo personu. Tas bieži vien ir ļoti stiprinošs process personai, kurai šis plānojums tiek veidots, un viņas ģimenei.
6. **Kādas ir personas dotības, stiprās puses un talanti?** Sarunas vadītājs lūdz klātesošos aprakstīt lietas, kas viņiem patīk personā: dotības, stiprās puses un talantus, kuri var būt rīcības plāna bāze (nevis problēmas).
7. **Kas vajadzīgs personai, lai sasniegtu tās sapni un izvairītos no bažām?** Šajā posmā sarunas dalībnieki sāk domāt par cilvēkiem un resursiem, kas ir vajadzīgi, lai palīdzētu personai virzīties uz tās sapni un prom no tās bažām.
8. **Rīcības plāns.** Rīcības plānā tiek konkrēti norādīts, kurš darīs ko un līdz kuram laikam.

Resursi: interneta vietnē *Inclusive Solutions* <https://inclusive-solutions.com/person-centred-planning/maps/> pieejamas MAPS instrukcijas un video stāsti angļu valodā.

3. attēls. MAPS metodes shēma.



Plānošanas metode PATH

PATH – angļu val. *Planning Alternative Tomorrows with Hope* (Alternatīvā nākotnes plānošana ar cerību) ir radošas plānošanas metode darbam ar grupu, līdzīgi kā MAPS. Gan MAPS, gan PATH instrumenta pamatā tiek izmantota vizualizēšanas metode, zīmējot personas mērķus un sapņus, kā arī procesu, kā tos sasniegt. Plānošana notiek kopā ar personu un tās atbalsta sniedzējiem. PATH izstrādāja nedaudz vēlāk nekā MAPS – 2001. gadā (Džeks Pirpoints, Džons O' Braiens un Marša Foresta). PATH ir orientēta uz nākotni un palīdz formulēt personas iespējamās un pozitīvās darbības. Tā lieliski noder

komandas veidošanai, lēmumu pieņemšanai un īstenošanai, kā arī konfliktu risināšanai. Abas plānošanas metodes (gan MAPS, gan PATH) ir īpaši ieteicamas un noderīgas darbā ar cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem, jo viņiem ir vieglāk izprast informāciju vizualizētā veidā (skat. 4. attēlu).

PATH īstenošanas vadlīnijas²¹⁸

Procesu vada sarunas vadītājs, piemēram, sociālais darbinieks un kāds/a palīdz visu dzirdēto uzzīmēt.

1. **Vīzija** – šis posms sākas, lūdzot personu padomāt, par ko tā sapņo, kas tai ir vissvarīgākais, kad tā domā par savu nākotni. Citi klātesošie atbalsta loka dalībnieki tiks lūgti pateikt, kādu viņi gribētu redzēt personas nākotni.

Uzdodamie jautājumi

- Lūdzu, pastāstiet par saviem sapņiem...
- Ja nekas jūs neierobežotu, ko jūs vēlētos darīt vai sasniegt?
- Kā jūs gribētu dzīvot?
- Lūdzu, turpiniet... Ko vēl jūs gribētu sasniegt?

2. **Mērķa novērtēšana** – šajā posmā sarunas vadītājs lūdz visus klātesošos iedomāties, ka ir pagājis gads kopš šīs tikšanas.

Uzdodamie jautājumi

- Iedomājieties, ka ir pagājis viens gads un mēs esam sanākuši kopā, lai novērtētu, kāds bija gads. Kas šajā laikā ir sasniegts attiecībā uz jūsu sapņiem?
- Kā tas ir, ka dzīve ir tagad labāka?
- Ko jūs esat darījis, lai piepildītu sapņus?

Visiem šajā solī dzirdētajiem stāstījumiem un “atmiņām” jābūt konkrētām, iespējamām un pozitīvām. Mērķis ir dot sarunas dalībniekiem labāku izpratni par to, kā varētu izskatīties situācija, ja viņi patiešām būtu ceļā uz atbalstāmās personas sapni.

3. **Šeit** – šis solis var parādīt atšķirību starp pozitīvo iespējamo nākotni un esošo situāciju. Tā ir saruna par to, kur persona atrodas šobrīd (apstākļi, fakti, resursi u. tml.).

Uzdodamie jautājumi

- Kur mēs esam tagad?
- Vai ir kaut kas no tā, ko jūs vēlaties sasniegt, jau tagad?

4. **Iesaistīšana** – šajā solī sarunas vadītājs jautā dalībniekiem: “Kādi cilvēki mums būs vajadzīgi mūsu ceļojumā, lai sasniegtu pozitīvu nākotni?” Tā ir iespēja aicināt citus piedalīties personas nākotnē. Sarunas vadītājs arī var jautāt, vai ir kādi citi cilvēki, kuri nav klāt, bet varētu tikt iesaistīti, lai palīdzētu personai sasniegt savu mērķi.

5. **Stiprināšana** – sarunas dalībnieki runā par to, kas viņiem būs jā dara, lai turpinātu koncentrēties uz turpmāko ceļu (personas, kam plāns tiek zīmēts, mērķiem), nosakot, kādas zināšanas un prasmes viņiem jau ir un ko viņi var izmantot, kā arī zināšanas un prasmes, kuras viņiem vajag attīstīt.

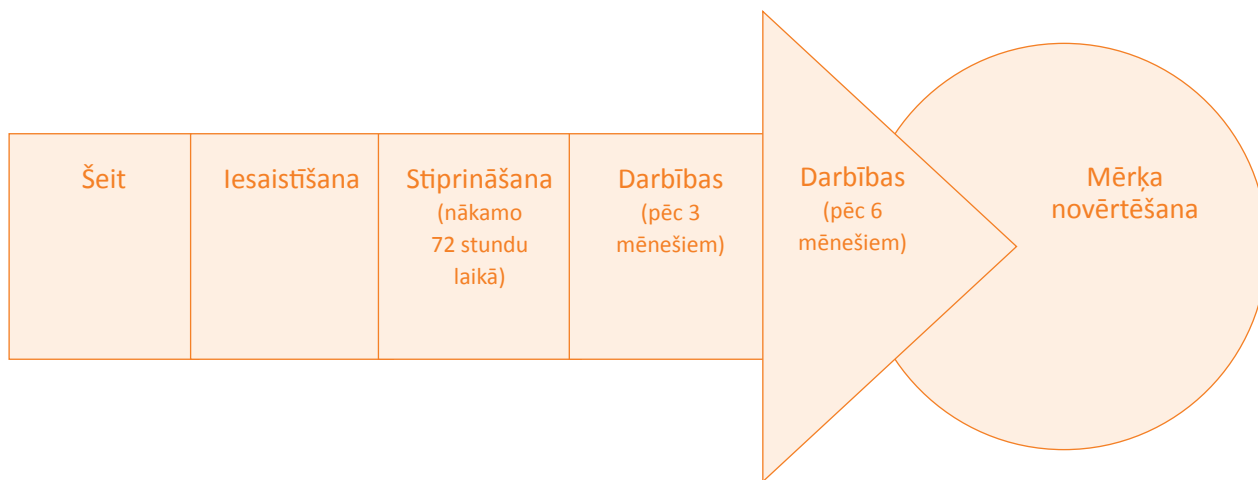
6. **Darbības** – šis pēdējais solis ļauj sarunas dalībniekiem identificēt nākamās darbības – gan lielas, gan mazas, kuras iespējams nosaukt jau šobrīd. Īpaša uzmanība tiek pievērsta tam, ko var izdarīt pēc sešiem mēnešiem, pēc trim mēnešiem un nākamo 72 stundu laikā. Sarunas vadītājs jautā par konkrētām detaļām – kurš darīs ko, kurš tajā palīdzēs, kad un kur?

²¹⁸ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovska, A., Zankovska-Odiņa, S., Pūce, S. (2020). *Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem* (aprobētā versija). Rīga: Labklājības ministrija, 37.–38. lpp.

Resursi: *Inclusive Solutions*. <https://inclusive-solutions.com/person-centred-planning/path/> (PATH instrukcijas un video stāsti angļu valodā);

Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=Xzco2nT3pOc&app=desktop> (plānošanas PATH piemērs angļu valodā – šim video ir pieejams arī RC “ZELDA” sagatavots teksta tulkojums).

4. attēls. PATH metodes shēma.



Uz personu vērstās plānošanas metode PICTURE

PICTURE (angļu val. – *Planning for Inclusive Communities Together Using Reinforcement and Evaluation*) ir viena no uz personu vērstās plānošanas metodēm, kuru attīstīja Stīvs Holberns, Anne Gordona un Pīters Vītze. Strādājot ar PICTURE metodi, personai pamatā tiek uzdoti trīs jautājumi: “Kāda ir tava dzīve pašreiz?; “Kā tu to vēlētos mainīt?” un “Kā mēs tev varam palīdzēt to izdarīt?”²¹⁹

PICTURE no citām uz personu vērstās plānošanas metodēm atšķiras ar to, ka plānošanas procesā daudz vairāk ir iesaistīti dažādu nozaru profesionāļi. Lielāks uzsvars ir uz sagatavota personas plāna īstenošanas novērtēšanu. PICTURE pieeja ir paredzēta darbam ar personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem, lai izvērtētu, kā uzlabot personas dzīvi, veidojot astoņas dzīves kvalitātes ainas par šādām tēmām: attiecības, mājas dzīve, darbs vai skola, vai dienas aktivitātes, sabiedriskās vietas, sabiedrības kompetence, cieņa, fiziskā veselība un uzvedība, priekšroka un izvēles. Ainas tiek zīmētas kopā ar personu, plānošanas procesa koordinators un grupu, kas ir iesaistīta plānošanā. Vispirms kopā ar personu tiek uzzīmēta pašreizējās dzīves aina, kas tiek ņemta par atskaites punktu labākas dzīves kvalitātes plānošanai. Ainā tiek atspoguļota personas pašreizējā dzīve (vietas, kur personai patīk doties, prasmes, personas loma/ as vietējā kopienā, izvēles, dienas aktivitātes, veselības vai uzvedības problēmas, attiecības un mājoklis), kā arī iesaistīto personu, kuras piedalās plānošanā, lomas.

Kad pašreizējās dzīves ainas uzzīmētas, plānošanas procesa koordinators aicina klātesošos kopīgi uzzīmēt nākotnes ainas. Šajā posmā visi kopā mēģina noskaidrot un vizualizēt personas sapņus un vēlmes un uzsākt arī šo sapņu īstenošanas plānošanu. Katrai no dzīves ainām metodes autori arī piedāvā uzdodamo jautājumu piemērus.

Kad ir uzzīmētas nākotnes dzīves ainas, visi plānošanas procesā iesaistītie kopīgi nosaka, kurām ainām būtu jāklūst par sasniedzamajiem mērķiem, un visi kopā uzsāk izstrādāt stratēģijas mērķu sasniegšanai.

PICTURE plānošanas metodes 11 principi

1. Cilvēkiem ar invaliditāti ir jādzīvo tāpat kā cilvēkiem bez invaliditātes.

²¹⁹ Holburn, S., Gordon, A., Vietze, P. M. (2007). *Person-Centered Planning Made Easy. The Picture Method*. Paul H. Brookes Publishing Co., 1. lpp.

2. PICTURE pieeja skata cilvēku kā vienu veselu, nekonzentrējoties tikai uz vienu noteiktu personas aspektu. Šī pieeja skata personas vēsturi, spējas un centienus saplūstam kopā, lai veidotu labākas dzīves attēlu.
3. Individualizēšana – šī pieeja cenšas individualizēt personas ikdienas rutīnas tā, lai veicinātu personas lemtspēju, paplašinātu personas pieredzi un attīstītu personas prasmes un spējas.
4. Dabiskā iesaistīšana. Daudziem cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem nav iespēju piedalīties jēgpilnās brīvā laika pavadīšanas aktivitātēs. PICTURE cenšas rosināt iespējas cilvēkiem, kuri piedalās plānošanā, atrast interesantas, jēgpilnas aktivitātes.
5. Sāciet tur, kur esat, izmantojiet to, kas ir jūsu rīcībā! PICTURE cenšas izmantot un iesaistīt pieejamos profesionāļus un pakalpojumu sistēmas resursus.
6. Darbiniekiem jābūt palīgiem. PICTURE cenšas konstruktīvā veidā motivēt darbiniekus, lai viņi vairāk iesaistītos atbalsta sniegšanā personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem.
7. Personiskā iesaiste – dalība plānošanas procesā darbiniekiem nozīmē darīt vairāk nekā tikai to, ko prasa darbinieku tiešie pienākumi.
8. Atbildīgās organizācijas – personu ar invaliditāti interešu organizācijas nereti pārtop par pakalpojumu sniedzēju, kļūstot par darba devēju ar daudziem darbiniekiem. Daudzkārt šādos gadījumos organizācijas riskē birokratizēties, dodot priekšroku sistēmas, nevis pakalpojuma saņēmēju interesēm. PICTURE metode cenšas ietekmēt organizācijas, lai izmainītu to plānošanu, struktūru, personāla politiku, finanšu piesaisti un novērtēšanas veidus un lai veicinātu uz personu vērstu atbalstu un pakalpojumus.
9. Ģimenes apvienošana – PICTURE plānošanā cenšas iesaistīt personas tuviniekus arī tad, ja personai ir zaudēta saikne ar ģimenes locekļiem.
10. Jāiesaista vietējās kopienas pārstāvji.
11. Īstena draudzība pastāv kopienā – daudziem cilvēkiem ar invaliditāti trūkst īstenu draugu, nereti viņu dzīvē ir tikai algoti darbinieki un citas personas ar invaliditāti. PICTURE pieeja atzīst, ka visiem cilvēkiem ar invaliditāti ir talanti un intereses, kas var kļūt par pamatu īstenu draudzībai, kas var veidoties tikai tad, ja persona ar invaliditāti ir iekļauta vietējā kopienā.²²⁰

Plānošanas resursu komplekts (Planning Resource Kit)

Austrālijā izstrādātais Plānošanas resursu komplekts²²¹ ir noderīgs un pieejams instruments, kas var palīdzēt izvērtēt personas ar kompleksām atbalsta vajadzībām un veikt turpmāku atbalsta plānošanu. Šis instruments ir balstīts uz cilvēktiesību un sadarbības principiem, kas var palīdzēt personai attīstīt pašizstāvību un motivāciju pieņemt sev svarīgus lēmumus.

Personas vajadzību izvērtēšana notiek trīs posmos. Vispirms notiek pirmsplānošana jeb sagatavošanās plānošanai, nākamajā posmā notiek plānošanas sarunas, bet trešajā posmā jau tiek plānotas konkrētas darbības personas atbalstam.

Pirmajā plānošanas posmā tiek ievākta pamatinformācija par vērtējamo personu, pakalpojumiem, ko tā saņem, un tiek identificēti plānošanā iesaistāmie cilvēki un citi pieejamie resursi. Tāpat arī tiek noteikts, vai vērtējamai personai ir kompleksas atbalsta vajadzības, uz kurām var norādīt gan tas, vai personai papildu GRT ir arī cita veida invaliditāte, veselības vai uzvedības traucējumi, kā arī vides faktori, piemēram, sociālā

²²⁰ Holburn, S., Gordon, A., Vietze, P. M. (2007). *Person-Centered Planning Made Easy. The Picture Method*. Paul H. Brookes Publishing Co., 12. - 14. lpp.

²²¹ Collings, S., Dew, A., Dowse, L. (2015). *Being a planner with a person with disability and complex support needs: Planning resource kit*. UNSW: Sydney. Pieejams: https://www.arts.unsw.edu.au/sites/default/files/documents/IDBS_SPF_ResourceKit.pdf [aplūkots 11.12.2025.]

izolācija, fiziskā izolācija vai ģimenes apstākļi.

Otrajā plānošanas posmā kopā ar vērtējamo personu tiek identificēti resursi, kuri varētu palīdzēt īstenot personas mērķus. Persona tiek vērtēta personas, pakalpojumu un sistēmas līmenī. Resursi var būt gan personas stiprās puses, gan neformālie tīkli, gan dažādi pakalpojumi. Šajā posmā arī kopā ar personu tiek noteikti personas apkārtējā vidē esošie riski, kas var ietvert gan personiskās drošības jautājumus, gan attiekties uz neformālajiem tīkliem un vietējās kopienas grupām, gan pakalpojumiem.

Personas līmenī tiek izvērtētas personas spējas jeb dotības, analizējot neatkarīgas dzīves prasmes, neformālo atbalstu, kultūru / reliģiju, personas prioritātes un mērķi (kas personai ir svarīgi), mācīšanās veidu (piemēram, kinētiskais, vizuālais u.c.), kādā veidā persona vislabāk spēj komunicēt, spēju pieņemt lēmumus.

Pakalpojumu līmenī tiek izvērtēta esošo pakalpojumu atbilstība personas vajadzībām, kā labāk personu atbalstīt, piemēram, lai viņa varētu sasniegt savus mērķus.

Sistēmas līmenī tiek vērtēts, kā pārvarēt iespējamo pakalpojumu dublēšanos un kā novērtēt, vai personai piedāvātais un izvēlētais atbalsts un pakalpojumi darbojas efektīvi.

Trešajā plānošanas posmā tiek izstrādāts rīcības plāns, kurā atspoguļoti sarunās ar personu noteiktie mērķi, sapņi un atbalsta vajadzības. Šajā posmā personai tiek sniegts atspajds neformāla atbalsta loka izveidē, kā arī tiek analizētas iespējamās problēmas, kas varētu rasties, īstenojot rīcības plānu un paredzot alternatīvus risinājumus.

Kembervela vajadzību izvērtējums

Lielbritānijā 1994. gadā izstrādātais Kembervela vajadzību izvērtējums (angļu val. – *Camberwell Needs Assessment*; turpmāk – KVN) sākotnēji tika izveidots, lai izvērtētu personu ar smagu un ilgstošu psihisku saslimšanu vajadzības. Šobrīd KVN jau ietver vairākus pielāgotus instrumentus dažādām grupām, piemēram, pilngadīgām personām, kuras saņem piespiedu ārstēšanu, pilngadīgām personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem, pilngadīgām personām ar psihiskām saslimšanām, kā arī senioriem ar garīgās veselības problēmām. Pastāv arī izvērtēšanas instruments, kas izstrādāts mātēm un grūtniecēm ar garīgās veselības problēmām.

KVN aptver plašu veselības un sociālo vajadzību spektru un ietver gan pašu vērtēto personu, gan speciālistu viedokli. Šo vajadzību izvērtēšanas instrumentu izstrādāja Psihiatrijas institūta Kopienas psihiatrijas nodaļa (atrodas Anglijā).

KVN pamatā ir četri pamatprincipi:

1. Ikvienam ir vajadzības. Lai gan cilvēkiem ar smagiem psihosociāliem traucējumiem ir dažas īpašas vajadzības, lielākā daļa viņu vajadzību ir līdzīgas pārējo cilvēku (kuriem nav psihosociālu traucējumu) vajadzībām, piemēram, visiem ir vajadzīgs mājoklis, nodarbošanās un pietiekami daudz naudas.
2. Lielākajai daļai cilvēku ar smagiem psihosociāliem traucējumiem ir daudzpusīgas vajadzības, un ir svarīgi, ka tie, kas par cilvēku rūpējas, identificē visas vajadzības.
3. Vajadzību izvērtējumam jābūt integrālai klīniskās prakses sastāvdaļai, kā arī tam jābūt pakalpojumu novērtējuma pamatā.
4. KVN balstīta principā, ka vajadzības ir subjektīvs jēdziens un bieži vien izpratne par konkrētas vajadzības esamību vai neesamību var atšķirties. KVN ietvaros tiek noskaidrots gan personas, gan speciālistu viedoklis.²²²

KVN ir iespējams veikt 30 minūšu laikā, to var izmantot plaša spektra speciālisti, instrumenta apguvei nav nepieciešama formāla apmācība. KVN mēra gan vērtējamās personas apmierinātās, gan neapmierinātās vajadzības. Izvērtējumā tiek ietverta arī palīdzība, ko šī persona saņem no draugiem vai

²²² Recovery Research Team. *Camberwell Assessment of Need (CAN)*. Institute of Mental Health, University of Nottingham. Pieejams: <https://researchintorecovery.com/can> [aplūkots 12.12.2025.]

tuviniekiem, kā arī no dažādiem pakalpojumu sniedzējiem. Tādējādi vajadzības nenosaka speciālists, bet tas ir komplekss personas vajadzību vērtējums, kuru veido gan vērtējamās personas pašvērtējums, gan speciālista un tuvinieka vai drauga vērtējums.

KVN instrumentu veido 22 veselības un sociālo vajadzību jomas, t. sk. mājoklis, iztika, spēja uzņemt mājokli, pašaprūpe, aizņemtība, fiziskā veselība, psihiskās veselības simptomi, informācija par saslimšanu un ārstēšanu, psiholoģiskās ciešanas, drošība (sava un citu), alkohols, atkarību izraisošas vielas, sabiedrība, intīmās attiecības, seksuālā izpausme, bērna aprūpe, pamatizglītība, tālrunis, transports, nauda un pabalsti.

Jautājumi katrā jomā tiek uzdoti tādā veidā, lai noteiktu, vai šajā jomā pastāv vajadzība vai problēma, un vai ir vajadzība, kura ir vai nav apmierināta. Vajadzība ir apmierināta, ja vērtēšanas brīdī jomā nav problēmu, bet problēma pastāvētu vai rastos, ja nebūtu efektīvas palīdzības. Vajadzība nav apmierināta, ja vērtēšanas brīdī jomas ietvaros pastāv problēma neatkarīgi no tā, vai palīdzība ir vai nav nodrošināta.

Izvērtējot personu saskaņā ar 22 jomās uzdotajiem jautājumiem, izvērtējuma beigās ir iespējams noteikt, cik daudz personai ir vajadzību un cik no tām nav apmierinātas.

Vērtējamam, uzdodot jautājumus, ir pieejami četri atbilžu varianti:

1. nav nopietnu problēmu (0) = nav vajadzību;
2. nav / ir nelielas problēmas, kuras tiek risinātas, jo ir nodrošināta palīdzība (1) = vajadzība ir apmierināta;
3. ir nopietna problēma (2) = ir vajadzība, kas nav apmierināta;
4. nav zināms (9).²²³

KVN instrumenta autori ir izveidojuši vairākas instrumenta versijas, visplašāk izmantotas tiek trīs versijas: saīsinātā KVN versija ar 22 jautājumiem (tiek uzdots viens jautājums par katru jomu; skat. 9. tabulu), klīniskā versija un pētnieciskā versija. Klīniskā versija ir apjomīgāka, jo katrā no 22 jomām ir paredzēts uzdot trīs jomu raksturojošus jautājumus (līdz ar to personai kopā tiek uzdoti 66 jautājumi), turklāt katras jomas ietvaros tiek noskaidrots arī vērtējamās personas viedoklis par nepieciešamajiem pakalpojumiem, paredzot arī konkrētas darbības konstatēto problēmu risināšanai. Savukārt pētnieciskajā versijā, kura galvenokārt ir paredzēta pakalpojumu novērtēšanai, vērtējamai personai 22 jomu ietvaros kopā tiek uzdoti 88 jautājumi (četri jautājumi katrā jomā).

9. tabula. KVN instrumenta saīsinātā versija.²²⁴

Jomas un uzdodamie jautājumi		1*	2	3	4
		P / S / T**			
1. Mājoklis	Kādā vietā jūs dzīvojat?				
2. Iztika	Vai jums pietiek, ko ēst?				
3. Spēja uzņemt mājokli	Vai jūs spējat uzņemt savu mājokli?				
4. Pašaprūpe	Vai jums ir grūtības uzturēt tīrību un kārtību?				
5. Aizņemtība	Kā jūs pavadāt dienu?				

Tabulas turpinājumu sk. 128. lpp

²²³ Slade, M., Thornicraft, G., Loftus, L., Phelan, M., Wykes, T. (1999) *CAN: Camberwell Assessment of Need. A comprehensive needs assessment tool for people with severe mental illness*. The Royal College of Psychiatrists, 5.

²²⁴ Turpat.

Jomas un uzdodamie jautājumi		1*	2	3	4
6. Fiziskā veselība	Kā jūs fiziski jūtaties?				
7. Psihiskās veselības simptomi	Vai jūs dzirdat balsis, vai jums ir problēmas ar domām?				
8. Informācija par saslimšanu un ārstēšanu	Vai jums ir nodrošināta skaidra informācija par medikamentiem, kuri jums jālieto?				
9. Psiholoģiskās ciešanas	Vai jūs pēdējā laikā esat juties bēdīgs vai nospiests?				
10. Drošība (sava)	Vai jums jebkad ir bijusi vēlme darīt sev pāri?				
11. Drošība (citu)	Vai jūs varētu apdraudēt citu drošību?				
12. Alkohols	Vai dzeršana jums rada problēmas?				
13. Atkarību izraisošas vielas	Vai jūs lietojat kādus medikamentus, kas nav ārsta izrakstīti?				
14. Sabiedrība	Vai jūs apmierina jūsu sociālā dzīve?				
15. Intīmās attiecības	Vai jums ir partneris?				
16. Seksuālā izpausme	Kāda ir jūsu seksuālā dzīve?				
17. Bērna aprūpe	Vai jums ir bērni, kas ir jaunāki par 18 gadiem?				
18. Pamatizglītība	Vai jums ir grūtības rakstīt, lasīt vai saprast runāto / rakstīto?				
19. Tālrunis	Vai jūs zināt, kā lietot tālruni?				
20. Transports	Kā jums veicas ar sabiedriskā transporta (autobusa, vilciena, tramvaja u. c.) izmantošanu?				
21. Nauda	Kā jums veicas ar jūsu budžeta plānošanu?				
22. Pabalsti	Vai jūs saņemat visu naudu, kas jums pienākas?				

* 1; 2; 3; 4 – atbilžu varianti:

1. personai nav nopietnu problēmu (tātad nav vajadzību) – atbildē piešķir 0 punktu;
2. personai nav / ir nelielas problēmas, kuras tiek risinātas, jo ir nodrošināta palīdzība (tātad vajadzība ir, bet tā ir apmierināta) – atbildē piešķir vienu punktu;
3. personai ir nopietna problēma (tātad vajadzība nav apmierināta) – atbildē piešķir divus punktus;
4. nav zināms – atbildē piešķir deviņus punktus.

** P – vērtējamās personas atbilde, S – speciālista atbilde, T – tuvinieka atbilde.

Vērtēšanas rezultātā, saskaitot iegūtos punktus, kas tiek piešķirti katrai atbildei, tiek noteiktas apmierinātās vajadzības (A – tiek saskaitīti punkti 1. atbilžu kolonnā); neapmierinātās vajadzības (B – tiek saskaitīti punkti 2. atbilžu kolonnā) un kopējais vajadzību skaits (A+B – tiek saskaitīti kopā punkti 1. un 2. atbilžu kolonnā).

Izvērtējuma kopsavilkuma lapā par katru jomu tiek norādītas gan konstatētās vajadzības, gan personai jau pieejamais neformālais atbalsts, formālais atbalsts, pašas personas viedoklis un rīcības plāna pārskatīšanas datums.

5.3. LATVIJAS SITUĀCIJAI PIEMĒROTAS, KĀ ARĪ PIEEJAMAS METODES PILNGADĪGU PERSONU AR GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM SOCIĀLĀS SITUĀCIJAS, T. SK. SPĒJU, PRASMJU UN NEPIECIEŠAMĀ ATBALSTA, IZVĒRTĒŠANĀ

Latvijā līdz 2017. gadam nebija vienotas pieejas pilngadīgu personu ar GRT sociālās situācijas izvērtēšanai, un katrs sociālo pakalpojumu sniedzējs izvēlējās un izmantoja savai darba specifikai piemērotāko risinājumu. 2017. gada 12. janvārī Saeima pieņēma grozījumus Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā, ieviešot četrus aprūpes līmeņus,²²⁵ kuri pašreiz tiek izmantoti, lai noteiktu personai ar funkcionāliem traucējumiem atbilstošāko sociālo pakalpojumu.

Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 20. pantā ietverts katra aprūpes līmeņa plašāks skaidrojums.

Pirmais aprūpes līmenis: personas fiziskās vai garīgās spējas ir mēreni ierobežotas. Persona spēj un prot veikt pašaprūpi atbilstoši savām vajadzībām un savam veselības stāvoklim; nepieciešams minimāls personāla atbalsts noteiktu stundu skaitu nedēļā. Sociālās aprūpes pakalpojuma sniedzējs nodrošina ārstniecības personas noteikto klienta uzraudzību.

Otrais aprūpes līmenis: personas fiziskās vai garīgās spējas ir mēreni vai smagi ierobežotas. Persona spēj un prot veikt pašaprūpi atbilstoši savām vajadzībām un savam veselības stāvoklim, bet ir iespējama spēju vai prasmju pazemināšanās; nepieciešams neliels personāla atbalsts ikdienā. Sociālās aprūpes pakalpojuma sniedzējs nodrošina ārstniecības personas noteikto klienta uzraudzību un novēro funkcionālo traucējumu izmaiņas.

Trešais aprūpes līmenis: personas fiziskās vai garīgās spējas ir smagi ierobežotas. Personas spēja veikt noteiktas pašaprūpes darbības ir traucēta; nepieciešams regulārs personāla atbalsts ikdienā. Sociālās aprūpes pakalpojuma sniedzējs nodrošina ārstniecības personas noteikto klienta uzraudzību un novēro funkcionālo traucējumu izmaiņas.

Ceturtais aprūpes līmenis: personas fiziskās vai garīgās spējas ir ļoti smagi ierobežotas, izteikta pašaprūpes spēju nepietiekamība, persona pilnībā aprūpējama un uzraugāma visu diennakti. Sociālās aprūpes pakalpojuma sniedzējs nodrošina ārstniecības personas noteikto klienta uzraudzību un novēro funkcionālo traucējumu izmaiņas.²²⁶

Pēc kādiem kritērijiem aprūpes līmeņi nosakāmi un kā veicama personu izvērtēšana, reglamentēts

²²⁵ Saskaņā ar Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā ietverto definīciju klienta aprūpes līmenis ir “personas pašaprūpes spēju iztrūkuma pakāpi raksturojoša, skaitliski izteikta vērtība, kuru nosaka sociālā darba speciālista piesaistīta multidisciplināra speciālistu komanda, pamatojoties uz personas funkcionālo traucējumu smaguma pakāpes un vajadzību, kā arī sociālās aprūpes pakalpojuma nodrošināšanai veicamo darbību un piesaistāmo resursu apjoma novērtējumu”.

²²⁶ *Grozījumi Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā*: 2017. gada 12. janvāra likums. Latvijas Vēstnesis, 21, 26.01.2017. 20. pants. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/288297> [aplūkots 12.11.2025.]

2019. gada 2. aprīlī apstiprinātajos Ministru kabineta noteikumos Nr. 138 "Noteikumi par sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanu". Tajos paredzēts, ja personai nepieciešams sociālās aprūpes pakalpojums, sociālais dienests vai sociālo pakalpojumu sniedzējs izvērtē personas vajadzības un nosaka aprūpes līmeni. Klienta vajadzību izvērtēšanu un aprūpes līmeņa noteikšanu saskaņā ar šiem noteikumiem var veikt pašvaldības sociālā dienesta vai tā deleģētas institūcijas sociālie darbinieki vai sociālie aprūpētāji; ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas sociālie darbinieki vai sociālie aprūpētāji, kā arī tie sociālie darbinieki, kas ir apmācīti AIS lietošanā (ja izvērtēšanai izmanto atbalsta intensitātes skalu).

Vērtēšana tiek veikta, ja personai, kas saņem sociālo pakalpojumu, aprūpes līmenis iepriekš nav noteikts vai ja persona jau saņem pakalpojumu, bet ir konstatētas personas funkcionālo spēju izmaiņas, vai arī ja personai tiek izstrādāts vai aktualizēts individuālās sociālās rehabilitācijas plāns, vai arī ja persona ir pieprasījusi citam aprūpes līmenim atbilstošu sociālo pakalpojumu.

Nosakot personas aprūpes līmeni, tiek vērtētas personas pamatvajadzības, mobilitāte, sevis apzināšanās, kognitīvās spējas un drošība, uzvedība un sociālie kontakti, personiskā higiēna un palīdzība māsasaimniecībā. Izvērtēšanai tiek izmantots "Fizisko un garīgo spēju izvērtēšanas un aprūpes līmeņa noteikšanas instruments", kura pamatā ir Dorotejas Oremas²²⁷ izstrādātā pieeja, kas balstīta uz personas pašaprūpes spēju izvērtēšanu un izmantošanu aprūpes nodrošināšanā.

Šī vērtēšanas instrumenta autori uzsver, ka instruments "fiksē pašaprūpes deficītus un tūlītēji iztulko šos "deficītus" nepieciešamajās darbībās,²²⁸ šāds skatījums krasi atšķiras no iepriekšējā metodikas nodaļā aprakstītajiem citu valstu praksē izmantotajiem inovatīvajiem vērtēšanas instrumentiem, kuri – tieši pretēji – koncentrēti uz to, ko vērtējamais cilvēks spēj un kā viņu labāk atbalstīt tajā, ko viņš spēj.

Tomēr sociālo pakalpojumu sniedzēji izmanto arī citus personu ar GRT vajadzību izvērtēšanas un atbalsta plānošanas instrumentus. Latvijai piemēroti ir visi citu valstu prakses nodaļā aprakstītie instrumenti, un daļa no tiem jau tiek izmantota. Piemēram, intelekta koeficienta noteikšanu izmanto klīniskie psihologi, vērtējot personas ar intelektuālās attīstības traucējumiem. AIS instruments tiek izmantots deinstitucionalizācijas procesā iesaistīto pilngadīgo personu ar GRT vajadzību izvērtēšanā. Savukārt uz personu vērsto domāšanu un plānošanu, MAPS, PATH un dažus elementus no Austrālijas plānošanas resursu komplekta savā darbā izmanto biedrība RC "ZELDA", sniedzot atbalsta personas lēmumu pieņemšanā pakalpojumu.

Vēl piedāvājam iepazīties ar šādu Latvijā adaptētu instrumentu – nodibinājuma "Fonds Kopā" grupu dzīvokļu klientu nepieciešamības pēc atbalsta izvērtējumu (skat. 10., 11. un 12. tabulu). Šo instrumentu modificējusi biedrība "Latvijas Kustība par neatkarīgu dzīvi", un tā tiek Latvijā izmantota ar Vācijas organizācijas IB (*IB Behindertenhilfe*) atļauju un metodisko atbalstu.

²²⁷ Orem, D. E., Taylor, S. G. (2003). *Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publishing Company

²²⁸ Latvijas Samariešu apvienība. (bez gada). Par Ministru kabineta 21.04.2008. noteikumos Nr. 288 "Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanas kārtība" noteikto aprūpes līmeņu noteikšanu. Prezentācija (iekšējai lietošanai; nepublicētais materiāls), 11. slaidis.

10. tabula. Nodibinājuma “Fonds Kopā” grupu dzīvokļu klientu nepieciešamības pēc atbalsta izvērtējums.

Nepieciešamība pēc atbalsta	Apraksts: skaidrojums par esošo situāciju un nepieciešamo asistences apjomu	Individuālais aktivitāšu profils			
		Persona var (un dara)	Persona var (un dara ar grūtībām)	Persona nevar	
A	<p>Palīdzība nav nepieciešama vai nav vēlama (nedarīt cilvēka vietā)</p>	<p>Aktivitāte tiek veikta bez personāla palīdzības.</p> <p>Aktivitāte klientam nav nozīmīga.</p> <p>Klientam šobrīd nav intereses par šo aktivitāti vai tā nav nepieciešama.</p>	Obligāti / noteikti	Iespējams (2 vai 3)	Iespējams (2 vai 3)
B	<p>Nepieciešams verbāls atbalsts, asistēšana vai palīdzība aktivitātes organizēšanā</p>	<p>Skaidrojoša konsultācija, informācija, aktivitātes sagatavošana.</p> <p>Pārraudzība (netieša) aktivitāšu veikšanas laikā.</p> <p>Palīdzība aktivitātes organizēšanā var būt verbāla vai praktiska.</p> <p>Atbalsta apjoms laika gaitā samazinās (aktivitāte tiek iestrādāta).</p>	Nav attiecināms	Obligāti / noteikti	Iespējams
C	<p>Kompensēta vai daļēji izpildīta aktivitāte</p>	<p>Aktivitātes lielāko daļu veic atbalsta persona.</p> <p>Praktisks un mutisks atbalsts nodrošina aktivitātes iespējamību un realizēšanu.</p>	Nav attiecināms	Obligāti / noteikti	Obligāti / noteikti
D	<p>Vispārējs intensīvs atbalsts un / vai aprūpe</p>	<p>Kvalitatīvs un kvantitatīvs visaptverošs liela apjoma pastāvīgs atbalsts, aprūpe.</p> <p>Nepieciešama pastāvīga uzmanība un interence, lai nodrošinātu aktivitāti un drošību.</p>	Nav attiecināms	Obligāti / noteikti	Obligāti / noteikti

Metodiskie norādījumi:

- nepieciešamību pēc atbalsta nosaka atbilstīgi 12. tab., apvelk nepieciešamā atbalsta vērtējuma punktu skaitu;
- saskaita punktus katrā ailē;
- saskaita punktus kopā.

11. tabula. Nodibinājuma "Fonds Kopā" nepieciešamības pēc atbalsta izvērtējums (turpinājums).

Klienta vārds, uzvārds: _____

202 _ . gads

Joma / aktivitāte	Nepieciešamā atbalsta vērtējums, punktos			
	A	B	C	D
Ikdienas aktivitātes				
1. Iepirkšanās	0	2	3	4
2. Uz kodu / vieglas maltītes sagatavošana	0	2	3	4
3. Pamata ēdienreizes sagatavošana	0	2	3	4
4. Veļas un apģērba kopšana, tai skaitā mazgāšana	0	2	3	4
5. Dzīves / darbavietas uzturēšana kārtībā	0	2	3	4
6. Personīgās naudas pārvaldība	0	2	3	4
7. Finanšu jautājumu kārtošana (to skaitā sadarbība ar sociālo dienestu)	0	2	3	4
Pašaprūpe				
8. Ēšana	0	4	6	8
9. Ķermeņa kopšana	0	4	6	8
10. Tualetes apmeklējums / personīgā higiēna	0	4	6	8
11. Gulētiešana / piecelšanās no gultas	0	2	3	4
12. Mazgāšanās vannā / dušā	0	2	3	4
13. Apģērbšanās / noģērbšanās	0	2	3	4
Sociālo attiecību veidošana				
14. Tuvākie kaimiņi	0	4	6	8
15. Piederīgie	0	4	6	8
16. Partnerattiecības, draugi	0	4	6	8

Tabulas turpinājumu sk. 133. lpp.

Joma / aktivitāte	Nepieciešamā atbalsta vērtējums, punktos			
	A	B	C	D
Piedalīšanās kultūras un sabiedriskajos pasākumos				
17. Brīvā laika plānošana, organizēšana, spēja pašam piepildīt brīvo laiku	0	2	3	4
18. Dalība organizētos pasākumos	0	2	3	4
19. Saskarsme ar sociālām grupām un svešām personām	0	2	3	4
20. Dalības pasākumos plānošana perspektīvā (piemēram, vasarā)	0	2	3	4
Komunikācija				
21. Maņu orgānu un komunikācijas traucējumu kompensācija / palīgtechnoloģiju izmantošana	0	4	6	8
22. Orientēšanās laikā	0	4	6	8
23. Orientēšanās pazīstamā vidē	0	4	6	8
24. Orientēšanās nepazīstamā vidē	0	4	6	8
Emocionālā un psihiskā attīstība				
25. Kritika pret savu psihisko saslimšanu / stāvokli	0	4	6	8
26. Emocionālo stāvokļu kontroles spējas / prasmes	0	4	6	8
27. Apzināta un patstāvīga spēja lietot medikamentus	0	4	6	8
28. Pašdestruktīva uzvedība, kas apdraud sevi, un ieradumi, kas apdraud citus	0	4	6	8
Veselības aprūpe				
29. Ārstniecības personas ordināciju ievērošana	0	2	3	4
30. Vizītes pie ārsta	0	2	3	4

Joma / aktivitāte	Nepieciešamā atbalsta vērtējums, punktos			
	A	B	C	D
31. Īpaši veselības stāvokļi, kas prasa aprūpi (izgulējumi u. c.)	0	2	3	4
32. Veselības stāvokļa apzināšanās	0	2	3	4
33. Veselīgs dzīvesveids	0	2	3	4
Kopā:				
Punktu skaits kopā:				

Klientu sadalījums pa grupām:

- A – 0–19;
- B – 20–59;
- C – 60–99;
- D – 100–...

Metodiskie norādījumi:

Nepieciešamību pēc atbalsta nosaka atbilstoši 13. tabulai. Pirmreizēju izvērtēšanu veic sociālais darbinieks, sadarbībā ar aprūpētāju:

- apvelk nepieciešamā atbalsta vērtējuma punktu skaitu;
- saskaita punktus katrā ailē;
- saskaita punktus kopā.

Izvērtēšanas laikā tiek ņemts vērā ne tikai darbinieku subjektīvais viedoklis, bet tiek analizēti aprūpētāju, sociālā rehabilitētāja un sociālā darbinieka pieraksti.

Komandas sapulces laikā tiek analizēta pirmreizējā izvērtēšana, un visiem darbiniekiem ir iespēja ietekmēt izvērtēšanas rezultātus.

Katram klientam individuāli tiek noteikts nepieciešamais atbalsts un precizēti darbinieku uzdevumi atbalsta sniegšanai klientam.

Klients tiek iepazīstināts ar komandas lēmumu.

12. tabula. Nodibinājuma “Fonds Kopā” grupu dzīvokļu klientu nepieciešamības pēc atbalsta izvērtējuma kopsavilkums.

202 _ . gads

Nr.	Vārds, uzvārds	Punktu skaits	Grupa	Sadarbību ar klientu realizē
1		50	B	Soc. darbinieks, aprūpētājs
2		71	C	Soc. darbinieks, soc. rehabilitētājs, aprūpētājs
3		51	B	Soc. darbinieks, aprūpētājs
4		40	B	Soc. darbinieks, aprūpētājs

Nr.	Vārds, uzvārds	Punktu skaits	Grupa	Sadarbību ar klientu realizē
5		68	C	Soc. darbinieks, soc. rehabilitētājs, aprūpētājs
6		60	C	Soc. darbinieks, soc. rehabilitētājs, aprūpētājs
7		56	B	Soc. darbinieks, soc. rehabilitētājs, aprūpētājs
8		164	D	Soc. darbinieks, soc. rehabilitētājs, aprūpētājs
9		95	C	Soc. darbinieks, aprūpētājs
10		122	D	Soc. darbinieks, aprūpētājs
11		106	D	Soc. darbinieks, soc. rehabilitētājs, aprūpētājs
12		97	C	Soc. darbinieks, aprūpētājs
13		107	D	Soc. darbinieks, soc. rehabilitētājs, aprūpētājs
14		124	D	Soc. darbinieks, aprūpētājs
15		104	D	Soc. darbinieks, aprūpētājs
17		90	C	Soc. darbinieks, soc. rehabilitētājs, aprūpētājs
18		118	D	Soc. darbinieks, aprūpētājs
19		115	D	Soc. darbinieks, soc. rehabilitētājs, aprūpētājs
20		100	D	Soc. darbinieks, aprūpētājs
21		142	D	Soc. darbinieks, aprūpētājs
22		128	D	Soc. darbinieks, soc. rehabilitētājs, aprūpētājs
23		121	D	Soc. darbinieks, aprūpētājs
24		159	D	Soc. darbinieks, soc. rehabilitētājs, aprūpētājs

Punktu skaits: A 0 – 19 B 20 – 59 C 60 – 99 D 100 – ...

<p>A</p> <p>Ikdienas aktivitātēs palīdzība un atbalsts nav nepieciešams (piemēram, pašaprūpē, iepirkšanās, ēdiena gatavošanā).</p> <p>Ir nepieciešams psihosociālais atbalsts.</p> <p>Ir nepieciešams atbalsts sadarbībā ar institūcijām.</p> <p>Ir nepieciešams atbalsts brīvā laika plānošanā un piepildīšanā.</p>	<p>B</p> <p>Ir nepieciešams atbalsts un / vai palīdzība ikdienas aktivitātēs (piemēram, pašaprūpē, iepirkšanās, ēdiena gatavošanā).</p> <p>Ir nepieciešams psihosociālais atbalsts.</p> <p>Ir nepieciešama palīdzība psihosociālo problēmu risināšanā.</p> <p>Ir nepieciešams atbalsts un / vai palīdzība sadarbībā ar institūcijām.</p> <p>Ir nepieciešams atbalsts un / vai palīdzība brīvā laika plānošanā un piepildīšanā.</p> <p>Intensīvāks atbalsts un / vai palīdzība ir nepieciešama noteiktās problēmsituācijās vai veselības pasliktinājuma gadījumos.</p>
<p>C</p> <p>Ir nepieciešama regulāra un / vai apjomīga palīdzība ikdienas aktivitāšu veikšanā (piemēram, pašaprūpē, iepirkšanās, ēdiena gatavošanā).</p> <p>Ir nepieciešama regulāra pastāvīgā intervence izpratnes dēļ un / vai psihisko veselības traucējumu dēļ.</p> <p>Ir nepieciešams psihosociālais atbalsts.</p> <p>Ir nepieciešama palīdzība psihosociālo problēmu risināšanā.</p> <p>Ir nepieciešams atbalsts un / vai palīdzība sadarbībā ar institūcijām.</p> <p>Ir nepieciešams atbalsts un / vai palīdzība brīvā laika plānošanā un piepildīšanā.</p>	<p>D</p> <p>Kvalitatīvs un kvantitatīvs visaptverošs liela apjoma pastāvīgs atbalsts, aprūpe.</p> <p>Nepieciešama pastāvīga uzmanība un intervence, lai nodrošinātu aktivitāti un drošību.</p> <p>Ir nepieciešams psihosociālais atbalsts.</p> <p>Ir nepieciešama palīdzība psihosociālo problēmu risināšanā.</p> <p>Ir nepieciešams atbalsts un / vai palīdzība sadarbībā ar institūcijām.</p> <p>Ir nepieciešams atbalsts un / vai palīdzība brīvā laika plānošanā un piepildīšanā.</p>

5.4. PERSONĀM AR GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM PIEMĒROTI SABIEDRĪBĀ BALSTĪTI PAKALPOJUMI

5.4.1. Sabiedrībā balstītu pakalpojumu sniegšanas principi

Normalizācijas princips nozīmē, ka personām ar GRT tiek nodrošināts ikdienas dzīvesveids un dzīves apstākļi, kas ir pēc iespējas līdzīgi tiem, kādi pastāv apkārtējā sabiedrībā, vai arī faktiski tos pielīdzina.²²⁹

²²⁹ Normalizācijas definīciju skat.: Bela B., Rasnača L. (2003) (zin. red.). *Sociālā darba vārdnīca*. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 2023., 277.–278. lpp. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/23154/download?attachment> [aplūkots 14.12.2025.]

Normāla dzīvesveida komponenti, ko princips aptver un uz kuriem personai ar GRT ir līdzvērtīgas tiesības tāpat kā pārējiem sabiedrības locekļiem, ir šādi:

- dienas, nedēļas un gada ritms;
- cilvēka dzīves ciklam atbilstošas pieredzes veidošanās;
- cieņa un pašnoteikšanās tiesības;
- seksuālās normas, kas atbilst indivīda kultūras videi;
- ekonomiskie un tiesību modeļi, kas atbilst tās valsts likumiem, kurā indivīds dzīvo;
- vides un dzīvojamo ēku standartu prasības, kas atbilst sabiedrībai, kurā indivīds dzīvo.

Normalizācijas princips balstīts uz izpratni par to, kā indivīda attīstības iespējas, briedumu un dzīvi ietekmē attiecības starp normālu dzīves ritmu, ieradumiem un modeļiem noteiktā kultūras vidē.

Normalizācijas princips attiecas uz visām personām ar GRT neatkarīgi no traucējumu viegluma vai dziļuma. Šo principu var lietot jebkurā sabiedrībā, visās vecuma grupās, un to var piemērot gan individuālās attīstības vajadzībām, gan pārmaiņu procesam visā sabiedrībā.²³⁰

Pakalpojumu pieejamība ir viens no būtiskiem sabiedrībā balstītu pakalpojumu sniegšanas principiem. Tas nozīmē, ka pakalpojumiem jābūt pieejamiem gan finansiāli, gan ģeogrāfiski, kā arī pakalpojumā jābūt nodrošinātai vides un informācijas pieejamībai.

Līdzdalība ir ne tikai viens no sabiedrībā balstītu pakalpojumu sniegšanas principiem, bet arī personu tiesības, kas ir ciešā sasaistē ar demokrātiju, pašnoteikšanos, cilvēka cieņu un sociālo taisnīgumu. Līdzdalība nozīmē personas iesaisti savu vajadzību novērtēšanā, individuālā sociālās aprūpes/ sociālās rehabilitācijas/ atbalsta plāna izstrādē un nepieciešamo pakalpojumu un atbalsta plānošanā, īstenošanā un saņemtā pakalpojuma un atbalsta kvalitātes izvērtēšanā. Personas līdzdalība tiek īstenota atbilstīgi pieņemtajiem lēmumiem, kas skar konkrēto cilvēku, un līdzdalība tiek īstenota visās cilvēka ikdienas aktivitātēs. Līdzdalībai ir būtiska ietekme uz personas aktīvas dzīves pozīcijas veidošanos, un tā nodrošina iespēju personai pakāpeniski paaugstināt savu neatkarības līmeni.

Savlaicīguma princips nozīmē to, ka personai ir nodrošināta iespēja saņemt savām vajadzībām atbilstošu pakalpojumu un atbalstu tad, kad rodas šāda nepieciešamība, lai nodrošinātu personas ar GRT un viņu tuvinieku dzīves kvalitātes nepazemināšanos.

Pēctecības princips sabiedrībā balstītu pakalpojumu nodrošināšanā nozīmē, ka pakalpojumi un atbalsts tiek nodrošināti secīgi, nepieļaujot situāciju, ka kādā no dzīves pārejas posmiem persona paliktu bez nepieciešamā atbalsta. Tas nozīmē arī to, ka pakalpojuma un atbalsta nodrošināšanā īpaša uzmanība jāpievērš pārejas posmiem personas dzīves ciklā, piemēram, no skolas vecuma jaunieša uz pieauguša cilvēka darbaspējas vecumā dzīves posmu. Nedrīkst pieļaut, ka persona pēc izglītības iestādes beigšanas nesaņem savām individuālajām vajadzībām atbilstošu pakalpojumu un atbalstu.

Pēctecības princips ir cieši saistīts ar **nepārtrauktības principu**, kurā noteikts, ka atbalsta nodrošināšanā nedrīkst rasties pārrāvumi, laika periodi, kuros persona nesaņem savām individuālām vajadzībām atbilstošus pakalpojumus un atbalstu.

Personai vienmēr jābūt brīvai izvēlei attiecībā uz to, kurš pakalpojums būtu piemērotākais. Vienlaikus personai jāsniedz pietiekama informācija saprotamā veidā, lai izvēle balstītos uz informāciju.

Persona ar GRT un viņas tuvinieki var nezināt, kādi pakalpojumi un atbalsts varētu būt pieejami un kāds ir to saturs. Lai pakalpojuma izvēle būtu informācijā balstīta, sociālajam darbiniekam jāsniedz cilvēkam saprotamā veidā pietiekama informācija gan par pakalpojumu un atbalsta spektru, gan to saturu.

²³⁰ Grunewald, K. (2003) *Dzīves apstākļu normalizēšana personām ar garīga rakstura un citiem funkcionāliem traucējumiem*. Rīga: Velku fonds 11.–12. lpp.

Uz personu vērstās domāšanas²³¹ un plānošanas pieeja attiecas gan uz domāšanu un savstarpējās saziņas veidu, gan uz dažādu plānošanas metožu izmantošanu, dokumentācijas sagatavošanu un izmantošanu dažādās situācijās.

Uz personu vērstās domāšanas un plānošanas pamatā ir sadarbība. Persona vairs nav “klients” vai “pakalpojumu saņēmējs”, kurš saņem jau gatavus pakalpojumus, kam viņai / viņam ir jāpielāgojas. Uz šo būtisko atšķirību jau kopš paša sākuma norāda procesa laikā izmantotā valoda – tie, kuri izmanto šo pieeju, mēģina izvairīties no profesionālās valodas lietošanas, un tās vietā lieto vienkāršus vārdus, vēlams, tādus, ar kuriem persona pati raksturo savu dzīvi, kā arī pielāgojas personas komunikācijas veidam.

Uz personu vērstā plānošana nav vienkāršs process, bet gan dažādu instrumentu un metožu apvienojums, kas jāizmanto kopā ar personu, nevis tās vietā. Visi šie instrumenti un metodes palīdz personai saprast, kas tai ir būtiski un ko tā vēlas sasniegt vai mainīt ar skatu uz nākotni. Šīs pieejas izmantošanā paredzēts, ka ikvienai personai neatkarīgi no GRT esamības vai smaguma pakāpes, ir tiesības vārdiski vai ar savu rīcību paust viedokli par to, kā viņa / viņš vēlas dzīvot. Vienlaikus, izmantojot uz personu vērstās plānošanas metodes, pakalpojumu sniedzēji var noskaidrot un panākt nepieciešamo līdzsvaru starp to, kas ir svarīgi pašai personai un kas ir svarīgi šīs personas interesēs (īpaši attiecībā uz veselību un drošību).²³²

Kopprodukta²³³ veidošanas princips sabiedrībā balstītu pakalpojumu plānošanā, sniegšanā un izvērtēšanā.

Kopprodukta veidošanas princips ir diezgan jauns skatījums uz to, kā plānot, sniegt un izvērtēt sabiedrībā balstītus pakalpojumus. Kopprodukta veidošanas principam nav vienotas formulas vai vienas definīcijas, bet ir vairākas kopīgas raksturīgās iezīmes.

Kopprodukta veidošanas princips balstīts uzskatā, ka pakalpojumu saņēmējiem piemīt prasmes un tās pamatojas uz personas spējām, nevis nespēju. Princips nojauc šķēršļus starp cilvēkiem, kuri izmanto pakalpojumu, un profesionāļiem un ietver savstarpēju sadarbību, lai sasniegtu kopīgas intereses.

Būtiska ir atšķirība starp kopprodukta veidošanu un līdzdalību. Līdzdalība nozīmē personas iesaisti, savukārt kopprodukta veidošana nozīmē, ka pakalpojuma saņēmējs un pakalpojuma sniedzējs ir vienlīdzīgi partneri. Tātad tas nozīmē arī to, ka pakalpojuma saņēmējs aktīvi iesaistās pakalpojuma plānošanā, sniegšanā un izvērtēšanā un tādējādi arī uzņemas daļu no atbildības.

Īstenojot kopprodukta veidošanas principu sabiedrībā balstītos pakalpojumos, būtiski pieaug primārās aprūpes personāla loma, turklāt tieši lēmumu pieņemšanas procesos.

Kopprodukta veidošanai ir vairāki pamatprincipi – vienlīdzība, dažādība, pieejamība un savstarpīgums ir tā kritiskās vērtības. Kopprodukta veidošana sākas no idejas, ka neviena persona vai personu grupa nav svarīgāka kā cita persona vai personu grupa. Tātad pamatā ir uzskats, ka visi cilvēki ir vienlīdzīgi un ikvienam cilvēkam piemīt spējas. Tas nozīmē arī to, ka tiek atzīta ne tikai pakalpojumu saņēmēju, bet arī speciālistu loma procesā. Līdzvērtīgi nozīmīgi ir dažādības pieņemšanas un iekļaušanas pamatprincipi. Savstarpīguma princips nozīmē to, ka cilvēki, kaut ko dodot, arī saņem pretī, tā īstenojot cilvēku vēlmi justies novērtētiem un nepieciešamiem.

²³¹ Uz personu vērstā domāšana ir vērtību, prasmju un metožu kopums, kas tiek izmantots uz personu vērstajā plānošanā un sociālās un veselības aprūpes pakalpojumu personalizēšanā. Saskaņā ar H. Sandersones un J. Luisas atziņām uz personu vērstā domāšana balstās uz tādām vērtībām, kā neatkarība un tiesības, kopradīšana (*co-production*), izvēle un kontrole, un iekļaujošas un zinošas kopienas.

²³² Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovskā, A., Skirmante, S. (2016). *Rokasgrāmata: Pirmie soļi atbalstītās lemtspējas ieviešanā Latvijā*, 50.–51. lpp.

²³³ Social Care Institute for Excellence (SCIE). (2022). *Co-production: what it is and how to do it*. Pieejams: <https://www.scie.org.uk/co-production/what-how/> [aplūkots 11.12.2025.]

5.4.2. Kvalitatīva sabiedrībā balstīta pakalpojuma raksturojums

Kvalitatīvs sabiedrībā balstīts pakalpojums ir tāds pakalpojums, kas spēj apmierināt personas ar GRT individuālās vajadzības. Lai šo mērķi sasniegtu, pakalpojumi jānodrošina uz personu centrētā veidā. Turklāt pakalpojumi jānodrošina tā, lai tie būtu pietiekami elastīgi un radoši – spētu reaģēt uz pakalpojuma saņēmēja mainīgajām vajadzībām.

Pakalpojumu saņēmēju dzīves ir dinamiskas tāpat kā ikviena cita cilvēka dzīve. Pakalpojuma saņēmēja sapņi, mērķi un apstākļi var mainīties, tāpēc personām var rasties nepieciešamība pēc jaunu pakalpojumu klāsta un citāda atbalsta, lai apmierinātu mainīgās vajadzības.

Augstas kvalitātes sabiedrībā balstīti pakalpojumi ļauj elastīgi un radoši reaģēt uz personu mainīgām vajadzībām. Savukārt pārlietu standartizēti pakalpojumi ar smagnēju ārējo regulējumu to nespēj.²³⁴

Personai ar GRT ir jābūt iespējai meklēt darbu, mājokli, iesaistīties vietējās sabiedrības dzīvē, kontrolēt personīgos resursus, izdarīt izvēli par savu ikdienas dzīvi, saņemt visus tos pašus pakalpojumus, kurus var saņemt pārējie sabiedrības locekļi.

Pakalpojuma lielums – klientu skaits, kas dzīvo vienuviet mājokļa nodrošināšanas pakalpojumā, piemēram, grupu mājā (dzīvoklī) un tas, kā pakalpojums ir organizēts, var būtiski ietekmēt:

- personas individuālos sasniegumus dzīvē;
- to, cik daudz persona spēs izmantot dzīves sabiedrībā sniegtās priekšrocības.

Mazi, personalizēti pakalpojumi būtiski paaugstina personas apmierinātību, spēju izdarīt izvēli, pašnoteikšanos, līdzdalību sabiedrības dzīvē un labklājības izjūtu.²³⁵

Būtiski, lai personām ar GRT paredzētie sabiedrībā balstītie sociālie pakalpojumi tiktu sniegti novadu centros, jo Latvijā transporta sistēma ir izveidota pēc principa, ka no novadu ciematiem un apdzīvotām vietām satiksme tiek organizēta uz tuvējo centru. Svarīgs aspekts, kas šādā gadījumā tiktu ievērots ir tas, ka personas ar GRT netiktu novirzītas uz attālākiem novadu nostūriem, vietām, kur ir kādas pamestas infrastruktūras. Ja grupu dzīvokļi un dienas aprūpes centri, kā arī citi pakalpojumi tiktu attīstīti novadu centros, tie mērķgrupas pārstāvjiem sniegtu iespēju socializēties un būt sabiedrībā, kā arī radītu pieeju sabiedriskajiem pakalpojumiem – bibliotēkām, kultūras centriem, veikaliem, veselības aprūpes pakalpojumiem.

Būtu nepieciešams arī domāt par darba vietu attīstīšanu šai mērķgrupai. Kā viens no variantiem būtu sociālie uzņēmumi, kuros strādātu personas ar GRT. Otrs variants būtu atbalstītais darbs, t. sk. uzņēmēju uzrunāšana, lai šādas personas tiktu pieņemtas darbā, kuru tās spēj veikt atbilstoši savām spējām. Jānorāda, ka abos gadījumos pastāv riski. Ja runa ir par speciāli šai mērķgrupai radītiem uzņēmumiem, veidotos koncentrēts cilvēku kopums, kas mazinātu personu ar GRT integrēšanās sabiedrībā iespējas. Savukārt, ja tās ir darbavietas jau esošos uzņēmumos, nepieciešams papildu personāls, kas strādā ar jaunajiem darbiniekiem, kā arī nevar izslēgt neizpratni un neiecietību no kolēģu puses.

Ideālā variantā personas ar GRT dzīvotu sabiedrībā, saņemot sev nepieciešamos un savām funkcionālajām spējām atbilstošos pakalpojumus, lai tiktu nodrošināta pilnvērtīga sociālā funkcionēšana.

Pilngadīgām personām ar GRT ir nepieciešams plašs pakalpojumu spektrs, lai personas saņemtu sev nepieciešamo atbalstu un tiktu īstenotas to tiesības uz dzīvi sabiedrībā. Personām vienlaikus var būt nepieciešams viens vai vairāki pakalpojumi.

²³⁴ Kendrick, M. J., Bezanson, L., Petty, R. E., Jones, D. L. (2006). *Hallmarks and Features of High-Quality Community-Based Services*. ILRU Community Living Partnership.

²³⁵ National Council on Disability (NCD). (2015). *Home and Community-Based Services: Creating Systems for Success at Home, at Work and in the Community*. Pieejams: <https://ici.umn.edu/products/658> [aplūkots 04.12.2025.]

Metodikas autoru ieskatā:

- Būtu nepieciešams ilgtermiņā pastāvīgi nodrošināt atbalsta personas lēmumu pieņemšanā pakalpojumu.²³⁶
- Nepieciešams sagatavot profesionālus asistenta pakalpojuma sniedzējus, jo šobrīd galvenokārt šo pakalpojumu sniedz ģimenes locekļi, līdz ar to netiek sasniegts pakalpojuma mērķis – atvieglot ģimenes locekļu ikdienu.²³⁷
- Nepieciešams apmācīt sociālos darbiniekus pašvaldību sociālajos dienestos, kuri spētu sniegt atbalstu, konsultēt psihosociālu problēmu gadījumos, nepieciešamības gadījumā palīdzētu pieprasīt un nokārtot sociālās palīdzības pabalstus un dažādus sociālos pakalpojumus, kā arī sniegtu psihosociālu un informatīvu atbalstu personām, kuras dzīvo kopā ar personu ar GRT.
- Dienas aprūpes centri nepieciešami personām, kuru funkcionālo traucējumu pakāpe ir smagāka un kuriem ir grūtības iekļauties nodarbinātības pasākumos vai citās aktivitātēs.
- Atelpas brīža pakalpojums personu ar GRT ģimenes locekļiem, lai viņiem būtu iespēja atpūsties, veikt aktivitātes, kuras nav iespējamas kopā ar personu ar invaliditāti. Jāmin, ka šis pakalpojums nebūtu nepieciešams katrā pašvaldībā, tomēr tam ir jābūt ērtas sasniedzamības attālumā. Svarīgākais, lai sniegtais pakalpojums atbilstu personu vajadzībām.
- Aprūpes mājās pakalpojums – lai nodrošinātu atbalstu ikdienā veicamajās aktivitātēs, kas saistītas ar māsaimniecību, personām, kuras dzīvo vienas, kā arī sniegtu atbalstu ģimenēm, kas uzņēmušās rūpes par ģimenes locekli ar GRT, kura veselības stāvoklis nepieļauj iespēju uz visu dienu palikt mājās vienam, kamēr pārējie ģimenes locekļi ir darbā vai skolā.
- Grupu mājas (dzīvokļu) pakalpojums personām, kuras nevar dzīvot patstāvīgi un kurām nepieciešams profesionāls atbalsts ikdienā. Arī šis pakalpojums nav nepieciešams katrā pašvaldībā, bet izklaidus reģionā un noteikti tādās apdzīvotās vietās, kas spēj grupu dzīvokļu iemītniekiem piedāvāt brīvā laika pavadīšanas iespējas, kultūras dzīvi, iepirkšanās iespējas, pieejamību medicīnas pakalpojumiem un nodarbinātībai.
- Specializētās darbnīcas – kā pakalpojums, ar kura palīdzību personas ar GRT apgūst socializēšanās un darba prasmes un šādā veidā gūst pozitīvu pieredzi tālākajā nodarbinātībā. Klientiem, kuru funkcionālās spējas neļauj iekļauties nodarbinātības pasākumos, specializētās darbnīcas var būt veids, kā saturīgi pavadīt brīvo laiku un aizpildīt to ar noderīgām aktivitātēm un radošu darbošanos.
- Nodarbinātība – personām piemērotas darba vietas vietējos uzņēmumos (atbalstītais darbs) vai sociālie uzņēmumi, kuros nodarbina personas ar GRT, lai ne tikai saturīgi tiktu pavadītas dienas, bet tiktu sniegta iespēja šīm personām gūt ienākumus un uzlabot savu materiālo situāciju.
- Pieejami sabiedriskie pakalpojumi – jāņem vērā, ka, lai nodrošinātu personu ar GRT integrāciju sabiedrībā, būtu nepieciešams, lai šiem cilvēkiem ir pieejami kultūras pasākumi, arī iespēja iesaistīties dažādos mākslinieciskajos kolektīvos pēc savām iespējām, pieeja bibliotēkas pakalpojumiem un iespēja apmeklēt pasākumus savā novadā.
- Pretdiskriminācijas politikas ieviešana valsts, pašvaldību un privātajā sektorā.²³⁸

²³⁶ Biedrība "Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ZELDA". *Atbalsta personas pakalpojums lēmumu pieņemšanā*. Pieejams: <https://zelda.org.lv/atbalsta-personas-pakalpojums-lemumu-pienemsana> [aplūkots 10.12.2025.]

²³⁷ Labklājības ministrija. *Asistenta pakalpojuma pašvaldībā un pavadona pakalpojuma nodrošināšana personām ar invaliditāti*. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/asistenta-pakalpojuma-pasvaldiba-un-pavadona-pakalpojuma-nodrosinasana-personam-ar-invaliditati> [aplūkots 10.12.2025.]

²³⁸ Wait, S., & Harding, E. (2006). *Moving to Social Integration of People with Severe Mental Illness: From Policy to Practice*. International Longevity Centre – UK. Pieejams: <https://ilcuk.org.uk/moving-to-social-integration-of-people-with-severe-mental-illness-from-policy-to-practice/> [aplūkots 10.12.2025.]

- Darbs ar sabiedrību diskriminācijas izskaušanas jomā.

5.4.3. Sabiedrībā balstīti sociālie pakalpojumi Latvijā

Personām ar GRT ir tiesības dzīvot vidē, kurā tās vēlas, un izvēlēties savu dzīves stilu. Tām ir neatņemamas tiesības dzīvot neatkarīgu, pilnvērtīgu dzīvi. Ņemot vērā veselības stāvokļa radītās problēmas, ir nepieciešami dažādi atbalsta pakalpojumi, lai varētu runāt par maksimālu pilnvērtīgu sociālo funkcionēšanu un novērstu iespējamību, ka personas neesoša vai nepieejama pakalpojuma dēļ nonāk institucionālā aprūpē, kaut arī citādi tā nebūtu nepieciešama.

Šajā apakšnodaļā raksturoti personām ar GRT Latvijā pieejamie sociālie pakalpojumi. Detalizētas prasības katram sociālā pakalpojuma veidam ir ietvertas Ministru kabineta 2017. gada 13. jūnija noteikumos Nr. 338 Prasības sociālo pakalpojumu sniedzējiem.²³⁹

1) GRUPU MĀJAS (DZĪVOKĻA) PAKALPOJUMS

Šis pakalpojums ietver pilngadīgo personu ar GRT nodrošināšanu ar mājokli, individuālu atbalstu sociālo problēmu risināšanā, un, ja nepieciešams, sociālo aprūpi. Pakalpojums var tikt sniegts mājā vai atsevišķā dzīvoklī (skat. 13. tabulu).

Piešķirot grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojumu, jāatceras, ka šis nav vienkāršs mājokļa jautājuma risinājums, bet pakalpojums, kurā vienlaikus ar mājokļa nodrošinājumu tiek sniegts atbalsts personai svarīgās ikdienas situācijās, un pakalpojuma efektīvā un kvalitatīvā nodrošināšanā liela nozīme ir personas vēlmei sadarboties ar pakalpojuma sniedzēju.

Grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojums var tikt sniegts personām ar GRT, kurām ir vidēji smagi funkcionālie traucējumi, vai personām ar GRT, kurām ir smagi / ļoti smagi funkcionālie traucējumi, un personām ar ierobežotu rīcībspēju.

Grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojuma sniedzējs sociālā pakalpojuma sniegšanā iesaista sociālo darbinieku un sociālo rehabilitētāju vai sociālo aprūpētāju, vai aprūpētāju.

Grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojums var būt atbilstošākais mājokļa pakalpojums, ja personai ar GRT individuāls atbalsts ir nepieciešams regulāri vai persona jūtas drošāk, dzīvojot vidē, kurā regulāri pieejams personāla atbalsts.

Grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojums nenodrošina nodarbinātības aktivitātes un personai var būt nepieciešams arī nodarbinātības pakalpojums vai cits sociālais pakalpojums, piemēram, specializētās darbnīcas vai dienas aprūpes centra pakalpojums dienas laikā.

13. tabula. Grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojums.

<p>Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.</p>	<p>Pakalpojums dod iespēju personai ar GRT dzīvot neatkarīgu dzīvi, iekļauties vietējās sabiedrības dzīvē. Tas veicina personas pašnoteikšanos, prasmes un nodrošina iespēju pieņemt lēmumus par savu dzīvi, ļauj saglabāt tuvas attiecības ar tuviniekiem un draugiem.</p>
--	---

Tabulas turpinājumu sk. 142. lpp.

²³⁹ Ministru kabineta 2017. gada 13. jūnija noteikumi Nr. 338 "Prasības sociālo pakalpojumu sniedzējiem". Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/291788-prasibas-socialo-pakalpojumu-sniedzjiem> [05.03.2026.]

<p>Pakalpojuma saturs, ja pakalpojums tiek sniegts personām ar GRT, kurām ir vidēji smagi funkcionālie traucējumi.</p>	<p>Diennakts uzraudzība, kuru veic vismaz viens darbinieks vai elektroniskās informēšanas sistēma, ar kuras lietošanu iepazīstināti visi klienti un kura ir ērti lietojama ārkārtas situācijā:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sadzīves iemaņu uzturēšana vai korekcija; • atbalsts pašaprūpē; • sociālo prasmju pilnveide; • atbalsts darba meklēšanā un izpratnes par darba attiecībām veidošana; • sabiedrībai pieņemamu saskarsmes iemaņu apgūšana; • atbalsts fiziski aktīva dzīvesveida veicināšanai; • sociālā darbinieka individuālās konsultācijas.
<p>Pakalpojuma saturs, ja pakalpojums tiek sniegts personām ar GRT, kurām ir smagi / ļoti smagi funkcionālie traucējumi, un personām ar ierobežotu rīcībspēju.</p>	<p>Diennakts uzraudzība, kuru veic vismaz viens darbinieks:</p> <ul style="list-style-type: none"> • palīdzība un atbalsts pašaprūpē; • sadzīves iemaņu apgūšana un uzturēšana; • sociālo prasmju pilnveide; • sabiedrībai pieņemamu saskarsmes iemaņu apgūšana; • sociālā darbinieka individuālās konsultācijas.

2) DIENAS APRŪPES CENTRA PAKALPOJUMS

Dienas aprūpes centrā dienas laikā tiek nodrošināti sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumi, sociālo prasmju attīstība, izglītošana un brīvā laika pavadīšanas iespējas (skat. 14. tabulu).

Normatīvajā regulējumā nav diferencēti dienas aprūpes centri personām ar GRT, kurām ir vidēji smagi funkcionālie traucējumi, un personām ar GRT, kurām ir smagi / ļoti smagi funkcionālie traucējumi. Tomēr praksē var tikt veidoti dienas aprūpes centri, kuru mērķa grupa ir tikai personas ar GRT, kurām ir ļoti smagi funkcionāli traucējumi.

Dienas aprūpes centra pakalpojuma sniedzējs sociālā pakalpojuma sniegšanā iesaista sociālā darba speciālistu, speciālistu atbilstoši dienas aprūpes centra nodarbību specifikai un aprūpētāju, ja centra klientiem ir nepieciešams atbalsts aprūpē.

14. tabula. Dienas aprūpes centra pakalpojums.

<p>Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.</p>	<p>Pakalpojums dod iespēju personām ar GRT būt aizņemtām dienas laikā, iesaistīties sociāli stimulējošās aktivitātēs, kļūt neatkarīgākām, apgūt dažādas ikdienas dzīvē nepieciešamas prasmes, uzlabot kognitīvās funkcijas un apgūt sociāli pieņemamas uzvedības normas. Vienlaikus pakalpojums dod iespēju tuviniekiem, kuri ikdienā nodrošina aprūpi personai ar GRT, iekļauties darba tirgū vai veltīt laiku atpūtai.</p>
--	--

<p>Pakalpojuma saturs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Personas uzraudzība un individuāls atbalsts, palīdzība pašaprūpē atbilstīgi nepieciešamībai; • sociālā darba speciālista konsultācijas atbilstoši nepieciešamībai; • kognitīvo spēju uzturēšana vai attīstīšana; • amata prasmju attīstīšanas nodarbības (piemēram, aušana, kokapstrāde, šūšana, keramika) un pastāvīgās funkcionēšanas spēju (mājturības darbi, kulinārijas nodarbības, informācijas tehnoloģiju apguve) attīstīšana vai sīkās motorikas attīstīšana (rokdarbi, veidošana, motoriku attīstošās spēles); • pašaprūpes un patstāvīgās funkcionēšanas (ēdiena pagatavošana, galda klāšana, mājturības darbi, informācijas un komunikācijas tehnoloģiju lietošana) un citu prasmju attīstību veicinošas nodarbības atbilstoši klienta vecumam un funkcionālajam stāvoklim; • mākslas un mākslinieciskās pašdarbības spēju attīstīšanas nodarbības (zīmēšana, mūzika, dažādu mākslas terapiju lietošana, teātra uzvedumu veidošana, grāmatu lasīšana, audioierakstu klausīšanās, kino); • fiziskās aktivitātes; • brīvā laika aktivitātes un relaksējošās nodarbības atbilstīgi dienas ritmam; • klientu informēšanas un izglītošanas pasākumi, atbilstīgi nepieciešamībai; • speciālistu konsultācijas (ergoterapeita, fizioterapeita, psihologa) pēc nepieciešamības un iespējām; • pastaigas svaigā gaisā.
-----------------------------------	---

3) SPECIALIZĒTO DARBŅĪCU PAKALPOJUMS

Specializētās darbnīcas ir sociālās rehabilitācijas pakalpojums, kuru ar speciālistu atbalstu sniedz speciāli pielāgotā darba telpā personām ar funkcionāliem traucējumiem. Darbnīcu mērķis ir veicināt personu darbības, nodarbinātībai nepieciešamo prasmju apguvi, kā arī attīstītu to sociālās un funkcionēšanas spējas (skat. 15. tabulu). Specializētās darbnīcu pakalpojuma mērķa grupa ir personas ar GRT, kurām ir grūtības iekļauties atklātā darba tirgū.

Specializētās darbnīcas pakalpojuma sniedzējs sociālā pakalpojuma sniegšanā iesaista specializētās darbnīcas profilam atbilstošu speciālistu, sociālo darbinieku un sociālo rehabilitētāju.

15. tabula. Specializētās darbnīcas pakalpojums.

<p>Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.</p>	<p>Pakalpojums dod iespēju personām ar GRT, kurām ir grūtības iekļauties atklātā darba tirgū, apgūt nodarbinātībai nepieciešamās prasmes.</p> <p>Tiek veicināta personu savstarpējās saskarsmes iemaņu attīstība un attīstīta spēja strādāt kolektīvā.</p>
<p>Pakalpojuma saturs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Personas nodarbinātības interešu un iemaņu izvērtēšana – atbilstoši vajadzībai; • darba iemaņu apguve; • individuālās vai grupu nodarbības sociālā rehabilitētāja vadībā; • sociālā darbinieka individuālās konsultācijas; • klientu informēšanas un izglītošanas pasākumi atbilstoši nepieciešamībai; • brīvā laika pasākumi.

4) APRŪPES MĀJĀS PAKALPOJUMS

Aprūpe mājās ir mājās vidē sniegts aprūpes pakalpojums pamatvajadzību apmierināšanai personām, kuras objektīvu apstākļu dēļ nevar sevi aprūpēt (skat. 16. tabulu).

Aprūpes mājās pakalpojuma apjoms tiek nodrošināts atbilstīgi individuālo vajadzību izvērtējumam un izstrādātajam individuālajam sociālās aprūpes plānam.

Pakalpojuma sniedzējs, kas nodrošina aprūpi mājās, ja nepieciešams, sociālā pakalpojuma sniegšanā iesaista aprūpētāju, sociālo aprūpētāju un darbinieku, kurš koordinē aprūpes personāla darbību.

16. tabula. Aprūpes mājās pakalpojums.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	Persona ar GRT var palikt dzīvot savā ierastajā dzīves vidē arī tad, ja objektīvu apstākļu dēļ nespēj sevi aprūpēt.
Pakalpojuma saturs.	<ul style="list-style-type: none">• Palīdzība personiskās higiēnas nodrošināšanā (mazgāšanās, inkontinences līdzekļu nomaiņa, ķemmēšanās, skūšanās, protēžu kopšana);• palīdzība apģērbties un noģērbties, gultasveļas nomaiņa;• palīdzība iekļūt gultā un izkļūt no tās, pozicionēšana;• ēdiena gatavošana un palīdzība ēdot;• pārtikas produktu, medikamentu un citu sīkpreču piegāde;• mājvietas uzkopšana (trauku mazgāšana, telpu mitrā uzkopšana, sadzīves atkritumu iznešana);• ārstniecības personas izsaukšana, atbalsts medikamentu lietošanā, sadarbībā ar dažādām institūcijām (rēķinu apmaksā);• kurināmā piegāde telpās, krāsns kurināšana;• citi pakalpojumi atbilstīgi noslēgtajam līgumam starp personu un pakalpojuma sniedzēju vai atbilstīgi sociālā dienesta noteiktajam veicamo darbu apjomam.

5) ASISTENTA PAKALPOJUMS

Asistenta pakalpojums pašvaldībā ir atbalsts mobilitātei ārpus mājokļa (skat. 17. tabulu). Asistenta pakalpojumu persona ar GRT var izmantot, lai nokļūtu darbavietā, izglītības iestādē un nokļūtu atpakaļ, apmeklētu vietas, kur saņemt sociālos pakalpojumus, kā arī varētu piedalīties dažādos sociālos un sabiedriskos pasākumos, varētu nokļūt uz ārstniecības iestādēm un dažādām institūcijām, saņemt šo institūciju pakalpojumus un nokļūt atpakaļ.

Asistenta pakalpojumu ir tiesīga sniegt fiziska persona, kurai ir darba vai personiskā pieredze saskarsmē ar personu ar invaliditāti. Personai, kas sniedz asistenta pakalpojumu, netiek izvirzītas nekādas kvalifikācijas prasības.

17. tabula. Asistenta pakalpojums.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	Asistenta pakalpojums veicina personu ar GRT mobilitāti un iesaistīšanos sabiedriskajā dzīvē, kā arī atslago personu ar GRT ģimenes locekļus.
---------------------------------------	---

Tabulas turpinājumu sk. 145. lpp.

Pakalpojuma saturs.	<ul style="list-style-type: none"> • Palīdzība pārvietojoties vidē ārpus dzīves vietas, orientēties ārējā vidē. • Palīdzība nokļūt vietā, kur persona mācās, strādā, saņem pakalpojumus. • Palīdzība pārvietoties un aprūpēt sevi izglītības iestādē, algota darba vietā. • Palīdzība būt saskarsmē ar citām fiziskajām un juridiskajām personām.
---------------------	---

6) ATBALSTA PERSONAS LĒMUMU PIENĒMŠANĀ PAKALPOJUMS (TURPMĀK – APLP PAKALPOJUMS)

APLP pakalpojums ir sociālais pakalpojums, kas tiek sniegts pilngadīgai personai ar GRT, lai atbalstītu lēmumu pieņemšanā (skat. 18. tabulu). APLP pakalpojuma mērķis ir sniegt atbalstu lēmumu pieņemšanā pilngadīgai personai ar GRT, neiespaidojot šīs personas gribu, izvēles un lēmumus, lai atbalstāmā persona pati spētu neatkarīgi pieņemt lēmumus.²⁴⁰

APLP pakalpojums nodrošina atbalstāmās personas cilvēktiesību ievērošanu, ieviešot atbalstāmās personas rīcībspējas ierobežošanai alternatīvu tiesību un interešu aizsardzības mehānismu – atbalstīto lemtspēju –, tādējādi ieviešot praksē ANO Konvencijā ietvertās garantijas uz vienlīdzīgu tiesībspējas un rīcībspējas īstenošanu un patstāvīgu dzīvi sabiedrībā, nodrošinot atbalstāmajai personai vienlīdzīgas tiesības pieņemt sev nozīmīgus lēmumus, un to, ka šie lēmumi tiek ņemti vērā.

APLP pakalpojums ietver gan uzticības pilnu attiecību veidošanu starp atbalsta personu un atbalstāmo personu, gan nepieciešamā atbalsta jomu un atbalsta sniegšanas intensitātes noteikšanu, gan atbalsta sniegšanu lēmumu pieņemšanā. Atbalsta personas pakalpojums tiek sniegts, izmantojot uz personu vērsto domāšanas un plānošanas pieeju.²⁴¹

18. tabula. APLP pakalpojums.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	<p>Atbalsta personas pakalpojuma saņēmējam</p> <ul style="list-style-type: none"> • ir iespēja paust savas vēlmes, gribu, izvēli, plānot un pašam pieņemt lēmumus par savu dzīvi, veselības un sociālo aprūpi, finansēm un īpašumiem; • ir iespēja īstenot savu lemtspēju un sasniegt savus izvirzītos mērķus; • ir iespēja pieprasīt informāciju un saņemt skaidrojumu; • ir atbalsts savas gribas, izvēles un lēmumu skaidrošanā trešajām pusēm.
Pakalpojuma saturs.	<p>APLP pakalpojuma ietvaros personām ar GRT tiek sniegts atbalsts sešās dzīves jomās.</p> <p>1. Tiesību un interešu aizstāvības jomā, piemēram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • atbalsta sniegšana atbalstāmajai personai, lai tā precīzāk izprastu savas tiesības un pienākumus, nodrošinot informētu lēmuma pieņemšanu. Īpaši svarīgi tas ir jautājumos par saistību uzņemšanos vai nepieciešamību vērsties valsts un pašvaldības iestādēs; • tādu lēmumu tiesisko seku izskaidrošana, kas rada saistības pret trešajām personām;

Tabulas turpinājumu sk. 146. lpp.

²⁴⁰ Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002, 26. pants. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/68488> [aplūkots 01.12.2025.]

²⁴¹ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovska, A., Zankovska-Odiņa S., Pūce, S. 2020. *Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem (aprobētā versija)*. RC "ZELDA", 32.–33. lpp.

<p>Pakalpojuma saturs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ar rīcībspējas ierobežojumu pārskatīšanu un atjaunošanu saistītie jautājumi, kas ietver dokumentu sagatavošanu tiesai un nepieciešamības gadījumā pārstāvības nodrošināšanu tiesā; • atbalsta sniegšana tiesību un interešu pārstāvībā valsts un pašvaldību iestādēs, t. sk. attiecībā uz pieeju sociālajiem pakalpojumiem un ar dzīvesvietu saistītiem jautājumiem; • juridiskā palīdzība administratīvo aktu, citu valsts un pašvaldību iestāžu lēmumu un tiesas nolēmumu pārsūdzēšanā; • atbalsta sniegšana atbalstāmajai personai, ja tā cietusi no noziedzīga nodarījuma vai pati izdarījusi administratīvu pārkāpumu vai noziedzīgu nodarījumu. <p>2. Finanšu jomā, piemēram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • iknedēļas vai ikmēneša budžeta plānošana (atkarībā no atbalstāmā personai nepieciešamā atbalsta intensitātes); • atbalsta sniegšana lēmumu pieņemšanā par nepieciešamajiem pirkumiem; • principiem, kurus ņemt vērā, izvēloties nepieciešamo pirkumu vai produktu (īpaši tas attiecas uz lielākiem pirkumiem, kā arī kredītaistību uzņemšanos). <p>3. Ikdienas dzīves jomā, piemēram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • atbalsts lēmumu pieņemšanā attiecībā uz pašizstāvības prasmju attīstīšanu; • atbalsts lēmumu pieņemšanā attiecībā uz pašaprūpes prasmju attīstīšanu, kas saistīta ar personīgo un apkārtējās vides higiēnu; • atbalsts lēmumu pieņemšanā izglītības iegūšanā, palīdzot nokārtot nepieciešamos dokumentus un palīdzot izvēlēties izglītības veidu, izglītības iestādi un profesiju; • atbalsts lēmumu pieņemšanā nodarbinātības jautājumu risināšanā, sniedzot atbalstu ne tikai profesijas izvēlē, bet arī, palīdzot atbalstāmā personai pārrunāt ar NVA darbiniekiem, potenciālo darba devēju un darba kolēģiem (ja tas nepieciešams, lai pilnveidotu komunikācijas un saskarsmes prasmes); • atbalsts lēmumu pieņemšanā, palīdzot attīstīt komunikācijas prasmes, kas ietver: <ul style="list-style-type: none"> ◦ atbalstu komunikācijā ar ģimenes locekļiem; ◦ drošas komunikācijas ar sabiedrību apgūšanu; ◦ konfliktu risināšanas pamatu un prasmju apgūšanu. <p>4. Veselības aprūpes jomā (līdz ārsta kabinetam), piemēram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • atbalsta sniegšana lēmumu pieņemšanā nepieciešamo medicīnisko pakalpojumu izvēlē un piekļuvē; • atbalsta sniegšana lēmumu pieņemšanā, atbalstāmajai personai komunicējot ar veselības aprūpes speciālistiem, piemēram, līdzdalība (tikai ar atbalstāmās personas un ārsta piekrišanu) ārsta konsultācijas laikā, lai varētu precīzāk izskaidrot ārsta sniegto informāciju, līdzdalība (tikai ar atbalstāmās personas un pakalpojuma sniedzēja piekrišanu) veicamo izmeklējumu vai rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas laikā, lai varētu izskaidrot dotās instrukcijas, procedūru nepieciešamību un palīdzētu pieņemt atbilstošu lēmumu.
-----------------------------------	---

<p>Pakalpojuma saturs.</p>	<p>5. Sociālās aprūpes jomā, piemēram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • atbalsts lēmumu pieņemšanā, lai saņemtu sociālos pakalpojumus: <ul style="list-style-type: none"> ◦ palīdzēt atbalstāmajai personai izvērtēt savas stiprās puses un vajadzības (lai izprastu, kur atbalstāmajai personai ir vajadzīgi profesionāļu sniegti sociālie pakalpojumi un kur atbalstāmā persona spēj tikt galā patstāvīgi vai ar tuvinieku vai draugu atbalstu); ◦ izskaidrot sociālo pakalpojumu pieejamību; ◦ palīdzēt komunikācijā ar sociālo dienestu; • atbalstāmās personas motivēšana izmantot esošos sociālos pakalpojumus savu sociālo problēmu risināšanai, lai atbalstāmā persona varētu pilnvērtīgi piedalīties šo pakalpojumu īstenošanā; • atbalsts lēmumu pieņemšanā saistībā ar individuālo budžetu un sociālo pakalpojumu organizēšanu, (t. sk. plānošanu, vajadzību izvērtēšanu, plāna sastādīšanu un novērtēšanu). <p>6. Atbalsta loka veidošanā, piemēram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hobiju un interešu noskaidrošana; • atbalsta sniegšana jaunu draugu un paziņu meklēšanā, palīdzot atrast interešu izglītības un brīvā laika pavadīšanas iespējas; • komunikācijas prasmju attīstīšana. <p>APLP pakalpojumu var saņemt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pilngadīga persona; • ar GRT; • kurai ir I, II vai III²⁴² invaliditātes grupa. <p>Pirms pakalpojuma piešķiršanas APLP pakalpojuma sociālais darbinieks kopā ar potenciālo pakalpojuma saņēmēju veic personas vajadzību izvērtējumu²⁴³, nosakot provizoriskās pakalpojuma piešķiršanas jomas, vēlamo atbalsta intensitātes līmeni un piešķiramo pakalpojuma stundu apjomu. Atkarībā no izvērtējuma personai tiek piedāvāts saņemt pakalpojumu astoņas (1. atbalsta intensitātes līmenis); divdesmit (2. atbalsta intensitātes līmenis) vai trīsdesmit piecas (3. atbalsta intensitātes līmenis) stundas mēnesī.</p> <p>Pakalpojums personai tiek piešķirts uz 12 mēnešiem. Pakalpojumu var piešķirt atkārtoti, izvērtējot personas vajadzības.</p> <p>Uzsākot personai sniegt pakalpojumu, izmantojot uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodes, kopā ar atbalstāmo personu tiek sagatavots individuālais atbalsta plāns.</p>
-----------------------------------	--

²⁴² Atbilstoši Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 59. panta otrajai daļai personas ar III invaliditātes grupu pakalpojumu varēs sākt saņemt no 2026. gada 1. janvāra.

²⁴³ Ministru kabineta 2023. gada 31. oktobra noteikumu Nr. 625 "Noteikumi par atbalsta personu lēmumu pieņemšanā pakalpojumu" pielikums. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/346948-noteikumi-par-atbalsta-personu-lemumu-pienemsana-pakalpojumu> [01.12.2025.]

7) ĢIMENES ASISTENTA PAKALPOJUMS

Šis pakalpojums nodrošina personai atbalstu un apmācību sociālo prasmju apgūšanā, bērna aprūpē un audzināšanā, mājsaimniecības vadīšanā saskaņā ar individuāli izstrādātu sociālās rehabilitācijas plānu (skat. 19. tabulu).

Ģimenes asistenta pakalpojums tiek sniegts personas mājās vidē.

Ģimenes asistents neko nedara personas vietā, bet dara kopā ar personu.

Tiesības sniegt ģimenes asistenta pakalpojumu ir personām, kuras ieguvušas augstāko izglītību sociālajā darbā, sociālās aprūpes vai sociālās rehabilitācijas jomā, augstāko izglītību pedagoģijā vai psiholoģijā, vai profesionālo vidējo izglītību sociālās vai veselības aprūpes jomā.

19. tabula. Ģimenes asistenta pakalpojums.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	Personai ir iespēja dzīvot savā pierastajā mājās vidē arī tad, ja personai ir nepietiekamas sociālās prasmes.
Pakalpojuma saturs.	<ul style="list-style-type: none">Personas esošo resursu aktivizēšana, lai veicinātu personas spēju funkcionēt patstāvīgi;pamatvajadzību nodrošināšanas prasmju attīstība (ēdiena gatavošana, droša vide, obligāto maksājumu veikšana, budžeta plānošana).

8) INDIVIDUĀLĀS SOCIĀLĀS REHABILITĀCIJAS PROGRAMMAS PAKALPOJUMS

Vairāki sociālo pakalpojumu sniedzēji ir izstrādājuši un piedāvā **individuālās sociālās rehabilitācijas programmas**, kuras tiek nodrošinātas Rīgas valstspilsētā ar pašvaldības finansējumu (skat. 20. tabulu). Šī pakalpojuma mērķis ir palīdzēt personai ar GRT uzturēt un attīstīt sociālās funkcionēšanas prasmes, sniedzot psihosociālo palīdzību, iesaistot nodarbinātības veicināšanas pasākumos un atbalstot personas iesaisti aktīvā darba tirgū.

Pakalpojumā ietilpst:

- izvērtējums par personas atbilstību programmas izstrādes un īstenošanas kritērijiem;
- individuālā sociālās rehabilitācijas plāna izstrāde;
- individuālā sociālās rehabilitācijas plāna īstenošana;
- individuālā sociālās rehabilitācijas plāna īstenošanas uzraudzība;
- atskaišu sagatavošana par sniegtajiem pakalpojumiem un sasniegtajiem īstermiņa un ilgtermiņa mērķiem.

<p>Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.</p>	<p>Līdzdalība programmā pakalpojuma saņēmējam nodrošina iespēju uzturēt un attīstīt sociālās funkcionēšanas prasmes, saņemot psihosociālo palīdzību un atbalstu, personai iesaistoties aktīvā darba tirgū.</p> <p>Programmas ietvaros pakalpojuma saņēmējam ir iespēja saņemt palīdzību:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sadzīves un pašaprūpes prasmju apgūšanā un nostiprināšanā; • dienas ritma un saturīga laika pavadīšanas plānošanā; • personiskās naudas izlietojuma plānošanā un iepērkoties; • rūpējoties par izskatu un personīgo higiēnu; • orientējoties apkārtējā vidē. <p>Programmas ietvaros pakalpojuma saņēmēji tiek informēti un izglītoti par dažādām tēmām, piemēram, par:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiesību un interešu pārstāvības un aizsardzības jautājumiem, kā arī par personas atbildību; • saskarsmi ar līdzcilvēkiem; • ugunsdrošību, elektrodrošību un personisko drošību; • veselību un higiēnu; • cilvēka seksualitāti. <p>Pakalpojuma saņēmējam tiek nodrošināta palīdzība citu iemaņu un prasmju, kas nepieciešamas sociālās funkcionēšanas prasmju uzturēšanai un attīstībai, apgūvē atbilstīgi personas individuālajām vajadzībām.</p> <p>Pakalpojuma saņēmējam tiek nodrošinātas iespējas papildināt zināšanas un prasmes ārpus formālās un interešu izglītības, īstenojot dažādus neformālus izglītības pasākumu, projektus un programmas.</p>
<p>Pakalpojuma saturs.</p>	<p>Vispirms personai tiek veikts sākotnējais vajadzību izvērtējums, vērtējot arī atbilstību individuālās sociālās rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanas kvalitatīvajiem kritērijiem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • persona ir sasniegusi 18 gadu vecumu; • personai ir GRT; • persona vēlas iesaistīties pakalpojumā brīvprātīgi; • persona ir vērsta uz sadarbību; • vēlas saņemt pakalpojumu; • aktīvi iesaistās palīdzības saņemšanā. <p>Personas rīcībspēja netiek vērtēta, un rīcībspējas ierobežojumu noteikšana nevar būt šķērslis dalībai individuālās sociālās rehabilitācijas pakalpojumā.</p> <p>Personas kritika pret GRT esamību netiek vērtēta, un kritikas trūkums nevar būt šķērslis dalībai individuālās sociālās rehabilitācijas pakalpojumā.</p> <p>Izmantojot uz personu vērstās domāšanas un plānošanas un atbalstītās lemtspējas metodes, katrai personai izstrādā individuālu sociālās rehabilitācijas plānu, izvirzot īstermiņā un ilgtermiņā sasniedzamos mērķus. Plānu izstrādā un īsteno multidisciplināra komanda, kurā tiek piesaistīti dažādi speciālisti.</p>

Tabulas turpinājumu sk. 150. lpp.

²⁴⁴ Pakalpojuma apraksts balstīts uz biedrības RC ZELDA 2016. gadā izveidotā sociālā pakalpojuma – Individuālā sociālās rehabilitācijas programma – aprakstu. Sociālais pakalpojums tika īstenots 2016.–2019. gadā.

<p>Pakalpojuma saturs.</p>	<p>Individuālās sociālās rehabilitācijas plāns tiek sastādīts uz sešiem mēnešiem, reizi mēnesī veicot novērtējumu par sasniegtajiem mērķiem un nepieciešamām korekcijām plāna īstenošanā.</p> <p>Pakalpojums tiek sniegts, izmantojot atbalstītās lemtspējas un uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodes.</p> <p>Pakalpojumā sasniedzamie rezultāti: pakalpojuma saņēmēju sociālās funkcionēšanas prasmju uzlabošanās (pašaprūpes prasmju attīstīšana, ikdienas budžeta plānošanas prasmju attīstīšana, spējas orientēties apkārtējā vidē uzlabošanās, atsevišķiem pakalpojuma saņēmējiem – arī lasītprasmes un rakstītprasmes apgūšana).</p> <p>Individuālās sociālās rehabilitācijas programmas pakalpojums var tikt pārtraukts, ja tiek konstatēts vismaz viens no šiem apstākļiem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • persona rakstiski lūdz pārtraukt pakalpojumu; • pašvaldība pārtrauc finansēt pakalpojuma īstenošanu; • persona ir apguvusi nepieciešamās funkcionēšanas un pašaprūpes spējas, un pakalpojumā noteiktie īstermiņa un ilgtermiņa mērķi ir sasniegti; • persona apdraud vai izsaka draudus darbiniekiem vai piesaistītajiem speciālistiem; • persona ilgstoši un aktīvi nesadarbojas, kā arī, ja persona neuzņemas atbildību par plānā noteikto darbību veikšanu.
-----------------------------------	---

9) ATBALSTA GRUPAS UN GRUPU NODARBĪBAS

Atbalsta grupās, saņemot psihologa atbalstu un palīdzību, kā arī daloties savstarpējā pieredzē, tiek pārrunātas aktuālākās grūtības un meklēti risinājumi (skat. 21. tabulu).

21. tabula. Atbalsta grupas, pašpalīdzības grupas un grupu nodarbības.

<p>Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.</p>	<p>Personai tiek dota iespēja saņemt atbalstu no līdzīgā situācijā esošiem grupas dalībniekiem. Tas veicina personas spēju labāk izprast problēmsituācijas un rast tām risinājumu.</p> <p>Atbalsta grupa dod iespēju satikt cilvēkus ar līdzīgiem funkcionāliem traucējumiem, tā palīdz veidot kopības izjūtu un grupas dalībniekiem kļūt atvērtākiem jaunām idejām un risinājumiem.</p>
<p>Pakalpojuma saturs.</p>	<p>Atbalsta grupa darbojas saskaņā ar grupas darbības noteikumiem, kuri ir pieņemami visiem grupas dalībniekiem.</p> <p>Grupas darbības pamatnoteikums ir konfidencialitāte.</p> <p>Atbalsta grupu vada vadītājs – persona, kura veicina grupas darba procesu.</p> <p>Atbalsta grupas tikšanās ir regulāras.</p>

10) ĪSLAICĪGĀS SOCIĀLĀS APRŪPES PAKALPOJUMS (ATELPAS BRĪŽA PAKALPOJUMS)

Atelpas brīža pakalpojuma sniedzējs nodrošina personām ar funkcionāliem traucējumiem īslaicīgu sociālo aprūpi līdz 30 diennaktīm gadā, aizstājot aprūpes procesā mājsaimniecības locekļus (skat. 22. tabulu).

Atelpas brīža pakalpojums tiek nodrošināts ne mazāk kā diennakti (24 stundas).

Pakalpojuma apjoms tiek noteikts līgumā, kurš tiek slēgts ar klientu, vai atbilstoši sociālā dienesta izstrādātajam sociālās aprūpes vai sociālās rehabilitācijas plānam, ja pakalpojums tiek nodrošināts saskaņā ar sociālā dienesta lēmumu par atelpas brīža pakalpojuma piešķiršanu.

22. tabula. Atelpas brīža pakalpojums.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	Personai ir iespēja periodiski dzīvot ārpus ierastās mājas vides, kas veicina personas patstāvīgas dzīves iemaņu apgūšanu un pašnoteikšanās prasmju apguvi.
Pakalpojuma saturs.	<ul style="list-style-type: none">Personas uzraudzība un individuāls atbalsts aprūpē atbilstoši nepieciešamībai;palīdzība pašaprūpē un personiskās higiēnas nodrošināšanā atbilstoši nepieciešamībai;sociālā darbinieka konsultācijas atbilstoši nepieciešamībai;kognitīvo spēju uzturēšana vai attīstīšana;prasmju un kustību attīstību veicinošas nodarbības;brīvā laika aktivitātes un relaksējošās nodarbības;pastaigas svaigā gaisā;klientu informēšanas un izglītošanas pasākumi atbilstīgi nepieciešamībai;vecumam, veselības stāvoklim un uztura normām atbilstīga ēdināšana vismaz trīs reizes dienā;speciālista konsultācija (fizioterapeita, ergoterapeita, fizikālās medicīnas un rehabilitācijas ārsta, logopēda, psihiatra vai psihologa) pēc nepieciešamības un iespējām;izmitināšana klienta vajadzībām pielāgotās telpās;citi pakalpojumi atbilstoši noslēgtajam līgumam starp klientu un pakalpojuma sniedzēju vai atbilstoši pašvaldības sociālā dienesta noteiktajam veicamo darbu apjomam.

No 2025. gada janvāra saskaņā ar Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma grozījumiem visām Latvijas pašvaldībām neatkarīgi no to lieluma un iedzīvotāju skaita ir pienākums nodrošināt vienādu minimālo sociālo pakalpojumu grozu. Minimālajā sociālo pakalpojumu grozā ietilpst:

1) *No 2025. gada nodrošināmi:*

- aprūpes mājās pakalpojums (personām ar smagiem funkcionāliem traucējumiem);
- krīzes centra pakalpojums (krīzes situācijā nonākušām personām);
- grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojums (personām ar GRT);
- ilgstošas sociālās aprūpes pakalpojums institūcijā (pilngadīgām personām ar smagiem funkcionāliem traucējumiem, bāreņiem un bez vecāku apgādības palikušiem bērniem);
- patversmes vai naktspatversmes pakalpojums (personām bez noteiktas dzīvesvietas un krīzes situācijā nonākušām personām).

2) *No 2026. gada nodrošināmi:*

- dienas aprūpes centra pakalpojums (personām ar smagiem funkcionāliem traucējumiem);
- atelpas brīža pakalpojums (bērniem ar invaliditāti, kuriem ir VDEĀVK atzinums par īpašas kopšanas nepieciešamību, personām ar I grupas invaliditāti, kā arī personām ar GRT, kurām ir noteikta II grupas invaliditāte);
- specializētās darbnīcas pakalpojums (personām ar GRT).

3) *No 2027. gada nodrošināms:*

- sociālā mentora pakalpojums sociālās rehabilitācijas ietvaros bērniem ar uzvedības vai atkarības problēmām, un jauniešiem ārpusģimenes aprūpē un pēc tās.

4) *No 2028. gada nodrošināms:*

- ģimenes asistenta pakalpojums (ģimenēm ar bērniem, personām ar GRT, kā arī pilngadību sasniegušiem bāreņiem un bez vecāku gādības palikušiem bērniem pēc ārpusģimenes aprūpes beigšanās).

5) *No 2029. gada nodrošināmas:*

- sociālās rehabilitācijas programmas sociālās rehabilitācijas pakalpojuma ietvaros bērniem ar uzvedības problēmām vai augstiem to attīstības riskiem.

Papildus minimālajam sociālo pakalpojumu grozam pašvaldības atbilstoši nepieciešamībai un finansiālajām iespējām var nodrošināt arī citus sociālos pakalpojumus.

5.4.4. Citi sabiedrībā balstīti pakalpojumi Latvijā

1) **Subsidētais darbs** ir aktīvās nodarbinātības pasākums. Tā mērķis ir palīdzēt personai, kura ir bezdarbnieks, izprast darba tirgus prasības, veicināt personas iekļaušanos sabiedrībā un iekārtošanos patstāvīgā darbā.²⁴⁵ Nodarbinātības ilgums pasākumā ir 24 mēneši. Lai iesaistītos pasākumā, personai ir jāgriežas Nodarbinātības valsts aģentūras (turpmāk – NVA) filiālē, kurā persona ir reģistrējusies kā bezdarbnieks (skat 23. tabulu).

23. tabula. Subsidētais darbs.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	Iespēja labāk izprast atklātā darba tirgus prasības, veidot sadarbību ar potenciālu pastāvīgā darba devēju.
Pakalpojuma saturs.	Darba devējs personai nodrošina kvalificētu darba vadītāju, kas palīdz apgūt pamatdarbam nepieciešamās prasmes un iemaņas. Persona ar invaliditāti var saņemt ergoterapeita, surdotulka, atbalsta personas pakalpojumus, kā arī tiek nodrošināta darbavietas pielāgošana atbilstīgi katra bezdarbnieka ar invaliditāti veselības vajadzībām.

2) **Sociālais uzņēmums** ir sabiedrība ar ierobežotu atbildību, kurai Sociālā uzņēmuma likumā noteiktajā kārtībā ir piešķirts sociālā uzņēmuma statuss un kura veic labvēlīgu sociālo ietekmi radošu saimniecisko darbību (sociālo, veselības aprūpes vai izglītības pakalpojumu sniegšanu, iekļaujošas pilsoniskas sabiedrības veidošanu, izglītības veicināšanu, atbalstu zinātnei, vides aizsardzību un saglabāšanu,

²⁴⁵ Nodarbinātības valsts aģentūra. *Subsidētās darba vietas. (Pasākums noteiktām personu grupām)*. Pieejams: <https://www.nva.gov.lv/lv/subsidetas-darba-vietas-pasakumi-noteiktam-personu-grupam-bezdarbniekiem> [aplūkots 04.12.2025.]

dzīvnieku aizsardzību vai kultūras daudzveidības nodrošināšanu). Sociālo uzņēmumu darbības spektrs un risināmo problēmu loks ir plašs (skat. 24. tabulu).

Sociālais uzņēmums var darboties arī kā darba integrācijas uzņēmums vai kā uzņēmums, kas rada darbavietas kādai noteiktai personu grupai, piemēram, personām ar GRT.

24. tabula. Sociālais uzņēmums.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	Personas, kurām ir grūtības iekļauties atklātā darba tirgū, var strādāt un uzlabot savu materiālo situāciju.
Pakalpojuma saturs.	Personas strādā atbilstīgi savām spējām, var būt nodrošināts elastīgs darba laiks, ņemot vērā personas individuālās vajadzības.

5.4.5. Sabiedrībā balstīti pakalpojumi citu valstu praksē

1) **Atbalstītās dzīves pakalpojums** nodrošina iespēju personai ar GRT dzīvot tā, kā persona pati vēlas. Pakalpojums dod personai izvēles iespējas, ar ko dzīvot kopā, izvēli, kur dzīvot, un izvēli, kas personai sniegs atbalstu un kāds atbalsts ir nepieciešams. Atbalstītās dzīves pakalpojumā personām tiek sniegts atbalsts, lai persona varētu pati kontrolēt savu dzīvi.

Atbalstītās dzīves pakalpojums ir populārs Eiropas valstīs, piemēram, Apvienotajā Karalistē un Vācijā. Latvijā šis pakalpojums nav attīstīts.

Saņemot atbalstītās dzīves pakalpojumu, persona var dzīvot savā mājoklī vai arī mājoklī var dzīvot kopā divas līdz trīs personas, kuras saņem atbalstītās dzīves pakalpojumu. Personāls periodiski apmeklē pakalpojuma saņēmējus, lai sniegtu palīdzību ikdienas aktivitāšu veikšanā. Piemēram, lai motivētu personu no rītiem celties un doties uz mācībām vai darbu, lai palīdzētu veikt vienkāršus ikdienas mājas darbus un iepirkumus, kā arī sniegtu atbalstu citās aktuālās jomās.

2) **Atbalstītais darbs** ir starptautiski atzīts atbalsta veids personām ar GRT, lai veicinātu personu ar GRT nodarbinātību atklātā darba tirgū (skat. 25. tabulu).

Atbalstītais darbs ir personalizēts atbalsta modelis, lai persona ar GRT varētu iegūt un strādāt darbu atklātā darba tirgū. Atbalstītā darba pamatā ir atziņa, ka ikviena persona var būt nodarbināta, ja persona pati to vēlas un ja tiek nodrošināts personas vajadzībām atbilstīgs atbalsts.²⁴⁶

25. tabula. Atbalstītais darbs.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	Persona saņem atbalstu, lai iegūtu un saglabātu apmaksātu darbu atklātā darba tirgū. Darba izvēles process ļauj apzināt personai savas spējas, esošās prasmes un intereses. Iespēja iesaistīties atklātā darba tirgū paaugstina personas pašapziņu un uzlabo personas ekonomisko situāciju.
---------------------------------------	---

Tabulas turpinājumu sk. 154. lpp

²⁴⁶ What is supported employment. *Base*. Pieejams: <https://www.ncd.gov/2015/02/24/national-council-on-disability-releases-home-and-community-based-services-creating-systems-for-success-at-home-at-work-and-in-the-community/> [aplūkots 4.12.2025.]

Pakalpojuma saturs.	<p>Persona saņem individuāli izstrādātu, personas vajadzībām atbilstošu atbalstu gan darba meklēšanas procesā, gan strādājot atalgotu darbu atklātā darba tirgū.</p> <p>Tiek nodrošināta nodarbinātības prasmju attīstība.</p> <p>Sniedzot atbalstu, tiek iesaistīts kā darba devējs, tā citi darba kolēģi.</p>
----------------------------	---

3) Kluba māja. Kluba mājas psihosociālās rehabilitācijas modeli²⁴⁷ ASV pagājušā gadsimta 40. gados izveidoja Ņujorkas Roklendā slimnīcas bijušie pacienti un brīvprātīgie. Pirmā kluba māja *Fountain House* tika atvērta 1948. gadā Ņujorkā (skat. 26. tabulu). Kluba māja ir kopiena, kas organizēta ar mērķi palīdzēt cilvēkiem ar nopietnām, ilgstošām psihiskām saslimšanām sadzīvot ar savu slimību, atgūt zaudētās darba spējas, iegūt izglītību, ģimeni un draugus. Cilvēki, kas nāk uz kluba māju, tiek saukti par biedriem (*members*), un tie ir dažādu vecumu pieaugušie, kuru mērķis kluba mājas ietvaros ir sadzīvot ar savu saslimšanu. Kluba māja veidota kā atbalsta sistēma, nevis kā pakalpojums vai terapijas programma. Šīs atbalsta sistēmas pamatā ir partnerattiecības starp biedriem un personālu.

Jauni biedri tiek uzņemti saskaņā ar kluba mājas kopienas lēmumu. Iespēja būt par biedru organizācijā nozīmē būt kaut kam piederīgam – tas nozīmē arī, ka biedram ir vieta, kur viņš/-a vienmēr ir gaidīts/-a. Par kluba mājas biedru var kļūt jebkura persona ar garīgās veselības problēmām, ja vien šī persona nerada nopietnus un pastāvošus draudus kluba mājas kopienas vispārējai drošībai. Biedri paši izvēlas veidu, kā izmantot kluba mājas piedāvātās iespējas, kā arī personālu, kas ar viņiem strādās. Nav tādu līgumu, vienošanos, sarakstu vai noteikumu, kas uzspiestu dalību programmā.

Kad kluba māja ir izveidojusies, tai iespējams iziet sertifikāciju, kuru piešķir Starptautiskais kluba mājas attīstības centrs ICCD (*International Center for Clubhouse Development*),²⁴⁸ kas vērtē izveidoto klubu māju modeļu kvalitāti.

26. tabula. Kluba māja.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	<p>Kluba māja sniedz cilvēkiem ar psihosociāliem traucējumiem iespēju pašrealizēties. Kluba māja nodrošina (ICCD 2011):</p> <ul style="list-style-type: none"> • aizpildītu darbdienu, kurā biedru talanti un prasmes tiek atzīti un izmantoti kluba mājas ietvaros; • dalību kopīgā lēmumu pieņemšanā par visiem būtiskiem kluba mājas darbības jautājumiem; • iespēju iegūt algotu darbu pagaidu nodarbinātības vai atbalstītās un neatkarīgās nodarbinātības programmās; • saņemt atbalstu izglītības programmu apgūšanai; • atbalstu krīzes situācijās; • iespēju iesaistīties brīvā laika pavadīšanas pasākumos vakaros un nedēļas nogalēs; • palīdzību droša, piemērota un pieejama mājokļa atrašanā.
---------------------------------------	--

²⁴⁷ Kluba mājas psihosociālās rehabilitācijas modeļa apraksts sagatavots pēc Hänninen, E., Afzal, J., & Wahlberg, H. (2014) *Community-based rehabilitation and the Clubhouse Model as means to recovery and mental health services reform*. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 76(3).; Jackson, R. L. (2000) *The Clubhouse Model: Empowering Applications of Theory to Generalist Practice*. Belmont, CA: Cengage Learning un Ievas Leimanes-Veldmeijeres 2002. gada mācību praksē *Fountain House* (Ņujorkā) gūtās pieredzes un materiāliem.

²⁴⁸ Vairāk informācijas sk.: Clubhouse International. *International Standards for Clubhouse Programs* Pieejams: <https://clubhouse-intl.org/resources/quality-standards/> [aplūkots 11.12.2025.]

Pakalpojuma saturs.

Līdzdalība kluba mājas aktivitātēs ir pilnībā brīvprātīga, bez laika ierobežojumiem. Kluba mājai ir pastāvīga atrašanās vieta. Tā nav saistīta ne ar vienu garīgās veselības centru vai citām iestādēm, un tajā netiek īstenotas citas programmas. Kluba mājas telpas ir piemērotas biedru nodarbināšanai. Vienlaikus tās ir omulīgas un pietiekami plašas, lai tajās esošajām personām ļautu izjust sev veltīto cieņu. Kluba māja ir tikšanās vieta, kur lēmumus, kluba mājas turpmāko attīstības politiku un ikdienas aktivitāšu plānu kluba mājas biedri un personāls pieņem kopā.

Kluba mājas aktivitāšu pamatā ir noteikta darbakārtība astoņu stundu garumā. Kluba māja ir atvērta vismaz piecas dienas nedēļā. Darba diena kluba mājā ir tikpat gara kā parasta darba diena. Parastā darba dienā kluba mājā līdzās strādā gan biedri, gan personāls; kopā tiek gatavotas maltītes, atbildēts uz tālruņa zvaniem, izdota iknedēļas avīze, organizēta pasta nosūtīšana un piegāde biedriem, organizēta darbā iekārtošana vai mājokļa atbalsta programma. Tāpat biedri un darbinieki kopā piedalās interešu aizstāvības aktivitātēs un jebkurā kluba mājai svarīgā projektā. Tiklīdz biedri kļūst pašapzinīgāki, viņi var izvēlēties turpināt izglītību vietējā universitātē vai caur kluba mājas atbalstītā darba programmām atgriezties nepilna laika darbā.

Tā kā kluba mājas programma ir vērsta uz biedru spēkiem, talantiem un spējām, tajā nav paredzēts īstenot kādas medicīniska rakstura vai terapijas programmas. Kluba mājā netiek veikts nekāda rakstura darbs (ne apmaksāts, ne neapmaksāts) trešo personu vai aģentūru labā. Biedri par kluba mājā veikto darbu nesaņem atlīdzību, kā arī nav iesaistīti mākslīgās atalgošanas sistēmās.

Kluba mājā ir izveidota viena vai vairākas darbības nodaļas: katrā nodaļā ir pietiekams darbinieku un biedru skaits, kā arī veicams pietiekami daudz jēgpilna darba. Kluba mājā veicamais darbs ir paredzēts nevis kā konkrēta darba apmācība, bet gan tāpēc, lai palīdzētu saviem biedriem atgūt pašvērtību, mērķi un pārliecību. Biedri var piedalīties jebkāda veida darbībās, kas tiek veiktas kluba mājā, tostarp administratīvajos darbos, pētniecībā, biedru uzņemšanā un iesaistīšanā, saziņā ar klāt neesošajiem biedriem, personāla pieņemšanā darbā, apmācīšanā un novērtēšanā, sabiedriskajās attiecībās, konsultēšanā un kluba mājas darbības efektivitātes novērtēšanā.

Kluba māja piedāvā gan pagaidu nodarbinātības programmu, gan atbalstītās un neatkarīgās nodarbinātības programmas. Pagaidu nodarbinātības programmas ietvaros kluba māja garantē, ka gadījumā, ja kāds biedrs nevar turpināt darbu, viņa vietu ieņems cits biedrs. Pagaidu nodarbinātība ir nepilna laika un ierobežota ilguma, parasti no 15–20 stundām nedēļā un no sešiem līdz deviņiem mēnešiem ilgi. Biedru atlase un apmācība dalībai pagaidu nodarbinātības programmā ir kluba mājas, nevis darba devēja pienākums.

Savukārt atbalstītās un neatkarīgās nodarbinātības programmu mērķis ir palīdzēt saviem biedriem atrast piemērotu darbu un saglabāt to. Ja biedrs ir atradis darbu atbalstītās nodarbinātības programmas ietvaros, kluba māja uztur attiecības ar strādājošo biedru un darba devēju. Vēlamā atbalsta veidu, biežumu un atrašanās vietu nosaka paši biedri kopā ar personālu.

4) Individuālā programma pārejas posmam no jaunieša uz pieauguša cilvēka vecumposmu.

Individuālā programma pārejas posmam jauniešiem ar GRT uz pieaugušas personas vecuma posmu ir cieši saistīta ar personas individuālo izglītības plānu. Programmas ietvaros tiek izstrādāts plāns, lai palīdzētu personai ar GRT izvirzīt nākotnes mērķus, kā arī lai sekmīgāk un mazāk traumatiski īstenotu pāreju no izglītības vides uz pieaugušas personas vecumposmu, kurā nozīmīga loma ir atbilstošām nodarbinātības aktivitātēm. Pārejas posma programmām ir divi svarīgi komponenti.

Pirmais komponents ir plāns, kurš ietver jaunieša ar GRT dzīves mērķus, sasniedzot pieaugušas personas vecumposmu. Plāns aptver tādas jomas kā neatkarīga dzīve, nodarbinātība (t. sk. atbalstītais darbs), turpmākā izglītība, pašnoteikšanās prasmes.

Otrais programmas komponents ir starpinstitucionālās sadarbības īstenošana. Gadījuma vadītājs parasti ir izglītības iestāde, kas veido sadarbību starp izglītības iestādi, citām institūcijām un pakalpojumu sniedzējiem. Tieši starpinstitucionālā sadarbība ir noteicošais faktors veiksmīgai pārejas posma īstenošanai.

Individuālās pārejas posma programmas tiek īstenotas daudzās Eiropas un pasaules valstīs. Latvijā līdz šim šādas programmas kā pastāvīgs pakalpojums nav ieviestas.²⁴⁹

5) **Līdzinieku sniegti (Peer-led) pakalpojumi.** Līdziniekus vieno līdzīga nozīmīga dzīves pieredze. Termiņš “līdzinieks” nozīmē, ka persona ir pieredzējusi līdzīgas grūtības pagātnē kā psihiatrijas pakalpojumu lietotājs/-a.²⁵⁰ Pakalpojumus sniedz līdzinieku vadītas organizācijas, kurām var būt dažādi pamatuzdevumi, piemēram, apmācību un konsultāciju sniegšana par to, kā izmantot pieejamos garīgās veselības aprūpes pakalpojumus, vai arī dažādu pakalpojumu nodrošināšana personām ar GRT (piemēram, pieejas tālrunim, internetam, veļas mazgāšanas nodrošināšana, datorapmācība un biroja tehnikas lietošanas apmācība; apmācība par medikamentu lietošanu, blakusparādībām un saslimšanu raksturu; apmācība par personu ar GRT tiesībām; organizācijas vadīšanas iemaņām).

Sastopamas arī līdzinieku vadītas specializētas atbalsta sniegšanas organizācijas, kas paredzētas konkrētu individuālu problēmu, piemēram, krīzes situāciju, bezdarba, mājokļa trūkuma risināšanai.²⁵¹

Līdzinieku organizāciju sniegto pakalpojumu piemēri sastopami vairākās valstīs.

Īrijā līdzinieku interešu aizstāvji drīkst tikt ar personām, kuras ievietotas psihiatriskajā slimnīcā bez piekrišanas. Līdzinieks sniedz slimnīcā ievietotajiem informāciju par tiesībām, uzņemšanas rīkojumiem, kārtību u. tml., kā arī visu nepieciešamo atbalstu tribunāla²⁵² sēdes laikā.²⁵³

Ņujorkā (ASV) līdzinieku organizācija *Community Access* sniedz atbalstītā mājokļa pakalpojumus cilvēkiem ar zemu ienākumu līmeni un viņus atbalsta nodarbinātībā, piedāvājot darba un dzīves prasmju apmācību, palīdzot atgriezties darba tirgū.²⁵⁴

Zviedrijā kopš 2000. gada darbojas personiskā ombuda pakalpojums. Ļoti labi funkcionējošu šī pakalpojuma modeli ir izveidojusi NVO *PO Skåne*, kuru izveidoja personu ar GRT organizācija (*the Swedish National Association for Social and Mental Health*) un ģimenes organizācija (*the Swedish Schizophrenia*

²⁴⁹ California State University, Los Angeles. *Individualized Transition Plan (ITP)*. Pieejams: <https://www.calstatela.edu/coe/cats/individualized-transition-plan-itp> [aplūkots 11.12.2025.]

²⁵⁰ Leimane-Veldmeijere, I., Pavlovska, A., Erdmane, A. un George, Dž. (2024). *Rokasgrāmata psihiatrijas pakalpojumu lietotājiem “Līdzīgs palīdz līdzīgam”* (2. pārstrādātais izdevums). Rīga: Biedrība “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “ZELDA””, 10. lpp. Pieejams: https://zelda-cms.b-cdn.net/Peer_Final_10_2024_0e4008a692.pdf [aplūkots 11.12.2025.]

²⁵¹ Turpat, 14 lpp.

²⁵² Garīgās veselības tribunāls (*Mental Health Tribunal*) pieņem lēmumu, vai persona ievietojama un ārstējama psihiatriskajā slimnīcā bez piekrišanas.

²⁵³ Leimane-Veldmeijere, I., Pavlovska, A., Erdmane, A. un George, Dž. (2024). *Rokasgrāmata psihiatrijas pakalpojumu lietotājiem “Līdzīgs palīdz līdzīgam”*, 22.–24. lpp.

²⁵⁴ Turpat, 28.–29. lpp.

Fellowship Association). PO Skåne pilnībā vada personas ar psihosociāliem traucējumiem. Organizācijas nodrošinātais personiskā ombuda pakalpojums atbalsta tās personas ar psihosociāliem traucējumiem, kuras ir visgrūtāk sasniedzamas (bezpajumtniekus vai tos, kuri dzīvo lielā izolētībā). Personiskais ombuds darbojas tikai ar personas, kuru tas atbalsta, atļauju. Var paiet vairāki gadi līdz uzticības pilnu attiecību izveidošanai, kas ļauj risināt atbalsta saņēmējam būtiskus jautājumus. Personiskajam ombudam jāspēj sniegt atbalstu dažādos jautājumos. Saskaņā ar līdzšinējo pakalpojuma sniegšanas pieredzi atbalstītajām personām prioritārie jautājumi nav bijuši mājokļa vai nodarbinātības jautājumi, bet gan eksistenciālie jautājumi (Kāpēc man vajadzētu dzīvot? Kāpēc mana dzīve ir kļuvusi par psihiatrijas pacienta dzīvi? Man ir jebkāda cerība uz pārmaiņām?), kā arī seksualitātes jautājumi un attiecību ar tuviniekiem problēmas.²⁵⁵ Paši personiskā ombuda pakalpojuma sniedzēji uzsver, ka personiskā ombuda galvenais uzdevums ir palīdzēt atbalstītajai personai paust viņa/as vajadzības, tāpēc ir svarīgi, lai starp personisko ombudu un atbalstāmo personu būtu labas attiecības un viņi viens otram uzticētos.²⁵⁶

5.5. SOCIĀLĀ DARBA AR PERSONĀM AR GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM UN VIŅU TUVINIEKIEM DAŽĀDĀS FORMAS – SOCIĀLAIS DARBS AR INDIVĪDU, AR ĢIMENI, AR GRUPU

5.5.1. Gadījuma vadīšana pilngadīgai personai ar garīga rakstura traucējumiem

Gadījuma vadīšana ir viena no galvenajām sociālajā darba ar gadījumu metodēm,²⁵⁷ kas nodrošina strukturētu palīdzības un atbalsta procesu, veicinot personas līdzdalību, sociālo funkcionēšanu un spēju patstāvīgi pārvaldīt savu dzīvi. Tās mērķis ir koordinēt pakalpojumus un resursus, saskaņot iesaistīto speciālistu darbu un palīdzēt personai sasniegt individuāli nozīmīgus mērķus.²⁵⁸

Gadījuma vadīšanas pamatā ir profesionāla sadarbība starp sociālo darbinieku un personu, kas balstīta uzticībā, cieņā un līdzdalībā. Tās universālā struktūra sastāv no četriem posmiem: izvērtēšana, plānošana, intervence (īstenošana) un novērtējums. Šī secība tiek izmantota sociālā darba praksē un konceptuāli ir kopīga visām mērķa grupām, neskatoties uz noteiktu daudzveidību profesionālajā literatūrā.²⁵⁹ Tomēr gadījuma vadīšana nav iespējama bez mērķtiecīgas sadarbības attiecību veidošanas ar klientu. Darbā ar personām ar GRT profesionālās attiecības ir priekšnoteikums efektīvai sadarbībai, tādēļ būtiska ir īpaši rūpīga arī *pirmā kontakta* veidošana.²⁶⁰

Turpmāk tiks aplūkots katrs no šiem posmiem, izceļot nianšes, instrumentus un praktiskus

²⁵⁵ PO Skåne. *Vad gör ett personligt ombud?* Pieejams: <https://po-skane.org/vaar-verksamhet/vad-goer-ett-personligt-ombud/> [aplūkots 11.12.2025.]

²⁵⁶ Socialstyrelsen. (2008). *A New Profession is Born – Personligt ombud, PO*. Pieejams: <https://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/A%20New%20Profession%20is%20Born.pdf> [aplūkots 11.12.2025.]

²⁵⁷ Bela B., Rasnača L. (2003) (zin. red.). *Sociālā darba vārdnīca*. 134. lpp. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/23154/download?attachment> [aplūkots 14.12.2025.]

²⁵⁸ Roga-Vailza, V., Ozola, I., & Apine, E. (red.) (2021). *Sociālais darbs ar gadījumu. Prakse teorijā*. Rīga: Latvijas Republikas Labklājības ministrija, AC Konsultācijas, 10. nodaļa „Gadījuma vadīšana”, 455.–456. lpp. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/3036/download> [aplūkots 12.11.2025.].

²⁵⁹ Turpat, 492.–495. lpp.

²⁶⁰ Turpat, 492. lpp.

paņēmienu, kas ir īpaši nozīmīgi darbā ar pilngadīgām personām ar GRT. Noslēgumā tiks aprakstīts atsevišķs gadījuma vadīšanas modelis, kas balstīs spēka pieejā. Šis modelis sākotnēji tika izstrādāts ASV 20. gadsimta 80. gados darbam ar cilvēkiem ar GRT kā alternatīvs un efektīvs pieejas veids, reaģējot uz tā laika sociālās un garīgās veselības aprūpes sistēmas speciālistu grūtībām sniegt tiešu un atbilstošu atbalstu šai mērķa grupai.²⁶¹

PIRMAIS KONTAKTS AR KLIENTU

Dažkārt iesaiste sākas ar telefonsarunu. Sarunā jāņem vērā, ka speciālistam nav redzama neverbālā komunikācija, tādēļ ir nepieciešams runāt ar klientu skaidri un strukturēti.

Ieteikumi pirmajai sarunai pa tālruni:²⁶²

- palūgt klientam ļoti īsi raksturot situāciju, lai saprastu, vai sociālā darba pakalpojums ir atbilstošs un vai klientam jāierodas uz tikšanos, vai arī palīdzība meklējama citur;
- ja klients ir nebrīvprātīgs, telefonsarunu ieteicams saīsināt līdz praktiskai vienošanās par tikšanās vietu un laiku;
- sarunas beigās pārliecināties, ka klients saprot un atceras sociālā darbinieka vārdu, dienesta adresi un tikšanās laiku, nepieciešamības gadījumā var nosūtīt īsziņu;
- ja pastāv vardarbības risks, noskaidrot, vai vardarbības veicējs zina par zvanu un vai palīdzības meklēšana nerada papildu apdraudējumu;
- ja nav pamata uzskatīt, ka klients ir riska situācijā, precizēt, vai klients vēlētos uzaicināt kādu no svarīgām personām (draugu, ģimenes locekli), kas var sniegt atbalstu.

Klātienēs tikšanās sociālā dienesta **telpās** ir nozīmīgs posms sadarbības veidošanā, jo vide ietekmē to, kā klients jūtas un vai viņš spēj iesaistīties sarunā. Svarīga ir gan gaidīšanas zona, gan darbinieku attieksme – pieklājīgs sveiciens, draudzīgs skatiens un nekonfliktējoša atmosfēra palīdz mazināt saspringumu.

Tajā pašā laikā jāņem vērā, ka varas līdzsvars telpās dabiski nosveras sociālā darbinieka pusē. Sociālais darbinieks atrodas savā pierastajā vidē, pārzina telpas, darba kārtību un noteikumus, savukārt klients bieži jūtas kā “viesis”, kuram jāpielāgojas citu noteikumiem. Tas var ietekmēt cilvēka pašsajūtu un atvērtību sarunai. Tādēļ īpaši svarīga ir pieklājība un pieejamība²⁶³ – gan telpu fiziskā pieejamība, gan informācijas skaidrība, kas palīdz mazināt šo nevienlīdzību.

Telpām jābūt pielāgotām, izmantojot vieglās valodas norādes, piktogrammas un skaidri saprotamu orientēšanās sistēmu. Personām ar sensorās apstrādes traucējumiem ir nepieciešama iespēja sarunāties klusākā telpā bez intensīvām smaržām un bez mirgojoša apgaismojuma. Aizvērtas durvis un dabisks apgaismojums palīdz mazināt diskomfortu un ļauj labāk koncentrēties.²⁶⁴

Pirms sarunas sociālais darbinieks var sakārtot krēslus tā, lai starp abām pusēm nebūtu jūtama fiziska hierarhija – sarunai divatā krēsli tiek novietoti vienā līmenī, sarunai ar ģimeni – aplī. Tas palīdz veidot cieņpilnu un drošu dialogu. Jāpievērš uzmanība arī temperatūrai telpā, tai nevajadzētu būt pārāk augstai

²⁶¹ Saleebey, D. (2009). *The Strengths Perspective in Social Work Practice* (5. izd.). Boston: Pearson, 15.–19. lpp. (citēts pēc: Kļaviņa, L., Audare, J. (2021). “Spēka perspektīva sociālā darba praksē”. Grāmatā: Roga-Vailza, V., Ozola, I., & Apine, E. (red.), *Sociālais darbs ar gadījumu. Teorija praksē*. Rīga: Latvijas Republikas Labklājības ministrija, 399. lpp.)

²⁶² Sheafor, B., Horejsi, C. (2007). *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. Allyn & Bacon, Boston, 200.–201. lpp.

²⁶³ Yalon-Chamovitz, S. (2009). *Invisible Access Needs of People With Intellectual Disabilities: A Conceptual Model of Practice*. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47 (5), 395.–400. lpp. Pieejams: <https://www.adaptit.co.il/wp-content/uploads/2020/01/Invisible-Access-Needs-of-People-With-Intellectual-Disabilities.pdf> [aplūkots 01.11.2025.]

²⁶⁴ *Autistic Access Needs: Notes on Accessibility*. AUCD. Pieejams: http://www.aucd.org/docs/add/sa_summits/ASAN.pdf [aplūkots 01.11.2025.]

vai zemai. Jāpārlicinās, vai ir pieejams dzeramais ūdens.

Mājas vizītes ir ļoti būtisks sociālā darba instruments, īpaši darbā ar personām ar GRT. Tās ļauj redzēt klientu viņa dabiskajā vidē, un tas sniedz informāciju, kuru var būt grūti iegūt sociālā dienesta telpās. Mājās varas līdzsvars ir klienta pusē – viņš kontrolē vidi, nosaka telpas robežas un noskaņu, un sociālais darbinieks kļūst par “viesi”.

Šis līdzsvara maiņas aspekts ir vienlaikus gan drošības jautājums, gan profesionāla iespēja. No vienas puses, sociālajam darbiniekam jāvērtē sava drošība: jāzina, kas atrodas mājās, jāinformē kolēģi par vizītes laiku un vietu, pēc iespējas jānodrošina vizītē kopā ar kolēģi. No otras puses, tieši šī situācija bieži ļauj atklāt klienta stiprās puses, intereses, ikdienas paradumus, attiecības ar līdzcilvēkiem un reālo atbalsta tīklu, kas var būt ļoti vērtīgs informācijas avots izvērtējumam un turpmākajai plānošanai.

Tikšanās **institūcijā** norisinās pilnīgi citā kontekstā nekā sociālā dienesta telpās vai mājās. Šeit varas līdzsvars nenosveras ne sociālā darbinieka, ne klienta pusē, bet faktiski to nosaka institūcija un tās noteikumi. Institucionālo vidi raksturo stingra kārtība, hierarhija, dienas režīms un personāla kontrole.

Institūcijas vide var būt represīva vai ļoti regulēta, un tas ietekmē klienta uzvedību – viņš var būt atturīgs, sasprindzināts, piesardzīgs vai pat pakļauts tādai videi, kurā citi pieņem lēmumus par viņa dzīvi viņa vietā.²⁶⁵ Tā rezultātā informācija, kas iegūta vērošanas laikā institūcijā, var nebūt objektīva. Cilvēks var rīkoties citādi nekā esot sabiedrībā, un viņa spējas, prasmes un ieradumi var būt pielāgoti nevis viņa vēlmēm, bet iestādes noteikumiem.

Tāpēc jāņem vērā, ka izvērtējums, kas balstīts tikai uz institūcijā redzēto, nav pietiekams un var būt maldinošs. Kad persona uzsāks dzīvi sabiedrībā, tās funkcionēšana un vajadzības var strauji mainīties, tāpēc nepieciešams atkārtots izvērtējums, ņemot vērā jauno dzīves vidi un tajā pieejamos resursus.

IZVĒRTĒJUMS

Izvērtējot klienta sociālo situāciju, sociālajā darbā jāņem vērā visi personas sociālās dzīves aspekti, jo garīgās veselības grūtības vienmēr ir cieši saistītas ar cilvēka dzīves apstākļiem. Darbā ar personām ar GRT sociālie darbinieki var izmantot regulāros instrumentus, kas jau pastāv praksē – tie ir piemērojami un noderīgi arī šai mērķa grupai.

Vienlaicīgi, tā kā izvērtēšana ir profesionāla procesa pamats, sociālajiem darbiniekiem un viņu vadītājiem jāreflektē par praksi un jāpārbauda, vai viņu izvērtējumiem piemīt labas izvērtēšanas pazīmes:²⁶⁶

1. īsi, mērķtiecīgi un praktiski izvērtēšanas rīki, kas respektē iesaistīto personu laiku;
2. skaidrība un vienkāršība, izvairoties no profesionālā žargona;
3. lietderība un atbilstība izvērtējuma mērķim;
4. informācijas organizācija loģiskā secībā;
5. konfidencialitāte un pieejamība klientam;
6. objektivitāte un precīza, nevērtējoša valoda;
7. fokusēšanās uz klienta stiprajām pusēm, nevis deficītiem.

Sociālā darba ar personām ar GRT izvērtējumos vienmēr jāņem vērā garīgās veselības aspekts, un daudzos gadījumos šis aspekts kļūst par izvērtējuma centrālo elementu. Turpmāk piedāvāti daži izvērtēšanas instrumenti, kas palīdz padziļināt izpratni par klienta ar GRT situāciju un plānot darbu:

²⁶⁵ Chow, W. S., Priebe, S. (2013). *Understanding Psychiatric Institutionalization: A Conceptual Review*. BMC Psychiatry, 13, 169. Pieejams: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-169> [aplūkots 27.11.2025.]

²⁶⁶ Sheafor, B., Horejsi, C. (2007). *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. 242.–243. lpp.

1. Atlabšanas pieejas²⁶⁷ izvērtējumi: “Sākotnējais izvērtējums” un “Padziļināts izvērtējums”

Atlabšanas pieejas ietvaros izvērtēšana vienmēr ietver gan klienta sociālo vajadzību un riska izvērtēšanu, gan jautājumus, kas saistīti ar garīgo veselību, aprūpi un ārstēšanos. “Sākotnējā izvērtējuma”²⁶⁸ jautājumi (skat. 27. tabulu), kas sniegti zemāk, palīdz saprast cilvēka ar psihisko saslimšanu pašreizējo pieredzi. Šis izvērtējums nav vērst uz to, lai konstatētu personas atbilstību pakalpojumam vai sasaistītu tās grūtības ar konkrētu diagnozi. Tā mērķis ir izprast, kas tieši klientam rada grūtības ikdienas funkcionēšanā un kādas sūdzības vai pieredzes viņš pats uzskata par būtiskām. Izvērtējums koncentrēts nevis uz diagnozi kā faktu, bet gan uz tās ietekmi – kas traucē, kā tas izpaužas un kādās situācijās cilvēks zaudē līdzsvaru vai atbalstu.

Šāds izvērtējums dod sociālajam darbiniekam iespēju droši, atklāti un profesionāli runāt ar klientu par garīgo veselību.

27. tabula. “Sākotnējā izvērtējuma” jautājumi.

“Sākotnējā izvērtējuma” jautājumi

- 1) Kā izpaužas psihiskā saslimšana un kā tā ietekmē ikdienas dzīvi?
- 2) Kāpēc šī pieredze ir problēma un kā tā ietekmē apkārtējos?
- 3) Kādi dzīves notikumi vai stress var pastiprināt pašreizējās grūtības?
- 4) Cik liela ir personas spēja kontrolēt vai pārvaldīt šo pieredzi?
- 5) Vai pastāv risks, ka persona var nodarīt kaitējumu sev vai citiem un kas varētu palīdzēt novērst apdraudējumu?
- 6) Kāds būtu pozitīvs iznākums no klienta viedokļa?

“Padziļinātajā izvērtējumā”²⁶⁹ tiek iesaistīts personas atbalsta loks, un uzmanības centrā vairs nav sūdzības vai problēmas, bet klienta stiprās puses, resursi un dzīves pieredzes jēga – tas, kas palīdz cilvēkam dzīvot, funkcionēt un būt daļai no savas kopienas. Jomas, kas ņemtas vērā padziļinātā izvērtējumā:

- klienta pašreizējo sūdzību nozīme iesaistītajām personām;
- iespējamie situācijas izraisītāji – sociālie apstākļi, dzīves notikumi, stress;
- sociālais konteksts: mājoklis, ienākumi, nodarbošanās, kultūra, sociālais kapitāls; diskriminācija;
- ģimenes un starppersonu attiecības, to kvalitāte un dinamika;
- pieredzes ietekme uz pašsajūtu un identitāti;
- stiprās puses, resursi un pārvarēšanas stratēģijas;
- varas attiecības klienta dzīvē un viņa personiskā efektivitāte;
- virzība uz priekšu – klienta un iesaistīto personu idejas un centieni.

2. Sociālā atbalsta tīkla izvērtējums

Sociālā darba teorijā tiek nošķirti jēdzieni “sociālais tīkls” un “sociālā atbalsta tīkls”: sociālais tīkls apzīmē visu personu kopumu, ar kurām indivīds uztur regulāras sociālās attiecības, savukārt sociālā atbalsta tīkls ietver tikai tās attiecības, kas nodrošina faktisku emocionālu, informatīvu vai praktisku atbalstu. Jāatceras, ka sociālā tīkla lielums pats par sevi nenorāda, cik daudz reāla atbalsta cilvēkam ir pieejams, jo daļa kontaktu

²⁶⁷ Par atlabšanas pieejas plašāku skaidrojumu skat. Metodikas sadaļu 5.1.

²⁶⁸ Tew, J. (2011). *Social Approaches to Mental Distress*. Palgrave, London, 158.–159. lpp.

²⁶⁹ Turpat, 158.–161. lpp.

var būt neitrāli vai pat kaitīgi. Personas ar GRT bieži dzīvo izolācijā un nereti nesaņem pietiekamu atbalstu no ģimenes vai tuvākās vides. Tāpēc vērtēšanas procesā uzmanība jāpievērš nevis sociālajam tīklam kā tādām, bet tam, kuri cilvēki šajā tīklā faktiski sniedz atbalstu un kā persona spēj šo atbalstu izmantot. Dažreiz, pat ja sociālā atbalsta tīkls formāli pastāv, klients to neizmanto uzticības trūkuma, komunikācijas grūtību vai iepriekšējas negatīvas pieredzes dēļ. Savukārt, ja sociālā atbalsta tīkla dalībnieki tiek aktīvi iesaistīti atbalsta sniegšanā, tas palīdz mobilizēt cilvēka resursus, nodrošināt nepieciešamo informāciju, savlaicīgi pamanīt garīgās veselības krīzes, mazināt stresu un sociālo izolāciju, kā arī veicināt pakalpojumu izmantošanu.²⁷⁰

Līdz ar to sociālais darbinieks ne tikai identificē sociālā tīkla dalībniekus, bet arī izvērtē atbalstošās attiecības, to kvalitāti un klienta spēju aktivizēt šos resursus ikdienas dzīvē un krīzēs. Zemāk norādītā aptauja (skat. 28. tabulu) palīdz sociālajam darbiniekam to izpētīt strukturētā un klientam saprotamā veidā.

28. tabula. Sociālā atbalsta tīkla izvērtējuma jautājumi.

Sociālā atbalsta tīkla izvērtējums²⁷¹

Kādas personas ir atbalsta tīklā?

- 1) Kādi cilvēki jums ir svarīgi? Padomājiet par savu ģimeni, draugiem, kaimiņiem, cilvēkiem no skolas, koledžas, dienas centra, darba, baznīcas vai biedrības u. c.
- 2) Kuri no šiem cilvēkiem ir īpaši atbalstoši un vērtīgi, pozitīvi ietekmē jūsu dzīvi?
- 3) Kurus no šiem cilvēkiem jūs regulāri satiekat, kuriem jūs zvanāt vai rakstāt?
- 4) Vai ir personas, pie kurām jūs vērsīsties, lai lūgtu padomu, ja jums jāpieņem lēmumi?
- 5) Kuram cilvēkam jūs varētu lūgt praktisku palīdzību – palīdzēt nokļūt veikalā vai pie ārsta, vai lūgt nelielu naudas aizdevumu?
- 6) Kam jūs uzticaties pietiekami, lai pārrunātu kādu personisku problēmu?

Vai klients spēj un vēlas izmantot tīkla atbalstu (ārējos resursus)?

- 1) Kurām personām jūs esat lūguši palīdzību vai atbalstu? Kas darbojas un kas nedarbojas?
- 2) Aprakstiet veidus, kā jūs varētu un gribētu pateikties šīm personām par palīdzību, kuru viņi varētu jums sniegt.

3. Attiecību karte

“Attiecību karte”²⁷² ir viena no uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodēm, un tā ne tikai palīdz identificēt atbalstošās personas sociālajā tīklā, bet arī ļauj precīzi novērtēt attiecību tuvumu un tālumu (skat. 5. attēlu). “Attiecību karti” sociālais darbinieks aizpilda kopā ar klientu, vai – ja tas ir nepieciešams – kopā ar klientu un viņa uzticības personu. Sociālais darbinieks runā ar klientu par katru sociālā tīkla personu – tie var būt ne tikai ģimenes locekļi un draugi, bet arī cilvēki, kuri nodrošina sociālos vai medicīniskos pakalpojumus, vai pat kopienas locekļi. Savukārt klients norāda, cik tuvu vai tālu šie cilvēki atrodas no apļa centra. Daļa cilvēku klienta attiecību kartē var atrasties ārpus apļa, jo klients tos neuzskata par sava sociālā atbalsta tīkla dalībniekiem.

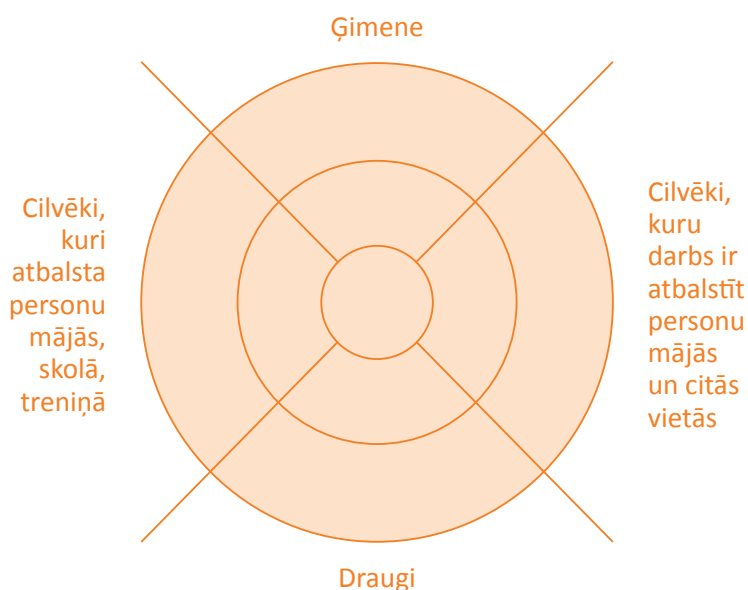
Analizējot iegūto informāciju, sociālais darbinieks var noteikt, kurus cilvēkus aicināt uz plānošanas tikšanos, kādas attiecības būtu vērts attīstīt un kādi ārējie resursi klientam jau ir pieejami.

²⁷⁰ Pinto, R. (2006). *Using Social Network Interventions to Improve Mentally Ill Clients' Well-Being*. *Clinical Social Work Journal*, 34 (1). Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2808640/> [aplūkots 27.11.2025.]

²⁷¹ Sheafor, B., Horejsi, C. (2007). *Techniques and Guidelines for Social Work Practice* 242.–243. lpp.

²⁷² Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovska, A., Skirmante, S. (2016). *Rokasgrāmata: Pirmie soļi atbalstītās lemtspējas ieviešanā Latvijā*. 53. lpp.

5. attēls. Attiecību karte.

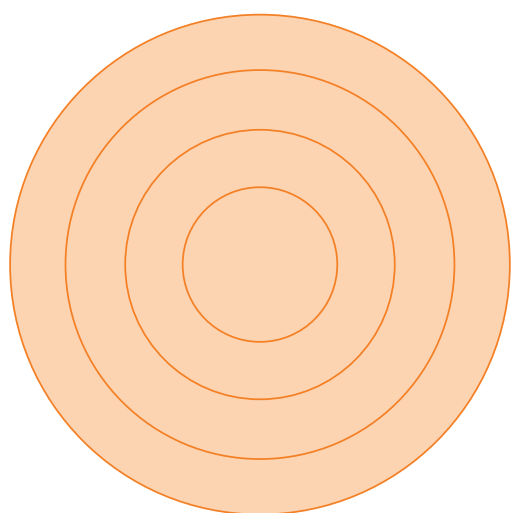


4. Drošības un atbalsta loki

Sociālajā darbā ar vecākiem, kuriem ir GRT, sociālā atbalsta nodrošināšanai ir īpaši būtiska nozīme. Šādās ģimenēs bērniem nereti trūkst pietiekama drošības un atbalsta tīkla, ko parasti veido ģimene, draugi un profesionāļi, kuri ikdienā rūpējas par bērnu un ģimeni. Ja ģimene ir izolēta, vardarbības un nolaidības risks būtiski pieaug, jo neviens no ārpusē nepamana notiekošo. Aktivizējot atbalsta tīklu un iesaistot vairāk cilvēku, tiek radīts gan lielāks atbalsts, gan sociālās kontroles mehānisms, kas palīdz novērst vardarbību.

Rietumāustrālijas sociālā darbiniece Sonja Parkere ir izstrādājusi instrumentu "Drošības un atbalsta loki" (skat. 6. attēlu)²⁷³, kas palīdz vecākiem paskaidrot, kāpēc drošības un atbalsta tīkls ir nepieciešams un kāda ir katra atbalsta sniedzēja loma. Šis instruments ļauj kopā ar vecākiem identificēt personas, kuras varētu būt vispiemērotākās bērna drošības un atbalsta tīklam. Instruments ir noderīgs arī gadījumos, kad ģimenē ir pilngadīgs bērns ar GRT, jo arī pieaugušā vecumā šie cilvēki var būt īpaši neaizsargāti un pakļauti vardarbības riskam.

6. attēls. Drošības un atbalsta loki.



1. Ģimenes locekļu vārds / foto / zīmējums
2. Kādi cilvēki, Jūs visvairāk atbalsta?
Ar kuriem cilvēkiem bērni jūtas visvairāk saistīti?
Kurš jau zina visu, kas noticis?
3. Kuri cilvēki Jūs nedaudz atbalsta?
Ar kuriem cilvēkiem bērni jūtas zināmā mērā saistīti?
Kurš jau nedaudz zina par tām grūtībām, kuras Jūs mēģināt atrisināt?
4. Kuriem cilvēkiem Jūs neprasāt atbalstu, bet nākotnē varētu to darīt?
Kuri ir tie cilvēki, kuriem Jūs neprasāt atbalstu, bet kuri nākotnē var sarežģīt Jūsu un Jūsu ģimenes situāciju?
Kurš vispār neko nezina par tām grūtībām, kuras Jūs mēģināt atrisināt?

²⁷³ Parker, S. (2015). *Circles of Safety and Support Tool*. Department of Children, Youth Justice and Multicultural Affairs, Brisbane. Pieejams: <https://cspm.csyw.qld.gov.au/getattachment/2a6ff25e-bf79-420f-ae23-e5677b96c1bd/Circles-of-Safety-and-Support-Tool.pdf> [aplūkots 01.11.2025.]

Pirmajā solī sociālais darbinieks ar vecākiem pārrunā, kas ir drošības un atbalsta tīkls un kā identificētās personas tiks iesaistītas arī drošības plānošanā. Pēc tam vecāki nosauc cilvēkus, kuri jau zina par situāciju, un šo personu vārdi tiek ierakstīti iekšējā lokā.

Nākamajā solī tiek izveidots otrais loks (personas, kuras zina nedaudz par notikušo) un trešais loks (personas, kuras pagaidām nezina par situāciju). Ja iekšējā lokā nav pietiekami daudz piemērotu vai uzticamu cilvēku, nākamais procesa posms ir kopīgi ar vecākiem izpētīt, kuras personas viņi vēlētos pārvietot no ārējiem lokiem uz iekšējo – tas nozīmē pastāstīt šiem cilvēkiem par problēmām un lūgt viņiem konkrētu atbalstu.

Atbalsta tīklam nepieciešamais cilvēku skaits ir jānosaka, pamatojoties uz problēmas nopietnību un raksturu, kā arī bērna vecumu un neaizsargātību.

5. Riska faktoru izvērtējumi

Cilvēkiem ar GRT nereti ir ierobežots sociālais atbalsts, viņi dzīvo izolācijā, piedzīvo grūtības piekļūt pakalpojumiem, bieži nonāk nelabvēlīgās varas attiecībās un var būt īpaši ievainojami pret vardarbību, ekspluatāciju un manipulāciju. Tāpēc izvērtēšanas posmā sociālajam darbiniekam sistemātiski jāņem vērā visi būtiskie riski, kas var ietekmēt personas drošību un labklājību.

VARDARBĪBAS UN ĻAUNPRĀTĪGAS IZMANTOŠANAS RISKS

Personas ar GRT ir viena no sabiedrības visneaizsargātākajām grupām un var piedzīvot dažādas vardarbības formas:

- institucionālu ļaunprātīgu izmantošanu un vardarbību;
- finansiālu ļaunprātīgu izmantošanu;
- seksuālu ļaunprātīgu izmantošanu un vardarbību;
- fizisku vai emocionālu vardarbību;
- sociālu izolāciju kā manipulācijas vai kontroles formu.

Plašāku informāciju par sociālo darbu ar vardarbībā cietušām un vardarbību veikušām personām skat. metodiskajā materiālā “*Metodiskais materiāls sociālajam darbam ar vardarbībā cietušām un vardarbību veikušām personām*”.²⁷⁴

Ļaunprātīga izmantošana un vardarbība var radīt traumu. Traumas izpratnē balstīts²⁷⁵ skatījums ir pamats visam izvērtēšanas procesam, un tas jāņem vērā, pirms tiek izmantots jebkurš cits instruments. Tas nozīmē, ka sociālais darbinieks:

- pieņem, ka daudziem cilvēkiem ar GRT ir bijusi vardarbības, nolaidības vai institucionālas traumas pieredze;
- rada drošu, paredzamu un nekaitējošu sarunas vidi;
- izvairās no jautājumiem vai situācijām, kas var atkārtoti traumēt klientu;
- dod klientam kontroli pār sarunas tempu, robežām un informācijas apjomu;
- pievērš uzmanību netiešiem signāliem, kas var liecināt par traumu vai apdraudējumu.

Izvērtēšanas posmā sociālajam darbiniekam jāpievērš īpaša uzmanība:

- izmaiņām klienta uzvedībā, funkcionalitātē vai emocionālajā stāvoklī;

²⁷⁴ Labklājības ministrija. (2020) *Metodiskais materiāls sociālajam darbam ar vardarbībā cietušām un vardarbību veikušām personām*. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/8377/download> [aplūkots 12.12.2025.]

²⁷⁵ Powell, T., Muller, J., Lough, B. (2023). *Trauma-Informed Approaches in Global Mental Health*. Pieejams: https://www.researchgate.net/publication/377689664_Trauma-Informed_Approaches_in_Global_Mental_Health [aplūkots 1.11.2025.]; *Traumas izpratnē balstīta aprūpe (TIC)*. (2022). Centrs Dardedze. Pieejams: https://centrsdardedze.lv/wp-content/uploads/2022/11/TRAUMAS_IZPRATNE_BALSTITA_APRUPE-TIC_LV_14-11-2.pdf [aplūkots 1.11.2025.]

- nevēlēšanās satikt noteiktus cilvēkus vai atrasties noteiktās vietās;
- regresijai ikdienas prasmēs;
- aizkaitināmībai, baiļu reakcijām, miega vai ēšanas izmaiņām;
- klienta aprakstītām bailēm vai negatīvai pieredzei attiecībā.

PAŠNĀVĪBAS RISKS

Pašnāvības risks ir būtisks faktors darbā ar personām ar GRT, jo GRT ir viens no nozīmīgākajiem pašnāvības un paškaitējuma riska indikatoriem. Izvērtēšanas procesa laikā sociālajam darbiniekam jāsaprot gan klienta pašreizējais emocionālais stāvoklis, gan iepriekšējā pieredze un riska faktori, kas var veicināt suicidālas domas vai rīcību.

Mūsdienu starptautiskā prakse iesaka izmantot īsus skrīninga instrumentus, kas palīdz ātri noteikt, vai personai nepieciešams tālāks riska izvērtējums. Viens no šādiem instrumentiem ir ASQ (*“Ask Suicide-Screening Questions”*)²⁷⁶ – pieci pamatjautājumi, kas noskaidro, vai pēdējās nedēļās vai mēnešos personai ir bijušas domas par nāvi, suicidālas domas vai iepriekšēji paškaitējuma mēģinājumi:

1. Vai pēdējo pāris nedēļu laikā jums ir bijusi vēlšanās nomirt?
2. Vai pēdējo pāris nedēļu laikā jums ir šķitis, ka jums vai jūsu ģimenei būtu labāk, ja jūs būtu miris?
3. Vai pēdējās nedēļas laikā jums ir bijušas domas par sevis nogalināšanu?
4. Vai jūs jebkad esat mēģinājis sevi nogalināt?
5. Vai jums šobrīd ir domas par pašnāvību? (Akūtās situācijas izvērtējums (uzdod tikai tad, ja uz kādu no iepriekšējiem jautājumiem atbilde ir “Jā”)

Šī īsā saruna, kas ilgst mazāk nekā minūti, neuzliek sociālajam darbiniekam pienākumu diagnosticēt, bet palīdz savlaicīgi konstatēt potenciālu apdraudējumu un organizēt drošības izvērtēšanu, ja nepieciešams – psihiatra konsultāciju vai neatliekamo palīdzību. Šāda veida sarunai jānotiek drošā vidē, ar cieņu un bez nosodījuma.

DUBULTĀ DIAGNOZE

Dubultā diagnoze (angļu val. – *dual diagnosis*) ir stāvoklis, kurā cilvēkam ir gan psihiskās veselības grūtības, gan atkarības problēmas. Starptautiskie pētījumi un ASV apjomīgie epidemioloģiskie dati rāda, ka aptuveni puse cilvēku ar GRT dzīves laikā piedzīvo vielu lietošanas traucējumus un otrādi – aptuveni puse cilvēku ar vielu lietošanas traucējumiem saskaras ar grūtībām garīgās veselības jomā²⁷⁷.

Sociālajam darbiniekam izvērtēšanas posmā īpaši jāpievērš uzmanība:

- vielu lietošanas traucējumu veidam un apmēram;
- garīgās veselības traucējumu veidam, smagumam un ilgumam;
- saistītām medicīniskām problēmām;
- saistītai invaliditātei un sociālajām sekām, kas rodas vielu lietošanas dēļ (piemēram, nabadzība, bezpajumtniecība, problēmas ar tiesībsargājošām institūcijām).

Šie faktori mijiedarbojas un rada nopietnas grūtības, piemēram:

- persona var nespēt piekļūt medicīniskajiem pakalpojumiem vai ārstniecības iestādēm;
- psihiskie simptomi var būt vielu lietošanas rezultāts;

²⁷⁶ National Institute of Mental Health (NIMH). *Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit: Materials and Clinical Pathways*. Pieejams: <https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials> [aplūkots 1.11.2025.]

²⁷⁷ National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2020). *Common Comorbidities with Substance Use Disorders. Research Report*. Bethesda, MD. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/> [aplūkots 01.11.2025.]

- vielu lietošana var būt kā mēģinājums pašārstēties un mazināt psihisko simptomu radīto diskomfortu;
- atkarības epizodes var palielināt risku vardarbībai, paškaitējumam vai bezpajumtniecībai.

Ja izvērtējumā konstatēta dubultā diagnoze, sociālajam darbiniekam jāorientējas uz metodēm, kas palīdz risināt abas problēmas paralēli, nevis atsevišķi. Viena no šādām pieejām ir *motivējošā intervija*²⁷⁸, kas veicina motivāciju ārstēties un palīdz personai pieņemt informētus lēmumus par ārstēšanos un dzīvesveida izmaiņām.

PLĀNOŠANA

Klienta pašnoteikšanās pamatprincips paredz, ka klientam ir tiesības izvēlēties problēmas, kas jārisina, kā arī noteikt savus mērķus. Tiesības izvēlēties ir svarīgas klienta motivācijas saglabāšanā. Pat ja klients nav brīvprātīgs, ir svarīgi piedāvāt vairākas izvēles iespējas, piemēram, strādāt ar problēmām, kas ir obligāti jāatrisina, un dot iespēju izvēlēties vēl vienu papildu mērķi, kurš vairāk motivē klientu.

Pastāv trīs problēmu princips²⁷⁹, kurā noteikts, ka nav produktīvi mēģināt vienlaikus risināt vairāk nekā trīs problēmas. Tādēļ pēc problēmu vai vajadzību analīzes sociālais darbinieks un klients var izvēlēties tās trīs problēmas, kurām katrs dod prioritāti un kuru risināšana sniegs dzīvē pozitīvas pārmaiņas.

Pārformulēt problēmu mērķi nozīmē palīdzēt klientam definēt, ko viņš pats vēlas savā dzīvē panākt, nevis aprakstīt speciālista skatījumu uz “pareizo risinājumu”. Klients ir savas dzīves eksperts, tāpēc mērķim jāatspoguļo tieši viņa vajadzības, vērtības un dzīves konteksts. Tādēļ mērķiem jābūt personificētiem, saprotamiem un formulētiem klienta valodā, nevis profesionālajā valodā (piemēram, izvairoties no formulējumiem “uzlabot klienta sociālo funkcionēšanu”, kas atspoguļo sistēmas, nevis personas perspektīvu).

Kad mērķis tiek formulēts klientam saprotamā un jēgpilnā valodā, plāns kļūst par terapeitisku, uz atlabšanu vērstu dokumentu, kas palīdz virzīties uz pozitīvām izmaiņām, nevis tikai par birokrātisku prasību izpildi. Šādu mērķi visvieglāk noteikt, ja sociālais darbinieks palīdz klientam izpētīt, ko viņš savā dzīvē vēlētos, ja pašreizējā problēma vairs nebūtu šķērslis, un kas tieši viņam būtu vērtīgi. Piemēram uz jautājumu “Ja jums nebūtu komunālo parādu, kā jūs varētu mainīt savu dzīvi? Ko tad būtu iespējams izdarīt?”, klients var atbildēt: “Man būtu iespēja ceļot un apciemot savu māti” vai “Man būtu nauda, lai iegādātos saviem bērniem skolas grāmatas nākamajam mācību gadam”. Lai gan sociālās problēmas varētu būt kopīgas dažādām personām, mērķi būs ļoti individuāli.

Plānošanas posmā sociālajam darbiniekam ir iespēja radoši izmantot dažādus plānošanas instrumentus, piemēram, Atlabšanas plānu (skat. Metodikas 1. pielikumu “Mans atlabšanas plāns”) vai uz personu vērstās plānošanas instrumentus MAPS un PATH, kas aprakstīti iepriekš. Šīs metodes ļauj klientam ne tikai noteikt jēgpilnus mērķus, bet arī aktīvi iesaistīt atbalsta personu loku, kas tika identificēts izvērtēšanas posmā.

Plānošanas posms noslēdzas ar vienošanos starp sociālo darbinieku un klientu. Tajā tiek fiksētas:

- problēmas;
- mērķi;
- aktivitātes mērķu sasniegšanai;

²⁷⁸ Plašāku informāciju par motivējošās intervijas pielietojumu sociālajā darbā sk.: Labklājības ministrija (2020). *Metodiskais materiāls sociālajam darbam ar atkarīgām un līdzatkarīgām personām*. Rīga, 81.–89. lpp. Pieejams: https://www.lm.gov.lv/lv/metodiskie-materiali-0/metodiskais_materials_atkarigam_personam.pdf [aplūkots 12.12.2025.]; Miller, W. R., Rollnick, S. (2023). *Motivational Interviewing: Helping People Change and Grow*. 4. ed. Guilford Press.

²⁷⁹ Tolson, E. R., Reid, W. J., Garvin, C. (2003). *Generalist Practice: A Task-Centered Approach*. 2. ed. Columbia University Press, 72. lpp.

- sociālā darbinieka un klienta pienākumi;
- izpildes termiņi;
- situācijas, kurās nepieciešama atkārtota izvērtēšana, pārskatīšana vai vienošanās izbeigšana.

PLĀNA ĪSTENOŠANA

Praksē nereti gadījuma vadīšanas ietvaros plānotās aktivitātes tiek reducētas uz formālu pakalpojumu piešķiršanu, nepietiekami izvērtējot, vai konkrētais pakalpojums faktiski atbilst klienta individuālajām vajadzībām, dzīves situācijai un mērķiem. Šāda pieeja var ierobežot plāna elastību un neveicināt klienta atlabšanu, pašnoteikšanos un ilgtspējīgu līdzdalību sabiedrībā. Tieši plāna īstenošanas posmā kļūst redzamas šādas pieejas sekas – klienti var atteikties vai izvairīties no piedāvātajiem pakalpojumiem vai pat pārtraukt sadarbību ar gadījuma vadītāju.

Šajos gadījumos sociālā darbinieka loma ietver aktīvu sadarbību ar pakalpojumu sniedzējiem, klienta interešu un mērķu aizstāvību, kā arī psihosociālās konsultēšanas prasmju izmantošanu plāna īstenošanas procesā (skat. 4.4. nodaļu). Situācijās, kad pieejamo pakalpojumu klāsts neatbilst klienta vajadzībām un ir ierobežots (piemēram, ja konkrētā teritorijā pieejams tikai viens dienas centrs), sociālajam darbiniekam ir būtiski aktivizēt klienta un kopienas resursus, tostarp sociālā atbalsta tīklu, meklējot radošus, elastīgus un individuāli piemērotus risinājumus, kas var atrasties arī ārpus formālo sociālo pakalpojumu ietvara.

Tāpēc īstenošanas posmā sociālajam darbiniekam jāspēj radoši piemērot pieejamos resursus, jāiesaista sociālā atbalsta tīkls un jāmeklē alternatīvas aktivitātes, kas tiešām palīdz sasniegt klienta individuālos mērķus.

Lai pārliecinātos, ka izvēlētās aktivitātes un piesaistītie pakalpojumi ir piemēroti un darbojas praksē, īstenošanas posms vienmēr iet kopā ar nepārtrauktu monitorēšanu. Sociālais darbinieks regulāri izvērtē progresu, pārbauda, vai risinājumi atbilst klienta vajadzībām, un nepieciešamības gadījumā kopā ar klientu un sociālā atbalsta tīklu pielāgo plānu. Šāda dinamiska pieeja ļauj nodrošināt, ka plāns ir ne tikai radošs, bet arī efektīvs un balstīts uz klienta dzīves realitāti un resursiem.

Četras jomas atkārtojas plānos visbiežāk un visvairāk ietekmē personas ar GRT ikdienu: mājoklis, nodarbinātība, finanšu vadība un bērnu audzināšana.

Risinot **mājokļa** jautājumu, jāņem vērā, ka starp “mājokli” (dzīvesvietu) un “mājām” pastāv būtiska atšķirība. Mājas nozīmē vietu, kur:

- persona var kontrolēt vidi (piemēram, viņam ir atslēga, viņš var iekārtot mājokli pēc saviem ieskatiem);
- vide atspoguļo cilvēka personību, gaumi un dzīvesstāstu (tajās ir personiskas un nozīmīgas lietas);
- persona pati – nevis pakalpojumu sniedzējs – izvēlas, ar ko kopā dzīvot.²⁸⁰

Starptautiskajā praksē ir vērojama tendence samazināt grupu dzīvokļa pakalpojumus dzīvojošo cilvēku skaitu (līdz 1–2 personām) un nodrošināt daudz lielāku personas kontroli pār savu dzīvesvietu. Pētījumi apliecina, ka šāda pieeja nodrošina labāku dzīves kvalitāti un efektīvākus pakalpojumus personām ar GRT.

Lai pakalpojumi, kas nodrošina dzīvi sabiedrībā, būtu kvalitatīvi, kalpotu kā “mājas” un atbilstu cilvēktiesību principiem, tiem jābūt balstītiem šādos pamatprincipos:

- atbalsts indivīdam, nevis prasības – pakalpojuma saņemšana nav atkarīga no personas “gatavības”, bet no viņas tiesībām uz mājokli;
- uz personu vērsta pieeja – vara no pakalpojuma sistēmas tiek nodota personas rokās; pakalpojums tiek pielāgots cilvēka uzskatiem, vajadzībām un dzīves ritmam;
- kompetences pieņemums – tiek pieņemts, ka persona var piedalīties, vadīt un pieņemt lēmumus

²⁸⁰ Hunter, S., Rowley, D. (2015). *Social Work with People with Learning Difficulties: Making a Difference*. London, 82.–83. lpp.

par sev svarīgām lietām;

- iekļaušana – personāla uzdevums ir būt savienotājam, kas palīdz personai uzturēt un attīstīt kontaktus ar kopienu, nevis sniegt pakalpojumu izolētā vidē;
- kontrole – pakalpojums jāpielāgo personai, nevis personai jāpielāgojas pakalpojumam;
- “viss nozīmē visu” princips – invaliditātes fakts nav pamats noteikt ierobežojošus vai standartizētus kritērijus mājokļu pakalpojumam.²⁸¹

Stabilas **darba vietas atrašana** personām ar GRT ir viens no biežākajiem izaicinājumiem sociālā darba praksē. Ilgstošs bezdarbs bieži tiek kļūdaini skaidrots ar personas “nespēju” vai “zemu motivāciju”, kā arī ar ierobežotām darba iespējām vai kopienas stereotipiem, kas ietekmē darba devējus. Taču efektīvi risinājumi pastāv, īpaši tad, ja sociālais darbinieks strādā mikrolīmenī, balstoties uz personas spējām, interesēm un resursiem.

Uz personu vērsta pieeja nodarbinātības jautājumos nozīmē, ka sociālais darbinieks nemudina sūtīt CV nejausiem darba devējiem vai pieteikties pirmajai brīvajai vakancei. Tā vietā sociālais darbinieks kopā ar klientu, viņa sociālā atbalsta loku un speciālistiem izstrādā profesionālo profilu,²⁸² rūpīgi saskaņojot klienta intereses, prasmes, pieredzi un atbalsta vajadzības ar iespējamo darba vietu. Pēc profesionālā profila izstrādes sociālais darbinieks kopā ar klientu un iesaistītajām personām aktīvi meklē piemērotus darba devējus, balstoties uz izvērtējumā identificēto informāciju. Potenciālajam darba devējam tiek prezentēts profesionālais profils – dokuments, kas skaidri un praktiski atspoguļo gan to, kas personai ar GRT ir piemērots, gan to, kas nav vēlams, tādējādi atvieglojot pielāgošanos darba vidē. Šāda pieeja palīdz darba devējam labāk izprast darbinieka stiprās puses, vajadzības un individuālos darba ritmus (piemēram, ka medikamentu blakņu dēļ persona nevar sākt darbu ļoti agri no rīta, bet ir izcili punktuāla un precīza; vai ka tai nepieciešamas īsas pauzes ik pēc 45 minūtēm, tomēr persona ir komunikabla un draudzīga, un klienti augstu vērtē tās attieksmi). Latvijas kontekstā šī pieeja labi savienojama ar subsidētā darba instrumentiem. Pieredze rāda, ka darba devēji, kas pieņem darbā personas ar GRT un saņem nepieciešamo atbalstu, iegūst motivētus un stabilus darbiniekus, īpaši tad, ja darbs sakrīt ar cilvēka interesēm un individuālo profilu.

Atbalsts **finanšu plānošanā** ir īpaši nozīmīgs darbā ar personām ar GRT, jo praksē tieši šī joma bieži rada nopietnas, atkārtotas un hroniskas grūtības. Tām par iemeslu var būt ne tikai ierobežotas skaitīšanas prasmes, abstraktas domāšanas grūtības vai laika izjūtas trūkums, bet arī garīgās veselības simptomi (piemēram, impulsivitāte vai maniakālas epizodes), zema pašcieņa, emocionālas vajadzības, iepirkšanās kā stresu mazinošs mehānisms un sarežģītas attiecības ar naudu.

Sociālajam darbiniekam jāizmanto gan standarta finanšu atbalsta metodes, kas plaši tiek lietotas sociālajā darbā, gan jāmeklē papildu iespējas un radoši risinājumi.²⁸³ Īpaši svarīgi ir palīdzēt klientam strukturēt ienākumus, izdevumus un prioritātes, vienlaikus saglabājot personisko kontroli un pašnoteikšanos.

Viens no praktiskākajiem paņēmieniem ir “aploksņu budžets” – ienākumu sadalīšana izdevumu kategorijās (komunālie maksājumi, pārtika, transports, cigaretes, apģērbs u. c.). Tas ļauj vizualizēt naudas plūsmu un palīdz personām ar GRT saprast, cik daudz līdzekļu ir pieejams katrai vajadzību grupai. Lai atvieglotu regulāru finanšu pārvaldību, noderīgas ir vienkāršas, vizuāli skaidras un strukturētas veidlapas. Tās palīdz personai redzēt savu budžetu kopumā, saprast atšķirību starp vajadzībām un vēlmēm un katru

²⁸¹ Hunter, S., Rowley, D. (2015). *Social Work with People with Learning Difficulties: Making a Difference*. London, 82.–83. lpp.

²⁸² East Sussex County Council. (2020). *Vocational Profile: Helping Us to Find the Right Job for You*. Pieejams: <https://letstalk.cornwall.gov.uk/17759/widgets/53894/documents/33494> [aplūkots 01.11.2025.]

²⁸³ Materiāli finanšu pratības jautājumu apguvei vieglajā valodā pieejami Latvijas Bankas Naudas skolas vietnē: Latvijas Banka. *Naudas skola – mācību materiāli un skaidrojumi vieglajā valodā*. Pieejams: <https://www.naudasskola.lv/lv/par-naudu> [aplūkots 14.12.2025.]

mēnesi apzināti plānot izdevumus (skat. 2. pielikuma 1.2. veidlapu “Personīgais finanšu plāns”).²⁸⁴

Darbs ar ģimenēm, kurās vecāki ar GRT grib paši **audzināt savus bērnus**, ir viena no sarežģītākajām sociālā darba jomām.²⁸⁵ Līdzīgi kā daudzās citās valstīs, arī Latvijā pastāv tendence koncentrēties uz riskiem un trūkumiem, nevis uz ģimenes stipro pušu attīstīšanu un atbalstu. Tas bieži noved pie bērna izņemšanas no ģimenes, pat situācijās, kurās savlaicīgs un adekvāts atbalsts vecākiem varētu nodrošināt drošu un stabilu vidi bērnam.

Personas ar GRT savus vecāku mērķus formulē tāpat kā jebkurš cits: “*būt labam vecākam*”, “*saglabāt bērnus ģimenē*”.

Tādēļ sociālajam darbam šajā jomā vienmēr jābalstās uz līdzsvaru starp atbalstu ģimenei un bērna interešu aizsardzību. Viens no nozīmīgākajiem resursiem šīm ģimenēm ir ģimenes asistenta pakalpojums, tomēr tas bieži ir nepietiekams, un vecāku prasmju pilnveides programmas ne vienmēr ir pielāgotas cilvēkiem ar GRT. Tas prasa mērķtiecīgu sociālā darbinieka iesaisti un pielāgotu atbalstu.

Efektīvākās intervences darbā ar vecākiem, kuriem ir GRT, ietver:

- sociālā atbalsta tīkla attīstīšanu un uzturēšanu, lai vecākiem būtu pieejama stabila, pastāvīga un neformāla palīdzība ikdienā;
- specializētu izvērtēšanas un monitoringa instrumentu²⁸⁶ izmantošanu visā sadarbības procesā, ne tikai sākotnēji;
- prasmju attīstīšanu mājas vidē, nevis institūcijās – balstoties uz reālām ikdienas situācijām, modelēšanu, praktiskiem piemēriem un lomu spēlēm;
- ilgtermiņa atbalstu, jo īstermiņa programmas bieži nesasniedz nepieciešamo stabilitāti;
- piekļuvi neatkarīgai juridiskajai palīdzībai un vecāku tiesību aizstāvībai, īpaši gadījumos, kad ģimene saskaras ar bērnu tiesību aizsardzības sistēmu;
- ciešu sadarbību starp sociālo darbinieku un veselības aprūpes speciālistiem (vecmātēm, pediatriem, ģimenes ārstiem), nodrošinot vienotu skatījumu un saskaņotu atbalstu ģimenei.²⁸⁷

NOVĒRTĒJUMS (GADĪJUMA IZBEIGŠANA)

Lai gan sociālajā darbā ir pieejami dažādi empīriski instrumenti efektivitātes novērtēšanai (skalas, aptaujas, kontrolesaraksti), praksē tie ne vienmēr sniedz gaidīto rezultātu. Daudzi no tiem prasa īpašu apmācību un faktiski nostāda sociālo darbinieku “eksperta” lomā, bet personu ar GRT – pasīva vērtēšanas objekta pozīcijā. Tas var vājināt savstarpējo uzticēšanos un sadarbību, kas šai mērķa grupai ir būtisks atbalsta nosacījums.

Tāpēc arī situācijās, kad organizācijas politika paredz standartizētu novērtēšanu (un dažkārt tā patiešām ir vajadzīga), sociālajam darbiniekam, cik iespējams, jāieklauj uz personu vērsti elementi. Tas nozīmē izvērtējumu, kurā centrālā ir klienta pieredze, redzējums un pašnoteikšanās, nevis tikai profesionāla definēti kritēriji.

²⁸⁴ Pennsylvania Assistive Technology Foundation, kopā ar Widener University. (2015). *Cents and Sensibility: A Guide to Money Management*. 3. izd. Pieejams: <https://www.autismresourcecentral.org/wp-content/uploads/2019/03/CentsAndSensibility-3rdEdition-508.pdf> [aplūkots 27.11.2025.]

²⁸⁵ Vairāk skat.: Labklājības ministrija (2025). *Metodika sociālajam darbam ģimenēm ar bērniem*; Labklājības ministrija. (2025). *Attiecības kā instruments sociālajā darbā*

²⁸⁶ Piemēram: ParentAssess Ltd. *ParentAssess: Specialist Parenting Assessment Framework*. Pieejams: <https://parentassess.com/> [aplūkots 27.11.2025.]

²⁸⁷ Hunter, S., Rowley, D. (2015). *Social Work with People with Learning Difficulties: Making a Difference*. 123. lpp.

Kvalitatīvu izmaiņu un efektivitātes novērtējumu raksturo šādi elementi:²⁸⁸

- **Sasniegumi.** Kas ir panākts? Vai persona vairāk iesaistās sabiedrībā, ir drošāka, stabilāka, pašpārlicinātāka? Kas nav sasniegts un kāpēc? Ko būtu iespējams darīt citādi?
- **Atbilstība.** Vai sasniegumi ir tieši saistīti ar sākotnēji izvirzītajiem mērķiem?
- **Izmaiņas.** Kādas izmaiņas ir notikušas personīgajos, ģimenes vai veselības apstākļos?
- **Rezultāti.** Kuri rezultāti pašai personai ir vissvarīgākie? Kā tie ietekmējuši viņas dzīvi?
- **Nākamie soļi.** Kādas vajadzības vai jautājumi būtu risināmi turpmāk?

Gadījuma izbeigšana jāplāno rūpīgi un paredzami – tā nekad nedrīkst būt pārsteigums personai ar GRT. Sagatavošanās procesā:

- klients kopā ar sociālo darbinieku pārskata plānu un atzīmē sasniegto;
- tiek pārrunāti pieejamie atbalsta resursi – gan formālie, gan dabiskie;
- tiek identificētas iespējamās nākotnes grūtības un rīcības soļi, ja tās parādās;
- klients un viņa dabiskais atbalsta loks zina, kā sazināties ar sociālo darbinieku vai dienestu, ja nākotnē radīsies nepieciešamība.

Dažkārt iniciatīva izbeigt gadījumu nāk no pašas personas vai ģimenes. Šajās situācijās īpaši jāpārlicinās, ka:

- nepastāv bažas par personas ar GRT drošību vai citu cilvēku drošību;
- ja ģimenē ir bērns, nav risku bērna drošībai vai labklājībai.

Ja šādu risku nav, personai un ģimenei ieteicams nosūtīt rakstisku ziņu ar lūgumu apstiprināt kontakta pārtraukšanu un informāciju, kā viņi var sazināties ar sociālo dienestu, ja atbalsts nākotnē būtu nepieciešams.²⁸⁹

SPĒKA PIEEJĀ BALSTĪTS GADĪJUMA VADĪŠANAS MODELIS

Spēka pieejā balstītais gadījuma vadīšanas modelis (angļu val. – *Strengths Model of Case Management, SMCM*) ir uz pierādījumiem balstīta prakse, kas izstrādāta Kanzasas Universitātē ASV 20. gadsimta 80. gados un tiek plaši izmantota sociālajā darbā. Modelis veidots kā alternatīva tradicionālajai uz deficītiem un problēmām orientētajai pieejai, kuras centrā ir trūkumu un simptomu mazināšana. Meklējot efektīvāku un cilvēciskāku praksi, Kanzasas Universitātes pētnieki izstrādāja modeli, kura pamatā ir *atlabšana, stipro pušu apzināšana, jēgpilnas attiecības, cerība un kopiena* kā būtiski pārmaiņu faktori. Šī pieeja balstīta pārliecībā, ka cilvēki var atgūt un transformēt savu dzīvi, ja tiek radīti apstākļi, kas veicina viņu spēju redzēt jēgu, cerēt un piedzīvot piederību.

Spēka pieejā balstīta gadījuma vadīšana balstās uz Denisa Sālibija formulēto spēka perspektīvas filozofiju sociālajā darbā, kas paredz, ka katram cilvēkam ir spējas, resursi un potenciāls, ka motivāciju veicina uzmanība uz stiprajām pusēm, nevis trūkumiem, un ka palīdzības attiecības ir sadarbības process²⁹⁰, kurā cerība ir izmaiņu priekšnoteikums. Karls Raps un Ričards Goša šo filozofiju pārvērta konkrētā praksē, izstrādājot metodoloģisku modeli gadījuma vadīšanai, kas padara spēka perspektīvu izmantojamu ikdienas sociālajā darbā. Šajā modelī spēka perspektīvas principi tiek īstenoti ar praktiskiem instrumentiem – “Stipro pušu izvērtējumu” un “Personīgās atlabšanas plānu” (skat. 5. pielikuma 5.3. “Spēka pieejā balstītas

²⁸⁸ Ageing, Disability and Home Care, Department of Human Services NSW. (2010). *Case Management Practice Guide: 7 Phases of Case Management*. Pieejams: <https://www.studocu.com/in/document/kendriya-vidyalaya-indian-institute-of-technology-chennai/computer-science-sl/case-management-practice-guide-7-phases-march-2010/100442874> [aplūkots 01.11.2025.]

²⁸⁹ Turpat.

²⁹⁰ Skat arī 4.4.1. sadaļu, kur aplūkota spēka perspektīvas piemērošana konsultēšanas procesā.

gadījuma vadīšanas instrumenti" veidlapas), ka arī sociālo darbinieku un viņa attiecībām ar klientu.²⁹¹

"*Stipro pušu izvērtējums*" atspoguļo klienta vēlmes, spējas un resursus dažādās dzīves jomās – eselibā, mājoklī, nodarbinātībā, izglītībā, sociālajās attiecībās un brīvajā laikā. Balstoties uz izvērtējuma rezultātiem, kopīgi ar personu tiek izstrādāts "*Personīgās atlabšanas plāns*", kurā mērķi tiek sadalīti mazākos, sasniedzamos soļos. Plāna galvenais mērķis ir kustība, nevis pilnīga un detalizēta visu iespējamo darbību ieviešana vienā reizē. Šī pieeja ir apzināta un raksturīga spēka pieejā balstītam gadījuma vadīšanas modelim. Šī dinamiskā, soli pa solim virzītā plānošana atgādina reālas dzīves norisi un atlabšanas procesu kā ceļojumu – tajā svarīga ir kustība, pieredze un mācīšanās katrā posmā, nevis tikai galamērķa sasniegšana. Plāns tiek regulāri pārskatīts un papildināts atbilstoši personas dzīves gaitai un izmaiņām.

Šajā pieejā dokumenti nav birokrātiski instrumenti, bet gan terapeitiski un attīstoši rīki, kas palīdz cilvēkam saskatīt un apzināties savas stiprās puses, sasniegumus un iespējas. Tie kalpo kā līdzeklis, lai radītu cerības, pašefektivitātes un ticības izjūtu tam, ka pārmaiņas ir iespējamās un cilvēkam piemīt iekšējie un ārējie resursi, uz kuriem balstīties. Tāpēc īpaši nozīmīgas ir attiecības starp klientu un sociālo darbinieku, jo tieši sociālais darbinieks caur sarunas procesu un dokumentiem nodod cilvēkam cerības, uzticēšanās un iespējamības izjūtu. Sociālais darbinieks kļūst par cerības nesēju – viņa skatījums, attieksme un valoda palīdz klientam ieraudzīt, ka pārmaiņas ir sasniedzamas. Dati apliecina, ka klienta un sociāla darbinieka sadarbība šajā modelī korelē ar būtiskiem dzīves kvalitātes uzlabojumiem, zemāku depresijas simptomu līmeni, lielāku apmierinātību ar dzīvi un labāku funkcionēšanu.²⁹² Klienti īpaši uzsver elastību, partnerību un izvēles brīvību kā faktorus, kas palīdz sasniegt pārmaiņas.

Šajā pieejā darbs netiek veikts sociālā dienesta telpās, bet cilvēka faktiskajā dzīvesvidē – viņa mājās, kopienā, vidē, kurā viņš dzīvo un funkcionē. Šāda pieeja tuvinās *outreach* jeb sasniedzamības darbam²⁹³ un ļauj sociālajam darbiniekam labāk izprast cilvēka ikdienas kontekstu un vairāk orientēties uz kopienas resursiem kā atbalsta sistēmu. Spēka pieejā balstītais gadījuma vadīšanas modelis uzskata, ka ne tikai katram cilvēkam ir savas stiprās puses un resursi, bet arī kopiena kopumā ir resursu un iespēju "oāze". Kopienas locekļi, pakalpojumi un dabiskā atbalsta tīkli tiek uzlūkoti kā potenciāls cilvēka attīstībai un līdzdalībai.²⁹⁴

Modelis paredz vairākas secīgas stadijas: *iesaisti un attiecību veidošanu, izvērtējumu, plānošanu un atlabšanu*. Iesaistes posmā tiek radīta uzticēšanās un droša sadarbības vide, izvērtējuma posmā tiek noteikti resursi un stiprās puses, plānošanā tiek definēti mērķi un konkrēti soļi to īstenošanai, savukārt atlabšanas posmā sociālais darbinieks sniedz mērķtiecīgu atbalstu resursu piesaistē un cilvēka līdzdalības veicināšanā sabiedrībā. Process ir dinamisks un tiek pielāgots personas vajadzībām un reālai dzīvei, nevis noteiktam intervences termiņam.

Pierādījumi liecina, ka spēka pieejā balstīta gadījuma vadīšana uzlabo cilvēku dzīves kvalitāti, veicina nodarbinātību un izglītības iespējas, samazina hospitalizāciju un atkarību no institucionāliem pakalpojumiem, kā arī sekmē sociālo integrāciju.²⁹⁵

²⁹¹ Goscha, R. J. (2021). *Strengths Model Case Management: Moving Strengths from Concept to Action*. In: *Rooted in Strengths: Celebrating the Strengths Perspective in Social Work*. University of Kansas. Pieejams: <https://kuscholarworks.ku.edu/handle/1808/31763> [aplūkots 12.11.2025.]

²⁹² Roebuck, M., Aubry, T., & Manoni-Millar, S. (2021). *A Qualitative Study of the Working Alliance in the Strengths Model of Case Management with People with Severe Mental Illness*. *Community Mental Health Journal*, 58(5), 944–954. lpp.

²⁹³ Labklājības ministrija (2023). *Metodiskais materiāls sociālajam darbam ar jauniešiem*. 130. lpp. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/23769/download?attachment> [aplūkots 12.11.2025.]

²⁹⁴ Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2012). *The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services*. 3rd ed. New York: Oxford University Press. Pieejams: <https://global.oup.com/academic/product/the-strengths-model-9780199736397> [aplūkots 12.11.2025.]

²⁹⁵ Arnold, E. M., Walsh, A. K., Oldham, M. S., & Rapp, C. A. (2007). *Strengths-Based Case Management: Implementation with High-Risk Youth*. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 88(1), 86–94. lpp.

5.5.2. Sociālais darbs ar grupām ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem

Sociālajā darbā pastāv dažādas grupu klasifikācijas. Vispārēja klasifikācija varētu būt šāda:

- **atbalsta grupas** – grupas, kuru locekļi atbalsta cits citu, lai tiktu galā ar problēmu un pielāgotos dzīves notikumiem (piemēram, atbalsta grupa personām, kuras dzird balsis), tostarp **pašpalīdzības grupas**. Šīs grupas ietver arī aizstāvības aktivitātes;
- **izglītojošās grupas** – dalībnieki uzzina par noteiktiem nosacījumiem, iespējām (piemēram, izglītības grupa personām, kuras cieš no depresijas);
- **izaugsmes grupas** – koncentrējas uz pašattīstību un pašapziņu, veicinot sociāli emocionālo veselību (starppersonu komunikācijas, jūtīguma apmācības vai motivācijas apmācības grupas);
- **terapeitiskās grupas** – atvieglo veselīošanos vai rehabilitāciju pēc traumas, ievainojumiem, pēkšņām dzīves apstākļu pārmaiņām vai pārejas uz jaunu dzīves posmu, piemēram, laulības šķiršanu, laulātā nāvi u. tml. (dialektiskas uzvedības terapijas grupas personām, kurām ir diagnosticēti personības traucējumi, kognitīvi biheiviorālās terapijas grupas personām ar depresiju);
- **socializācijas grupas** – palīdz cilvēkiem pārvietoties no vienas vides uz citu, attīstot sociālās prasmes vai starppersonu attiecības (sociālie klubi personām ar GRT, kuras tikko sākušas dzīvot sabiedrībā).²⁹⁶

Dažas grupas var apvienot vairākas funkcijas, piemēram, terapeitiskās un izglītojošās.

Ja sociālais darbinieks plāno organizēt grupu, būtiski ir izvērtēt savas kompetences un skaidri definēt lomu, kuru viņš ieņems grupas darbā. Pastāv pašpalīdzības grupas, kuras pilnībā organizē un vada paši dalībnieki – personas ar GRT, viņu tuvinieki vai ģimenes locekļi. Šādā gadījumā sociālais darbinieks var sniegt atbalstu grupas izveidē, piemēram, nodrošinot telpas, palīdzot izplatīt informāciju kopienā vai sniedzot konsultatīvu atbalstu organizatoriskos jautājumos. Dažas pašpalīdzības grupas var tikt uzsāktas sociālā darbinieka vadībā, taču, kad grupa nostiprinās, vadītāja loma tiek nodota kādam no dalībniekiem. Šādā modelī sociālais darbinieks pakāpeniski atkāpjas no tiešas vadības un turpmāk iesaistās tikai organizatoriska vai koordinējoša atbalsta līmenī. Tāpat pastāv atbalsta grupu modelis, kurā ir divi vadītāji – persona ar GRT un profesionāls sociālais darbinieks –, veidojot līdzvērtīgu un uz sadarbību balstītu grupas vadības struktūru.

Pastāv arī grupas, kuras vada profesionāls sociālais darbinieks vai sociālais darbinieks sadarbībā ar citu speciālistu (piemēram, psihologu, pedagogu vai psihiatru). Šīs grupas var būt dažādu veidu – atbalsta, izglītojošās, izaugsmes vai socializācijas grupas.

Lai vadītu jebkāda veida grupu, sociālajam darbiniekam ir nepieciešama īpaša apmācība, kā arī izpratne par grupas struktūru, noteikumiem, dinamiku un dalībnieku iesaistes veicināšanu. Savukārt terapeitisko grupu vadīšana prasa padziļinātu profesionālo sagatavotību, kas pārsniedz sociālā darba pamatizglītības ietvaru. Šādā gadījumā sociālais darbinieks var sniegt klientam informāciju par pieejamām terapeitiskajām grupām un atbalstīt viņu atbilstoša pakalpojuma atrašanā.²⁹⁷

Mūsdienās daļa atbalsta grupu modeļu ir orientēti uz līdzcilvēku kustībām, kurās pašas personas ar GRT var izveidot un vadīt grupas ar sociālā dienesta atbalstu. Zemāk minēti daži piemēri:

1. Vispārīgās “Līdzīgs līdzīgajam” grupas – PVO *Quality Rights* ierosināts vispārējs atbalsta grupu modelis personām ar GRT, kā arī viņu ģimenēm un partneriem – iniciatīva, kuras mērķis ir uzlabot garīgās veselības un ar to saistītās aprūpes kvalitāti un veicināt personu ar GRT cilvēktiesības visā

²⁹⁶ Hepworth, D. H., Larson, J. A., Homewood, B. (2001). *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*, 284.–285. lpp.

²⁹⁷ Vairāk par sociālo darbu ar grupu: Labklājības ministrija. (2023). *Metodika sociālajam darbam ar grupu*. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/24684/download?attachment> [aplūkots 10.12.2025.]

pasaulē.²⁹⁸

2. "Līdzīgs līdzīgajam" pašpalīdzības grupas, ko ASV organizē Nacionālā alianse garīgo saslimšanu jomā (angļu val. – *National Alliance on Mental Illness, NAMI*) – pašpalīdzības, aizstāvības un izglītojošās grupas – 10 nedēļu apmācības kurss tiem, kuriem diagnosticēti psihosociālie traucējumi, ar mērķi mācīt dalībniekiem praktiskās prasmes un zināšanas par GRT. Ir gan personu, gan viņu ģimeņu grupas.²⁹⁹
3. *Recovery International* grupas – pašpalīdzības terapeitiskās grupas, kas pamatotas uz kognitīvās uzvedības terapijas modeli un ir vērstas uz apņēmību rīkoties, pašpārbaudi un pašapziņu. Šīs grupas var labi apvienot ar "divpadsmit pakāpju" programmām, ja personai ir dubultā diagnoze.³⁰⁰
4. *Hearing Voices* grupas – atbalsta un aizstāvības grupas personām, kuras dzird balsis. Grupas piedāvā savu pieredzi un māca dzīvot tādā veidā, kas palīdz atgūt zināmu varu pār savu dzīvi.³⁰¹ Šīs grupas ir daļa no plašākas *Hearing Voices* kustības, kura iestājas pret invaliditātes medicīnisko modeli un uzskata, ka dzirdēt balsis nav garīgo slimību pazīme. Tiek piedāvāts atlabšanas modelis, kurā cilvēki iemācās tikt galā ar balsīm, izmantojot kognitīvi biheiviorālo terapiju un pašpalīdzības metodes.
5. *Paranoia Network* grupas – atbalsta un aizstāvības grupas personām, kurām ir pieredze dzīvošanai ar paranoju. Šīs grupas ir daļa no *Paranoia Network* kustības, kas veicina atlabšanu.³⁰²
6. Personu ar demenci pašpalīdzības grupas (piemēram, *Singing for the Brain* grupas³⁰³) – pašpalīdzības grupas, kas apvieno cilvēkus ar demenci un palīdz viņiem apgūt praktiskās demences pārvarēšanas metodes, lai uzlabotu savas patstāvīgās dzīves prasmes, tostarp apgūtu atmiņas uzlabošanas metodes un nākotnes plānošanu.

5.5.3. Sociālais darbs ar ģimeni, kurā ir pilngadīgas personas ar garīga rakstura traucējumiem

Lielākā daļa personu ar GRT savā ikdienas dzīvē ir atkarīgas no maksas pakalpojumiem un neformālā atbalsta, ko viņi saņem no ģimenes, draugiem un sabiedrības locekļiem. Protams, maksas pakalpojumi netiek nodrošināti nepieciešamā apjomā un tādā kvalitātē, lai personas varētu sākt savu neatkarīgo dzīvi uzreiz, sasniedzot pilngadību, vai jebkurā laikā pēc vēlēšanās. Tādēļ cilvēki bieži turpina dzīvot vienā māsaimniecībā ar savām ģimenēm, un attiecības ģimenēs ir savstarpēji atkarīgas. Dažreiz ģimenes locekļi arī ir sociālā dienesta klienti, ar viņiem notiek individuālais darbs. Tomēr ģimenes, kurās ir pilngadīga persona ar GRT, bieži netiek ņemtas vērā kā ģimenes sistēmas.

Mūsdienās starptautiskajā sociālā darba praksē ir izstrādātas vairākas daudzsološas un pētījumos balstītas metodes, kas palīdz sniegt koordinētu atbalstu gan ģimenei kopumā, gan personai ar GRT, vienlaikus saglabājot šīs personas centrālo lomu lēmumu pieņemšanā un atbalsta procesā:

²⁹⁸ World Health Organization. (2017). *Creating peer support groups in mental health and related areas: WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*. Geneva. Pieejams: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/MHP-17.13-Creating-peer-support-groups-March-2017.pdf> [aplūkots 09.12.2025.]

²⁹⁹ National Alliance on Mental Illness. *NAMI Peer-to-Peer*. Pieejams: <https://www.nami.org/support-education/mental-health-education/nami-peer-to-peer/> [aplūkots 10.12.2025.]

³⁰⁰ *Recovery International*. Pieejams: <https://recoveryinternational.org/> [aplūkots 10.12.2025.]

³⁰¹ *Hearing Voices Network*. Pieejams: <https://www.hearing-voices.org/> [aplūkots 10.12.2025.]

³⁰² National Paranoia Network. *Self-help groups*. Pieejams: <https://nationalparanoianetwork.org/self-help-groups/> [aplūkots 10.12.2025.]

³⁰³ Alzheimer's Society. *Singing for the Brain*. Pieejams: <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/dementia-support-services/your-local-services/singing-for-the-brain> [aplūkots 10.12.2025.]

1. Ģimenes grupas konference

Ģimenes grupas konference³⁰⁴ (angļu val. – *Family Group Conference*) ir Jaunzēlandē radusies starptautiski atzīta metode, kas balstīta uz pieņēmumu, ka ģimenei un cilvēkam nozīmīgajām personām ir unikālas zināšanas un resursi, lai piedalītos atbalsta plāna veidošanā. Procesā tiek radīta strukturēta un droša vide, kurā persona ar GRT, tās ģimene un profesionāļi kopīgi apspriež situāciju, nosaka prioritātes un pēc tam ģimene pati pieņem lēmumu par plāna mērķiem un īstenošanu. Šī metode sākotnēji tika attīstīta bērnu aizsardzības jomā, taču pieredze citās valstīs liecina, ka tā ir noderīga arī darbā ar pieaugušām personām ar GRT, īpaši tad, ja nepieciešams stiprināt dabisko atbalsta tīklu. Dalībnieki parasti augstu novērtē iespēju tikt uzklausi un kontrolēt lēmumu procesu, kas savukārt paaugstina uzticēšanos pakalpojumu sistēmai.

2. “Wraparound” metode

“Wraparound”³⁰⁵ ir intensīva, individualizēta un uz ģimenes stiprajām pusēm balstīta atbalsta plānošanas metode, kas radusies ASV darbā ar bērniem un jauniešiem ar GRT. Tā ir īpaši piemērota situācijās, kad ģimenei un personai nepieciešams ilgtermiņa, daudzdimensionāls un koordinēts atbalsts, jo viena sanākums vai īslaicīgs iejaukšanās periods nav pietiekams. Sociālais darbinieks šajā modelī darbojas kā koordinators, kurš palīdz ģimenei noteikt mērķus, identificēt resursus un savienot vairākus pakalpojumus (piemēram, psihiskās veselības aprūpi, speciālo izglītību, veselības aprūpi, sociālos pakalpojumus). “Wraparound” ir bieži izmantots gadījumos, kad jauniešiem ar nopietnām GRT pastāv risks nonākt institucionālā aprūpē, un nepieciešama intensīva gadījuma vadīšana, lai nodrošinātu viņa drošību un funkcionēšanu ģimenē un skolā.

Pieejas būtiska sastāvdaļa ir dabiskā atbalsta tīkla aktivizēšana – komandā līdzās profesionāļiem tiek iesaistīti draugi, radnieki, kaimiņi un citi cilvēkam nozīmīgi resursi, veidojot noturīgu atbalsta sistēmu. Atšķirībā no tradicionāli pakalpojumu sistēmas definētiem plāniem, “Wraparound” procesā atbalsts tiek pielāgots cilvēkam un ģimenei, nevis otrādi. Starptautiskie pētījumi apliecina, ka “Wraparound” metode uzlabo funkcionēšanu un samazina institucionālās aprūpes nepieciešamību. Šī pieeja ir atzīta par uz pierādījumiem balstītu praksi, kas saskan ar DI, sociālās iekļaušanas un atlabšanas principiem.

3. “Atvērtais dialogs”

“Atvērtais dialogs” (angļu val. – *Open Dialogue*)³⁰⁶ ir sadarbībā balstīta krīzes intervences metode, kas radusies Somijā un ir cieši saistīta ar cilvēktiesību un atlabšanas principiem. Šajā pieejā lēmumi netiek pieņemti profesionāļu kabinetos bez cilvēka klātbūtnes – tie top tieši atklātās sarunās, kurās piedalās speciālisti, persona ar psihosociāliem traucējumiem, tās ģimene un sociālais tīkls. Procesa centrā ir dialogs, caurspīdīgums, cieņpilnas attiecības un kopīga atbildība. Profesionāļu komanda reaģē uz krīzi nekavējoties, nodrošina regulāras tikšanās un pielāgojas cilvēka un ģimenes vajadzībām, cik tas iespējams.

Pētījumi liecina, ka šai pieejai ir izcili rezultāti agrīnā psihozes ārstēšanā – ievērojami samazinās hospitalizāciju skaits, samazinās ilgstoša medikamentozā ārstēšana, cilvēki ātrāk atgriežas darbā vai izglītībā, un krīzes tiek atrisinātas ar mazāku emocionālo un finansiālo slodzi. Ģimenes un personu ar psihosociāliem traucējumiem subjektīvā pieredze arī uzlabojas, un viņi izjūt lielāku iesaisti un līdzatbildību.

³⁰⁴ Ramon S. (2021). *Family Group Conferences as a Shared Decision-Making Strategy in Adults Mental Health Work*. *Frontiers in Psychiatry*, 2021; 12:663288. Pieejams: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.663288/full> [aplūkots 10.12.2025.]

³⁰⁵ National Wraparound Initiative (NWI). *Wraparound Basics: What Is Wraparound?* Pieejams: <https://nwi.pdx.edu/wraparound-basics/> [aplūkots 10.12.2025.]

³⁰⁶ Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue*. The University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA. Pieejams: <https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/latvia-translation.pdf> [aplūkots 10.12.2025.]

5.5.4. Ieteikumi darbam ar personām ar noteiktiem garīga rakstura traucējumiem

Jēdziens “personas ar GRT” ietver vairākas atšķirīgas personu grupas. Tālāk sniegtā informācija var noderēt sociālā darbinieka ikdienas darbā. Jāņem vērā, ka personām vienlaikus var būt vairāki dažāda rakstura veselības traucējumi.

INTELEKTUĀLĀS ATTĪSTĪBAS TRAUCĒJUMI

Runājot par sociālo darbu ar personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem, kā “zelta standarts” profesionālajā literatūrā tiek minēta: pakalpojumu personalizācija, individuālo budžetu izmantošana un pastiprināta uzmanība pārejas posmos, lai savlaicīgi novērstu krīzes riskus un nodrošinātu nepārtrauktu atbalstu.

Vienlaikus praksē joprojām pastāv priekšstats, ka personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem psihologa konsultācijas nav īpaši piemērotas vai nepieciešamas. Tomēr pētījumi rāda pretējo: personām ar viegliem un vidējiem intelektuālās attīstības traucējumiem var noderēt psihologa konsultācijas, un IQ testa rezultāti nevar būt iemesls, lai šos klientus nenosūtītu uz konsultācijām. Klienti ar intelektuālās attīstības traucējumiem, izmantojot konsultācijas, sasniedz tikpat lielu progresu kā daudzas citas personas (Lielbritānijā aptuveni 16 % iedzīvotāju), kurām ir tādas pašas iezīmes kā šai grupai, bet kuras nekad nav oficiāli identificētas un diagnosticētas.³⁰⁷

AUTISKĀ SPEKTRA TRAUCĒJUMI (AST)

Personām ar AST varētu būt grūtības iesaistīties grupās. Viņiem bieži vien ir grūti saprast sociālās nianšes un laikus atrast pareizos vārdus. Labāks darba formāts personām ar AST ir individuāls darbs, darbs ar mentoru vai, ja nav iespējams izvairīties no grupas formāta, nelielas grupas, kurās šī persona jau pazīst vismaz dažus dalībniekus.

Strādājot ar personu ar AST, klients iepriekš jā sagatavo un ar viņu jāizrunā konsultācijas darba kārtību. Tikšanās laikā darba kārtība jāievēro, un to nedrīkst mainīt.³⁰⁸

Personām ar augsti funkcionējošiem AST varētu būt grūtības saskatīt detaļas un visu situāciju kopumā, izprast kontekstu, kādā konkrētie notikumi notiek. Tādēļ ieteicams runāt par katru situācijas detaļu atsevišķi, kā arī izmantot vienkāršus zīmējumus un shēmas, kurās detaļas ir iekļautas kontekstā. Runājot par vēlamo nākotni, mērķiem un intervencēm, noderīgi ir atvērti jautājumi.³⁰⁹

UZMANĪBAS DEFICĪTA UN HIPERAKTIVITĀTES SINDROMS (UDHS)

UDHS ir diagnoze, kuru Latvijas kontekstā nesēns sāka piemērot pieaugušajiem.³¹⁰ Personas ar UDHS var būt tie klienti, kuriem ir ļoti nopietnas problēmas ar savu dzīves organizēšanu un ir impulsīva uzvedība. Diagnoze ir liels atbalsts klientam, jo tā sniedz skaidrojumu par piedzīvotajām grūtībām un apstiprina, ka šīs problēmas ir UDHS izpausme, nevis klienta “vaina” vai nespēja piepūlēties.

³⁰⁷ Department of Health (2009). *Learning Disabilities: Positive Practice Guide*. Norwich Medical School / Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). Pieejams: <https://assets.uea.ac.uk/f/185167/x/21610d0ffb/norwich-medical-school-learning-disabilities-positive-practice-guide.pdf> [aplūkots 10.12.2025.]

³⁰⁸ Ar praktisko padomu materiāliem latviešu valodā var iepazīties šeit: Latvijas Autisma apvienība. *Informatīvie un izglītojošie materiāli vecākiem un atbalsta personālam*. Pieejams: <https://www.autisms.lv/materiali/> [aplūkots 10.12.2025.]

³⁰⁹ Mattelin E., Volckaert H.. (2017) *Autism and Solution-focused Practice*. Jessica Kingsley Publishers.

³¹⁰ Bezborodovs, N. (2016). *Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms pieaugušajiem*. 58. lpp.

Sociālajā darbā ar pieaugušajiem ar UDHS svarīga ir psihoizglītošana. Sociālais darbinieks var izglītēt pieaugušo par UDHS ietekmi uz ikdienas uzvedību un funkcionēšanu. Strādājot ar personām ar UDHS, sociālajam darbiniekam jāizmanto diagnozes pozitīvās puses un potenciālie resursi – augsts enerģijas līmenis, optimisms un radošums. Sociālais darbinieks var palīdzēt cilvēkiem kompensēt ar uzmanību saistīto deficītu, attīstot stratēģijas impulsivitātes pārvaldīšanai, strukturētai lēmumu pieņemšanai un efektīvāku ikdienas paradumu veidošanai, tādējādi paplašinot un nostiprinot adaptīvās uzvedības repertuāru.

Plānošanas procesā vajadzētu noteikt un dokumentēt, kādas darbības un uzvedības ir sagaidāmas no personas ar UDHS. Plānam jābūt skaidri saprotamam un viegli uztveramam. Neatkarīgi no citiem mērķiem, plānošanā jāiekļauj prasmju attīstīšana pašaprūpes un personīgās dzīves pārvaldības jomās visā plāna īstenošanas gaitā.

Sociālais darbinieks var ieteikt konsultēties ar psihiatru, jo UDHS ir ļoti bieži sastopams traucējums, kuru iespējams efektīvi ārstēt ar medikamentozo terapiju.³¹¹

DEMENCE

Sociālais darbs ar personām ar demenci ir izaicinošs uzdevums. No vienas puses, uz personu vērsta pieejā, kas starptautiskajā praksē tiek atzīta par standartu, ir noteikts, ka cilvēka cerībām, sapņiem, interesēm un personīgajam stāstam jābūt darba centrā. No otras puses, personu ar demenci stāvoklis ne vienmēr ļauj runāt par nākotni, cerībām un sapņiem, vai saglabāt stabilas intereses un atmiņas. Pieaugušo personu ar demenci uzvedību reizēm ir grūti interpretēt, un bieži cilvēka personīgā vēsture (darba pieredze, nozīmīgi dzīves notikumi, hobiji u. c.) palīdz izprast uzvedības izpausmes. Tādēļ darbs ar klientiem ar demenci, jo īpaši izvērtējuma posmā, bieži vien ir vērsts uz pagātnes izpēti kopā ar atbalsta loku un notiek lēnāk nekā ar citām grupām.³¹²

Atbalsta pakalpojumos klientiem ar demenci bieži vien izmanto mūziku – kā saziņas formu un atmiņas atgūšanas veidu.³¹³ Mūziku var integrēt gan atbalsta grupu formātā (piemēram, Lielbritānijā pastāv atbalsta grupas *Singing for the Brain*³¹⁴), gan individuālā darbā, lai palīdzētu personai labāk orientēties, regulēt emocijas un tikt galā ar trauksmi.

ŠIZOFRĒNIJA

Pētniecībā un praksē ir konstatēts, ka standarta gadījuma vadīšanas pieejas, kuras plaši izmanto sociālajā darbā, ne vienmēr nodrošina labākos iespējamus rezultātus darbā ar cilvēkiem, kuri dzīvo ar šizofrēnijas spektra traucējumiem.³¹⁵ Izmantojot tradicionālo individuāli orientēto gadījuma vadīšanu, klientiem var būt lielāks hospitalizācijas biežums un ilgāks stacionārās ārstēšanās laiks, nesasniedzot būtiskus uzlabojumus garīgās veselības, sociālās funkcionēšanas vai dzīves kvalitātes jomās.

Šī iemesla dēļ starptautiskajā praksē ieteicams izmantot sabiedrībā un komandas darbā balstītus,

³¹¹ Kottler S (2000). *A Social Worker's Guide to Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: What Is It? Who Has It? And What Should We Do About It?* National Association of Social Workers – Massachusetts Chapter. Pieejams: <https://www.naswma.org/general/custom.asp?page=362> [aplūkots 10.12.2025.]

³¹² South West Dementia Partnership. *Person Centred Support Plan for People with Dementia*. Living Well with Dementia in the South West Pieejams: https://dementiapartnerships.com/wp-content/uploads/sites/2/person_centred_dementia_support_plan_A4.pdf [aplūkots 10.12.2025.]

³¹³ Music for Dementia (2024). *Evidence Summary*. Pieejams: <https://static1.squarespace.com/static/63d7e788895d6301400bca92/t/6784ecef6a3a51d933290a7/1736764655966/Updated-Music-for-Dementia-evidence-summary.pdf> [aplūkots 10.12.2025.]

³¹⁴ Alzheimer's Society. *Singing for the Brain*.

³¹⁵ Adamou, M. (2005). *Community service models for schizophrenia: Evidence-based implications and future directions*. *Psychiatry (Edgmont)*, 2(2), 24–30. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21179632/> [aplūkots 11.12.2025.]

intensīvus atbalsta modeļus, piemēram, Kanādas Neatmaidīgās kopienas komandas (angļu val. – *Assertive Community Treatment Teams*).³¹⁶ Šīs komandas nodrošina daudzdisciplināru, mobilu un nepārtrauktu atbalstu, un tām ir kopīga atbildība par klientu, kas būtiski atšķiras no tradicionālās gadījuma vadīšanas, kur atbildība ir galvenokārt viena speciālista līmenī.

Darbā ar personām ar šizofrēniju nozīmīga loma ir profesionālajai rehabilitācijai un/vai atbalstam izglītībā. Vairumā gadījumu šizofrēnija sākas skolas vai universitātes laikā, un šī saslimšana traucē personas iekļaušanos darba vidē. Pat ja personas ar šizofrēniju ir stabilizējušās, tās parasti ir zaudējušas laiku, kurā būtu turpinājušas izglītību vai darbu. Šizofrēnija un blakusparādības, kas saistītas ar medikamentu lietošanu, izraisa grūtības mācīties vai pabeigt darbu. Profesionālās rehabilitācijas un / vai atbalsts izglītībā var palīdzēt indivīdam iemācīties kompensēt šīs problēmas.³¹⁷

DEPRESIJA UN BIPOLĀRI AFEKTĪVI TRAUCĒJUMI

Mūsdienās depresija ir viena no visplašāk izplatītajām saslimšanām. Kaut arī sociālo darbinieku atbildība nav depresijas vai bipolāro traucējumu ārstēšana, tomēr sociālajiem darbiniekiem jābūt spējīgiem atpazīt slimības simptomus un izmantot sabiedrības resursus, lai persona saņemtu speciālista atbalstu.

Gan depresijas, gan bipolāri afektīvo traucējumu gadījumā sociālie darbinieki var izglītēt personas, kā atpazīt pirmās depresijas vai mānijas pazīmes. Tomēr ASV pētījums par psihoizglītošanu sniedz interesantus rezultātus:

- mācot klientus atpazīt pirmās mānijas pazīmes un meklēt agrīnu ārstēšanu, ievērojami palielinās laiks līdz nākamajām mānijas epizodēm un samazinās recidīvu skaits;
- tomēr izglītošana būtiski neietekmē depresijas recidīvus un pastiprina antidepresantu lietošanu;
- mācot klientus atpazīt pirmās mānijas pazīmes un meklēt agrīnu ārstēšanu, klientam uzlabojas sociālā funkcionēšana un sadarbība ar atbalsta personu.³¹⁸

Kad klients sāk atpazīt pirmās mānijas pazīmes, sociālais darbinieks var ar klientu sagatavot un atkārtot rīcības plānu.

Depresiju un bipolāri afektīvos traucējumus ietekmē vide. Sociālie darbinieki nosaka tos vides faktorus, kuri var izraisīt, veicināt vai pagarināt slimības recidīvu. Šie faktori ir neveselīgas attiecības, nedroša apkaime, nabadzība, izolācija un sociālā atbalsta trūkums, diskriminācija, piekļuves kopienas resursiem trūkums. Ja cilvēkiem nav iespēju izvairīties no šādas nevēlamas vides, sociālie darbinieki var iejaukties. Lai radītu labvēlīgākus vides apstākļus, sociālie darbinieki apzina klienta vajadzības un piesaista resursus.

5.5.5. Tipiskas problēmas sociālajā darbā ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem

RESURSU TRŪKUMS

Sociālās palīdzības un pakalpojumu kvalitāti ietekmē resursu (gan materiālo, gan cilvēku) trūkums.

³¹⁶ Assertive Community Treatment – BC ACT Advanced Practice Team.. *About ACT*. ACT BC. Pieejams: <https://act-bc.ca/about> [aplūkots 11.12.2025.]

³¹⁷ Tunner, T. (2025). *How Social Workers Help with Schizophrenia*. National Association of Social Workers – Help Starts Here. Pieejams: <https://www.helpstartshere.org/how-social-workers-help-with-schizophrenia/> [aplūkots 11.12.2025.]

³¹⁸ Olson, M. (2020). *Psychological Therapies and Bipolar Disorders: Psychoeducation*. Chicago Psychiatry Associates. Pieejams: <https://www.chicagopsychiatryassociates.org/blog/2020/03/08/psychological-therapies-and-bipolar-disorderspsychoeducation/> [aplūkots 11.12.2025.]

Visefektīvākais veids, kā pārvarēt šo šķērslī, ir ģimenes un kopienas locekļu iesaistīšana neformālā atbalstā. Procesa dalībniekus identificē izvērtēšanas procesā un aicina piedalīties darba plānošanā ar personām ar GRT. Iesaistot kopienas locekļus, sociālais darbinieks var mainīt vispārējo attieksmi pret personām ar GRT, kā arī stiprināt kopienas sakarus. Tas gan nenozīmē, ka sociālajam darbiniekam vajadzētu ignorēt problēmas, kas saistītas ar resursu trūkumu. Sociālajam darbiniekam vajag objektīvu priekšstatu par to, ko viņš var sasniegt un ko viņš nespēj sasniegt resursu trūkuma kontekstā. Sociālajam darbiniekam aktīvi jāaizstāv savu klientu intereses, atklāti runājot par neapmierinātām vajadzībām un cenšoties mainīt situāciju makrolīmenī.

ATTIECĪBU PROBLĒMAS

Sabiedrībā ir izplatīti negatīvi un neatbilstoši uzskati par personām ar GRT. Šādi uzskati veicināja iepriekšējās sociālās aprūpes sistēmas (t. sk. institucionalizācijas) veidošanos. Pašlaik sociālās aprūpes sistēma tiek aktīvi reorganizēta.

Persona ar GRT tika uzlūkota par:

- slimu cilvēku;
- par pakāpi zemāku nekā personas bez GRT;
- draudu citiem;
- žēlastības objektu;
- labdarības objektu;
- nevainīgu svēto.³¹⁹

Ilgstošas tradīcijas dēļ tiek uzskatīts, ka personas ar GRT nespēj dzīvot neatkarīgi, nespēj formulēt un paust savus uzskatus un spriedumus, viņām ir nepieciešama nepārtraukta kontrole un aizsardzība. Sociālajiem darbiniekiem, pat ja viņi mēģina rīkoties saskaņā ar profesijas standartiem, ir tendence uz paternālismu attiecībās ar šiem klientiem. Paternālismam ir grūti pretoties, un rezultātā veidojas liels varas disbalanss. Šāds modelis nav efektīvs un neatbilst sociālā darba pamatvērtībām.

Iepriekšminētā tradīcija atstājusi spēcīgu ietekmi uz kultūru un sabiedrību. Tāpēc sociālajam darbiniekam jāreflektē savas attiecības ar klientiem ar GRT, un šāda veida refleksiju var nodrošināt regulāra supervīzija.

Tā kā sociālais darbinieks ir izmaiņu veicinātājs sabiedrībā, viņš var iebilst pret šo joprojām dominējošo kultūras tradīciju un atklāti par to runāt gan mikro, gan mezo, gan makrolīmenī, piemēram, nav pieņemami salīdzināt pilngadīgas personas ar GRT ar bērniem.

Dažkārt klienta un sociālā darbinieka attiecībās pastāv kultūras, dzimuma un citi šķēršļi, kas ietekmē klienta uzticību darbiniekam. Iespēju robežās sociālais darbinieks klientam var piedāvāt personalizētu pakalpojumu, kura ietvaros speciālistiem ir dziļākas zināšanas par klienta kultūru vai ir vairāk pieredzes darbā ar klientiem ar GRT. Protams, resursu trūkuma dēļ šāds risinājums, visticamāk, nebūs iespējams.

Ja sociālais darbinieks nav attiecīgās kultūras, dzimuma vai grupas pārstāvis vai viņam nav atbilstošas pieredzes, viņš par spīti šķēršļiem var veidot uzticamas attiecības ar klientiem. Vajadzētu

- justies brīvi, strādājot ar atšķirībām;
- izvērtēt klienta uzvedību viņa realitātes kontekstā;
- koncentrēties uz kultūras stiprajām pusēm;
- saprast, ka neuzticība var būt vērsta nevis uz darbinieku personiski, bet uz viņu kā citas kultūras, dzimuma, grupas u. tml. pārstāvi;
- nepārtraukti attīstīt savas zināšanas par kultūru dažādību;

³¹⁹ Williams, P., Evans, M. (2013). *Social work with people with learning difficulties*. London: Sage, 29.–30. lpp.

- pieņemt, ka klientam varētu būt atšķirīgs pasaules uzskats;
- saprast, kā makrolīmeņa notikumi ietekmē klienta pasaules uztveri un problēmas, kā arī būt gatavam rīkoties mezo un makrolīmenī (piemēram, protestēt pret diskriminējošu likumdošanu, kas izraisa sociālās problēmas konkrētas grupas pārstāvjiem).³²⁰

ROBEŽU NOTEIKŠANAS PROBLĒMAS

Dažkārt ir svarīgi klientam pateikt “nē” un veidot stingras robežas, piemēram:

- kad klienti aicina jūs veidot ar viņiem attiecības ārpus darba (piemēram, kopā iedzert);
- kad klienti lūdz jūs piešķirt viņiem priekšroku;
- kad klienti pieprasa fizisku intimitāti;
- kad klienti lūdz jūs darboties situācijā, kurā viņiem pašiem jārikojas;
- kad klienti lūdz iespēju aizņemties naudu;
- kad klienti atklāj, ka plāno veikt noziegumus vai vardarbības aktus pret citiem vai pret sevi un lūdz to slēpt;
- kad klienti lūdz jums ziņot nepatiesu informāciju darba devējam vai citiem vai slēpt informāciju par nopietniem pārkāpumiem.

Lai gan pastāv stingri dubulto attiecību aizliegumi (piemēram, seksuālās attiecības ar klientiem), ir dažas robežas, kuras sociālais darbinieks var pārkāpt (piemēram, piedāvāt šokolādes batoniņu klientam, kurš nav ēdis visu dienu). Gadās, ka fiziski nav iespējams ievērot robežas (piemēram, sociālais darbinieks ir vienīgais profesionālis, kurš strādā šajā apkaimē, un persona, kura atnākusi pēc palīdzības, remontējusi viņa māju). Šādā gadījumā sociālajam darbiniekam jāapzinās, kādas var būt robežu pārkāpšanas negatīvās sekas un kādā veidā plānot sekas pārvarēt.

Sociālā izolācija un vientulība, kuras bieži vien skar personas ar GRT, var būt iemesls, kādēļ klienti vēlas pārkāpt robežas attiecībās ar speciālistu. Sociālajam darbiniekam no tā nav jābaidās, bet robežas jāsauglabā, atceroties, ka to pārkāpšana var radīt daudz vairāk kaitējuma nekā labuma. Sociālajam darbiniekam jāatceras, ka robežu pārkāpšana ir tikai speciālista atbildība. Klientiem viena no traumatiskākajām pieredzēm var būt, ja sociālais darbinieks pārkāpj profesionālās robežas (piemēram, sāk draudzēties ar klientu un pēc tam nolemj pārtraukt šīs attiecības). Tādēļ svarīgi ir apzināties sevi, savas vājās puses, personiskās un psiholoģiskās vajadzības u. tml. Ja sociālais darbinieks redz, ka klients vēlas šķērsot robežu, vispirms sociālajam darbiniekam sev jāuzdod jautājums, kā un kāpēc viņš kā speciālists rīkosies šajās attiecībās.

KO DARĪT, JA KLIENTS ATRODAS KRĪZES VAI PĀREJOŠĀ SITUĀCIJĀ?

Saskaņā ar Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumu krīzes situācija ir “situācija, kurā ģimene (persona) katastrofas vai citu no ģimenes (personas) gribas neatkarīgu apstākļu dēļ pati saviem spēkiem nespēj nodrošināt savas pamatvajadzības un tai ir nepieciešama psihosociāla vai materiāla palīdzība”.³²¹ Runājot par darbu ar personām ar GRT krīzes situācijās, bieži vien ir situācijas, kuras izraisa garīgās veselības krīze – pirmā psihosociālā traucējuma iestāšanās vai paasinājums. Krīzes situācijas bieži vien izraisa un pasliktina arī citi kritiski notikumi klientu dzīvē, un sociālajam darbiniekam problēmas jārisina visaptveroši.

Pārejošā situācija (angļu val. – *transition*) – svarīgs jēdziens sociālajā darbā ar personām ar GRT. Pārejošā situācija attiecas uz dažādiem dzīves periodiem – pāreju no bērna uz pieaugušo dzīvi, skolas pabeigšanu, vecāku mājas atstāšanu, darba uzsākšanu u. c., kā arī pāriešanu no viena pakalpojuma uz citu.

³²⁰ Hepworth, D. H., Larson, J. A., Homewood, B. (2001). *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*, 548.–550. lpp.

³²¹ *Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums*. Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002, 1. pants.

Pārejošā situācija veicina stresu, bet atšķiras no krīzes situācijas, jo laikus ir zināms, ka šāda situācija būs. Lai pāreja nekļūtu par krīzi, sociālā darbinieka pienākums ir savlaicīgi saplānot atbalstu.

PIRMĀ PSIHOSOCIĀLĀ TRAUCĒJUMA IESTĀŠANĀS UN AGRĪNA IEJAUKŠANĀS³²²

Ja sociālais darbinieks saprot, ka klientam veidojas psihosociālie traucējumi, sociālajam darbiniekam jārikojas, lai novērstu turpmākos pasliktinājumus. Papildu medicīniskajai palīdzībai agrīnās iejaukšanās gadījumā palīdz šādas intervences:

- individuālas konsultācijas / psihoterapija;
- atbalsta grupas cilvēkiem ar psihiskām saslimšanām;
- ģimenes terapija;
- izglītība un informācijas sniegšana;
- vietējais atbalsts personām, lai palīdzētu klientam nezaudēt darbu vai turpināt izglītību, lai atkārtoti integrētu klientus darbā vai mācībās pēc pārtraukuma;
- atbalsts sociālo tīklu uzturēšanai vai atjaunošanai un sabiedrības līdzdalības pasākumi;
- atbalsts ar mājokli un finansēm.

Sociālais darbinieks nav eksperts medikamentozajā ārstēšanā, bet viņš var nodrošināt klienta piekļuvi iepriekšminētajiem pakalpojumiem, un tā sniegt būtisku atbalstu personai, lai viņa nezaudētu savas spējas un sociālo stāvokli un lai nebūtu jākļūst par personu ar invaliditāti. Nesenie pētījumi liecina, ka medikamenti nav risinājums visiem – daži cilvēki var vispār iztikt bez jebkādam zālēm, citiem vajadzīgas mazas devas, un dažiem cilvēkiem būs nepieciešams vidējs zāļu līmenis.³²³

KRĪZES PĀRVARĒŠANA

Sociālais darbinieks var uzskatīt garīgās veselības krīzi par ilgstošās nestabilitātes pieauguma procesa gala punktu vai arī par pēkšņa izraisītāja, kurš ietekmējis cilvēka un viņa sociālās vides pārvarēšanas mehānismus, rezultātu.

Krīze ir divu aspektu mijiedarbība:

1) Personas iekšējās garīgās un emocionālās pieredzes:

- personīgās rīcības krīze, kurā persona uzskata, ka tā ir ārpus kontroles;
- pārvarēšanas stratēģijas salūšana un aizsardzības mehānisma eskalācija (pārvarēšanas krīze);
- sevis sajūtas traucējumi un sociālās identitātes traucējumi (identitātes un nozīmes krīze).

2) Personas sociālās vides:

- sociālās darbības krīze (grūtības saglabāt sociālo lomu);
- sistēmas krīze (spriedze ģimenē un citās attiecībās);
- krīze, ko rada savienojums ar citiem.

Parasti krīzes periodā ir ļoti īss laiks, kurā var reaģēt un censties uzlabot situāciju. Ja persona šajā laikā nesaņem vajadzīgo atbalstu, var notikt nekontrolētas un katastrofālas pārmaiņas. Sociālajam darbiniekam jāmobilizē visi resursi un jāstrādā ar gadījumu, sadarbojoties ar klientu, viņa ģimeni un visiem pieejamajiem profesionāļiem.

Sociālā darba profesors no Lielbritānijas Džerijs Tju runā par svarīgiem atbalsta posmiem krīzes situācijā:

- 1) Saglabāšana / uzturēšana (angļu val. – *holding*) – posms var būt ļoti emocionāls un ietver nekontrolētas un ne vienmēr saskaņotas izjūtas: daudz niknuma, skumju, vainas un pat agresijas, kas var

³²² Tew, J. (2011). *Social approaches to mental distress*. 113.–116. lpp.

³²³ Turpat, 116.–121. lpp.

beigties ar vardarbību.

Sociālajam darbiniekam tikai jāatzīst cilvēka izjūtas – klausīties un būt līdzās, nekomentēt un neizvērtēt to, ko cilvēks saka. Tas palīdzēs radīt mierīgu situāciju. Šī posma praktiskie pasākumi ir saistīti ar drošību:

- mobilizēt sociālā atbalsta tīklu un profesionāļus, lai sniegtu regulāru atbalstu personas mājās, vienlaikus atbalstot ģimeni un draugus;
 - ja attiecības ar ģimeni un citiem atbalstītājiem ir skarbas – īsā laika periodā atrast krīzes māju, kurā cilvēks nezaudētu saikni ar ģimeni vai kopienu (tādēļ tai nevajadzētu būt iestādei).
- 2) Iesaistīšanās posms notiek vienlaikus ar pirmo posmu, sociālais darbinieks veido attiecības ar visiem iesaistītajiem (personu, ģimeni, tuviniekiem u. c.).

Iesaistīšanas pamatprincipi ir:

- neizvēlēties tikai vienu viedokli – veidot attiecības gan ar personu, gan apkārtējiem cilvēkiem (ģimeni, draugiem), meklēt izpratni par katru viedokli;
 - sasaukt plašāku “atbalsta loku” – iesaistīt ģimeni, draugus, kaimiņus un citus, kuri var piedāvāt atbalstu un resursus;
 - “neglābt” personu, nemēģināt uzreiz piedāvāt tūlītējus risinājumus, bet vienkārši būt kopā ar personu, kamēr tā atrodas krīzē.
- 3) Saprašana – ja atbalsts jau pastāv, bet situācija joprojām ir steidzama, ir svarīgi kopā ar iesaistītajām personām saprast, kas notiek.
- Var parādīties iepriekšējās traumas un ļaunprātīgas izmantošanas problēmas, dažkārt tikai šādās krīzes situācijās uzzinām par cilvēku pieredzi. Šajā posmā var uzsākt izvērtējumu un rīcības plānošanu. Piemēram, Labsajūtas un atveseļošanas rīcības plānošanas modeļa (WRAP) ietvaros ir izstrādāts krīzes rīcības plāns.³²⁴
- 4) Atrisināšana – sociālais darbinieks cenšas atrisināt problēmas kontekstā, noskaidrojot, kas veicina psihosociālus traucējumus. Sociālajam darbiniekam ir jāveido atmosfēra, kurā visi iesaistītie dalībnieki ir pietiekami droši un atbalstīti, lai atrisinātu problēmas. Brīdī, kad beidzies akūtais krīzes periods, personām un viņu ģimenēm ir tendence izvairīties no problēmu risināšanas, lai gan tās viņiem joprojām ir sāpīgas. Svarīgi, lai šajā posmā ģimenei būtu pieejama terapija, piemēram, ģimenes sistēmas terapija.
- 5) Pārmaiņu saglabāšana – lai persona pēc krīzes situācijas turpinātu saņemt atbalstu un risinātu savas problēmas, sociālais darbinieks var:
- attīstīt spējas neatkarīgai problēmu risināšanai;
 - radīt recidīvu vai krīzes plānu, pamatojoties uz pašreizējo pieredzi.

PĀREJOŠĀS SITUĀCIJAS

Pārejošās situācijas ir sociālā darba ar personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem pamats, šo procesu vienmērīgums liecina par sociālā darbinieka profesionalitāti. Problēma ar pārejošām situācijām – pat ja viss ir saplānots pakalpojuma līmenī – ir tā, ka plāns parasti nesakrīt ar pakalpojumu pārejas periodiem, kad persona tiek pārvietota starp pakalpojumu sistēmām (piemēram, starp bērnu aprūpes sistēmu un pieaugušo aprūpes sistēmu). Pārvietošana notiek ierobežoti laikā, un netiek ņemti vērā cilvēku personīgie stāsti (piemēram, pāreja no bērnības uz pieaugušo tad, kad personai ir 18 gadi).

Lai personu dzīves pārejas perioda laikā atbalstītu efektīvi, sociālajam darbam jābūt uz personu vērstam. Sociālajam darbiniekam, kurš strādā ar personu pārejas periodā, jāpārlicinās, ka viņa darbības pārejas procesā gan indivīda / ģimenes līmenī, gan organizatoriskā un politikas līmenī ir:³²⁵

- pilnībā uz personu vērstas;
- sniedz personai izvēles iespējas;

³²⁴ Copeland, M. E. (2012). *Personal Crisis Plan (Advance Directive). Mental Health Recovery & WRAP*. Pieejams: <https://mentalhealthrecovery.com/wp-content/uploads/2015/07/CrisisPlan2012Manual.pdf> [aplūkots 10.12.2025.]

³²⁵ Hunter, S., Rowley, D. (2015). *Social Work with People with Learning Difficulties: Making a Difference*. 74.–75. lpp.

- agri uzsākta plānošana;
- nodrošināta personai un viņa ģimenei nepieciešamā informācija;
- piedāvātas reālas iespējas, reāla izvēle un reāls budžets;
- nodrošināta laba koordinācija starp pakalpojumiem;
- izmantota cilvēku un viņu ģimeņu pozitīvā pieredze;
- paplašināta personu dzīves pieredze;
- mācīšanās no tā, kas darbojas labi;
- apziņa, ka nākotnē būs arī citas pārejošās situācijas.

“SAREŽĢĪTS KLIENTS”: ZEMA MOTIVĀCIJA, PRETESTĪBA SADARBĪBAI, IZAICINOŠA UZVEDĪBA

Sociālie darbinieki bieži pieprasa mācības, kā strādāt ar nemotivētu un agresīvu klientu, kurš nevēlas sadarboties. Ja sociālajam darbiniekam neizdodas sadarbība ar kādu klientu, sociālais darbinieks bieži vaino klientu, interpretējot darba problēmas ar klienta personiskajām īpašībām vai kādiem simptomiem.

Tas norāda uz vairākām sistēmiskām problēmām sociālajā darba ar personām ar GRT, piemēram:

- personības centrēšanas trūkumu praksē;
- izpratnes trūkumu par cilvēka motivācijas būtību, apmācību trūkumu dažādās motivācijas tehnikās, piemēram, motivācijas intervēšanā, uz risinājumu orientētās pieejas tehnikās, uz personu vērstos plānošanas instrumentos;
- vispārējo attieksmi pret sociālā darba profesiju gan klientu grupās (kas sociālos darbiniekus uzskata par kontrolējošiem un disciplinējošiem profesionāļiem, nevis par tiem, kuri patiešām var palīdzēt), gan plašākā sabiedrībā (kas cer, ka sociālie darbinieki kontrolēs un disciplinēs klientus).

Sociālajam darbiniekam jābūt objektīvam – viņam nevajadzētu gaidīt no nebrīvprātīgā klienta augstu motivācijas līmeni un gatavību sadarboties, un tāpēc nav jāviļas klientā.

Vienu no interesantākajām metodēm, kā iesaistīt klientus, piedāvā uz risinājumu vērstā pieeja: sociālais darbinieks var izmantot paša klienta negatīvo attieksmi pret sociālo dienestu vai citām iestādēm, kuras uzstāj uz klientu sadarbību ar dienestu.

Sociālais darbinieks: “Kā jūs domājat, kāds būs vislabākais rezultāts no mūsu kopīgā darba?”

Klients: “Es nezinu.”

Sociālais darbinieks: “Labi! Padomājiet par to mazliet! Šis ir grūts jautājums.”

Klients: “Kāpēc jūs neliekat mani mierā?”

Sociālais darbinieks: “Labi! Ja es jūs likšu mierā un jūs vairs mani neredzēsiet, vai tas būs labs mērķis?”

Klients: “Jā, noteikti!”

Sociālais darbinieks: “Sapratu. Lai es jūs liktu mierā, kas man jāsaprot, kam jāmainās jūsu dzīvē?”

Klients: “Es nezinu, viņi teica, ka es nepietiekami labi rūpējos par saviem bērniem.”

Sociālais darbinieks: “Tātad kas man jāsaprot, lai teiktu, ka jūs labi rūpējaties par saviem bērniem un jums vairs nav jānāk pie mums?”

Klients: “Ka mājās ir pietiekami daudz pārtikas, bērniem ir drēbes un rotaļlietas, un ir viss, kas skolai vajadzīgs.”

Sociālais darbinieks: “Tātad labākais mūsu darba rezultāts būs apģērbs, rotaļlietas un viss, kas skolai vajadzīgs?”

Klients: “Jā!”

Sociālais darbinieks: “Viņi arī raksta šeit savos papīros, ka bērni vispār neiet pie ārsta. Mums būs jāpievieno arī šis mērķis – regulāri bērniem jāiet pie ārsta, lai es jūs varētu likt mierā.”

Klients: “Labi!”

Runājot par izaicinošo uzvedību, svarīgi ir saprast, ka tas nenozīmē jebkādu uzvedību, kura nepatīk sociālajam darbiniekam vai pakalpojumu sniedzējam. Izaicinoša uzvedība ir “kulturāli nepieņemama uzvedība, ar tādu intensitāti, biežumu vai ilgumu, ka personas vai citu personu fiziskā drošība ir nopietni apdraudēta, vai tāda uzvedība, kura ierobežo vai izslēdz piekļuvi sabiedriskajam pamatpakalpojumam”.³²⁶

Nesenos pētījumos (Lielbritānijā) ir pierādīts, ka 12–17 % personu ar intelektuālās attīstības traucējumiem demonstrē izaicinošu uzvedību, un no tiem 40–60 % parādās nopietnas uzvedības problēmas, tostarp agresija, paškaitējums un destruktīva uzvedība pret fizisko vidi. Tomēr tas nenozīmē, ka speciālistiem jāvaino klients par viņa uzvedības problēmām un jāatsaka klientam pakalpojums. Agresīvo uzvedību ļoti bieži var interpretēt kā personas reakciju uz vidi, kurā viņš tiek mākslīgi ievietots un pār kuru viņam nav nekādas kontroles. Mūsdienās valda viedoklis, ka laba sadarbība ar psihiatrijas speciālistiem, kā arī uz personu vērsts pieejas izmantošana, plānojot darbu un sadarbojoties ar šiem klientiem, palīdz risināt šo problēmu.³²⁷

³²⁶ Hunter, S., Rowley, D. (2015). *Social Work with People with Learning Difficulties: Making a Difference*. 179. lpp.

³²⁷ Turpat.

5.6. STARPPROFESIONĀLĀ UN STARPINSTITUCIONĀLĀ SADARBĪBA DAŽĀDOS SOCIĀLĀ DARBA POSMOS

5.6.1. Kas ir starpprofesionālā un starpinstitucionālā sadarbība

Par starpprofesionālo sadarbību uzskatāma tāda sadarbība, kurā sadarbojas vienas iestādes dažādi speciālisti gadījuma risināšanas laikā. Starpprofesionālo sadarbību vienmēr kāds iniciē un koordinē. Sociālajā dienestā, ja notiek darbs ar gadījumu, sadarbības iniciators un koordinētājs ir sociālais darbinieks. Sociālais darbinieks vada gadījumu un ir uzņēmies sniegt atbalstu klientam, kurš vērsies pēc atbalsta. Starpprofesionālās komandas sastāvā var būt dažādi speciālisti, iesaistīto speciālistu loks ir atkarīgs no katra atsevišķā sociālā dienesta. Visos sociālajos dienestos nav vienāds profesionāļu sastāvs.

Iespējamie starpprofesionālās komandas locekļi sociālajā dienestā:

- sociālais darbinieks gadījuma vadītājs – sociālais darbinieks, kurš strādā ar konkrēto gadījumu, sniedz atbalstu klientam;
- sociālais darbinieks – sociālais darbinieks, kurš sniedz psihosociālo atbalstu (ir uzskats, ka tam vajadzētu būt citam sociālajam darbiniekam ar atbilstošu izglītību psihosociālajā konsultēšanā);
- sociālais darbinieks darbam ar ģimenēm ar bērniem – gadījumos, ja klienta ģimenē ir bērni vai ir novērotas kādas riska situācijas saistībā ar bērniem;
- sociālais darbinieks pakalpojumu nodaļā – ir sociālie dienesti, kuros ir sociālo pakalpojumu nodaļas, un, ja runa būs par kāda sociālā pakalpojuma piešķiršanu, piemēram, asistenta pakalpojumu, būs nepieciešamība sadarboties ar šo sociālo darbinieku;
- sociālās palīdzības organizators – profesionālis, kurš nodarbojas ar materiālās palīdzības nokārtošanu ģimenei;
- sociālais rehabilitētājs – sociālā darba speciālists, kura tiešs uzdevums ir īstenot sociālās rehabilitācijas programmu īstenošanu, piemēram, sadzīves prasmju uzlabošanā un apgūšanā (ne visos sociālajos dienestos ir šāds speciālists);
- sociālais aprūpētājs – izstrādā un uzrauga sociālo aprūpi, ja klientam tā nepieciešama;
- aprūpētājs – veic klientam piešķirtā aprūpes pakalpojuma īstenošanu;
- psihologs – īsteno psiholoģisko konsultēšanu un izpēti, ja tā gadījuma risināšanas gaitā ir nepieciešama;
- ģimenes asistents – gadījumos, ja nepieciešams atbalsts ar ģimenes dzīvi saistītās prasmēs, bērnu audzināšanā, ikdienas plānošanā. Ģimenes asistenta pakalpojumu var pirkt no pakalpojumu sniedzēja. Pašlaik šis pakalpojums lēnām tiek ieviests sociālajos dienestos;
- fizioterapeits – ir sociālie dienesti, kas piedāvā fizioterapijas pakalpojumu (sociālā dienesta izveidotajos fizioterapijas pakalpojumos);
- specializētā autotransporta vadītājs – gadījumos, ja klientam jāpalīdz nokļūt pie ārsta un / vai saņemt valsts, pašvaldību iestāžu pakalpojumus, bet nav iespējas doties kājām, nav, kas aizved, vai nevar izmantot sabiedrisko transportu;
- dienas centru sociālie darbinieki – atkarībā no dienas centra specifikas informē par klientam pieejamiem pakalpojumiem, iespējām un saņemtajiem pakalpojumiem;
- atkarību speciālists – nav visās pašvaldībās, bet var sniegt atbalstu, ja klientam ir atkarības problēmas.

Šie speciālisti var būt sociālā dienesta darbinieki. Speciālistu loks ir atkarīgs no sociālā dienesta iespējām. Iespējams, nav minēti visi speciālisti, kuri veic savus profesionālos pienākumus kādā no Latvijas sociālajiem dienestiem.

Starpinstitucionālās sadarbības modeli gadījuma risināšanas procesā ir iesaistīti dažādu iestāžu profesionāļi, un visas iesaistītās iestādes darbojas konkrētā klienta labā, lai klients saņemtu sev atbilstošu augsta līmeņa profesionālu atbalstu un sociālos pakalpojumus.

Iesaistītās iestādes var būt dažādas, tas atkarīgs no katra konkrētā gadījuma:

- sociālais dienests – sociālā gadījuma vadīšana, psihosociālais atbalsts. Sociālais dienests parasti būs starpinstitucionālās komandas vadītājs un iniciators. Sociālais dienests sniedz un koordinē sociālo palīdzību un sociālos pakalpojumus;
- pašvaldības un valsts policija – ja nepieciešams risināt dažādus sabiedriskās kārtības, drošības jautājumus; ja klients piedzīvojis uzbrukumu, vardarbību, diskrimināciju;
- ģimenes ārsts – galvenais sadarbības partneris jautājumos, kas tieši saistīti ar veselības problēmām, veselības profilaksi un dokumentu sakārtošanu dažādu pakalpojumu saņemšanai, piemēram, sociālās rehabilitācijas, invaliditātes nokārtošanas, asistenta pakalpojumam, specializētā transporta kompensācijai, kopšanas pabalstam;
- klienta psihiatrs – ja nepieciešams psihiatra viedoklis vai dokumenti pakalpojumu saņemšanai;
- citas ārstniecības personas – ja klientam nepieciešams atbalsts konsultāciju saņemšanai, ja klientam jāpalīdz izpildīt ārsta dotos norādījumus;
- skolas – ja ir problēmas ar skolēniem, kas dzīvo personas ar GRT ģimenē;
- bāriņtiesa – aizbildnība, aizgādība, audžuģimenes, aizbildņi, kā arī gadījumos, ja runa ir par riska ģimenēm;
- īslaicīgas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas iestāde – ja klients uz īsu periodu ievietots iestādē;
- ilglaicīgas sociālās aprūpes vai sociālās rehabilitācijas iestāde – ja klients ievietots iestādē;
- Valsts sociālās aprūpes centrs – ja klients veselības stāvokļa dēļ ievietots iestādē;
- plānošanas reģions – šobrīd saistībā ar DI procesa ietvaros saņemamiem pakalpojumiem. Iestāde uzrauga, koordinē un pārrauga finanšu plūsmu piešķiramiem pakalpojumiem;
- dienas centri un dienas aprūpes centri, kuri sniedz pakalpojumu sociālajiem dienestiem – par klienta ikdienas gaitām iestādē;
- Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra (VSAA) – ja klientam jāpalīdz nokārtot viņam pienākošos materiālo atbalstu no valsts;
- NVA – jautājumos par klienta iespējamo nodarbinātību, pakalpojumiem bezdarba gadījumos;
- jaunatnes lietu speciālists (novada domes darbinieks) – ja klients ir jaunietis, kuram jāpiemeklē iespējas brīvā laika pavadīšanai vai jāmeklē ikdienas aktivitāšu iespējas, iesaistīšanās kopienas dzīvē, dažādos projektos (nav visās pašvaldībās);
- Veselības un darbības ekspertīzes ārstu valsts komisija (turpmāk – VDEĀVK) – gadījumos, kas skar invaliditātes statusa kārtošanu, izvērtēšanu īpaši kopšanai;
- probācijas dienests – ja ir saistība ar nosacīta soda izciešanu;
- specializēto darbinieku pakalpojuma sniedzēji – ja klients saņem šādu pakalpojumu;
- atelpas brīža pakalpojuma sniedzēji – ja klienta ģimene saņem šādu pakalpojumu;
- sociālās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēji – dažādu specifisku rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēji, pie kuriem klients saņem pakalpojumu, situācijās, kad ir nepieciešams atbilstošais pakalpojums klienta gadījuma risināšanas gaitā;
- novada dome (it sevišķi dzīvojamā fonda pārraugi) – ja klients mājā pašvaldības dzīvojamā fonda mājokli vai tas ir nepieciešams;
- komunālo pakalpojumu sniedzēji – jautājumos par līgumu izpildi, neskaidrībās, kas rodas klientam vai sociālajam darbiniekam;
- NVO – dažādas biedrības, kas sniedz atbalstu un / vai pakalpojumus personām ar GRT vai viņu

ģimenēm, piemēram, Resursu centrs “ZELDA”, kas sniedz atbalsta personas lēmumu pieņemšanā pakalpojumu;

- aprūpes mājās pakalpojuma sniedzējs – ja klients saņem aprūpi mājās un pakalpojumu sociālais dienests pārņem kā ārpakalpojumu;
- asistenta pakalpojuma sniedzējs – gadījumos, kuros klients saņem pašvaldības piešķirto un valsts apmaksāto asistenta pakalpojumu, ko sniedz klienta izvēlēts asistents uz uzņēmuma līguma pamata.

Ņemot vērā sociālo problēmu un gadījumu dažādo raksturu, ir jāsaprot, ka visas iespējamās iesaistītās iestādes nevar uzskaitīt, jo tā var būt jebkura no tām, kuras mums ir. Klientam ar GRT var būt grūti komunicēt, viņš var neuztvert standartizētu vai ātri paskaidrotu informāciju, var pārprast informāciju, tādēļ sociālais darbinieks bieži sadarbojas ar dažādām pakalpojumu sniedzošām iestādēm, lai palīdzētu klientam ikdienas problēmu risināšanā, piemēram, saziņā ar arhīvu, nodokļu inspektoru, banku utt.

5.6.2. Multidisciplināras un interdisciplināras komandas

Sociālā darba teorijās tiek minēti dažādi speciālisti, kuri strādā ar vienu klientu. Arī sadarbības klasifikācijas veidi ir dažādi. Galvenais sadarbības veids ir **multidisciplināras** komandas. Speciālisti, kas strādā šādā komandā, balstās uz zināšanām no dažādām disciplīnām (sociālais darbs, psiholoģija, psihiatrija utt.), taču turpina palikt ārpus šo jomu robežām.

Multidisciplināras komandas nodrošina speciālistu sadarbības pamatu, kas nozīmē, ka speciālisti komunicē cits ar citu, nevis kopīgi risina problēmu. Tādēļ multidisciplināras komandas nespēj izveidot vienotu plānu klientam, jo katrs komandas loceklis izmanto savas zināšanas, lai izstrādātu individuālus mērķus.

Interdisciplinārā komandā katrs komandas loceklis balstās vienlaikus gan uz savu, gan citu speciālistu kompetenci, lai sasniegtu kopīgus mērķus. Speciālisti koncentrējas uz sadarbību un disciplīnu mijiedarbību.³²⁸ Dalībnieki mācās cits no cita. Interdisciplināras komandas sociālajā darbā bieži vien ietver klientus kā vienlīdzīgus partnerus, tādēļ profesionāļi mācās no klienta – savas dzīves eksperta. Mūsdienu tendencēm sociālajā darbā ar klientiem ar GRT vairāk atbilst interdisciplinārās komandas modelis, taču šajā modelī gan pašiem profesionāļiem, gan iestādēm, kurās viņi strādā, ir jābūt vēlmei sadarboties citā līmenī.

Lai atbalstītu klientu ar GRT, sociālais darbinieks var uzņemties vadību, organizējot interdisciplināro komandu.

5.6.3. Sociālā darbinieka loma komandā

Sociālajā darbā veidojas dažādas sociālo zinātņu perspektīvas, kuras saistītas ar tiesību izpratni un sociālo politiku. Lai speciālistu komanda varētu izmantot sociālo invaliditātes modeli, uz cilvēku jāskatās sociālajā kontekstā, uzsverot, ka personiskās un ģimenes attiecības, kultūras vajadzības, mājoklis, darbs un sociālie tīkli var būt atlabšanas neatņemama sastāvdaļa.

Sociālajam darbiniekam, kuram ir kopīgs mērķis ar citiem grupas dalībniekiem, ir iespējas efektīvāk pildīt šādus pienākumus:

- izvērtēt sarežģītas situācijas, ņemot vērā personas stiprās puses, centienus un ievainojamības saistībā ar tās personīgajām un ģimenes attiecībām, kultūras vajadzībām, sociālajiem un vides

³²⁸ Broersma, C. (2014). *Is it Time to Change? Infusing the Transdisciplinary Approach into Social Work Studies*. Journal of Sociology and Social Work, 2(2), 145.–154. lpp. Pieejams: https://jssw.thebrpi.org/journals/jssw/Vol_2_No_2_December_2014/9.pdf [aplūkots 11.12.2025.]

faktoriem un attiecībām kopienā;

- strādāt kopā ar pakalpojumu lietotājiem, lai veicinātu viņu sociālo integrāciju – mobilizētu kopienas resursus, tīklus un brīvprātīgos dienestus;
- līdzsvarot juridiskos, cilvēktiesību, riska un drošības jautājumus – panākt vismazāk ierobežojošo alternatīvu, vienlaikus piedāvājot aizsardzību tiem, kuriem pastāv ekspluatācijas vai kaitējuma risks;
- strādāt ar ģimeni un neformāliem atbalstītājiem, lai atbalstītu cilvēku ceļā uz atlabšanu;
- identificēt un strādāt ar diskriminācijas, stigmatizācijas un ļaunprātīgas izmantošanas personiskajām un sociālajām sekām;
- meklēt izmaiņas sociālajā un vides kontekstā, kas veicinātu atlabšanu.³²⁹

Sociālā darbinieka iespējamās lomas:

- sociālais darbinieks var būt sociālā gadījuma vadītājs – koordinēt pakalpojumu un speciālistu sadarbību, atbalsta sniegšanu; būt galvenajam profesionālim klienta problēmu risināšanas procesā;
- sociālais darbinieks var būt psihosociālā atbalsta sniedzējs gan kā šī uzdevuma veicējs, gan gadījuma vadītājs vienlaikus;
- sociālais darbinieks var veikt menedžera lomu – savienojot klientu ar citiem speciālistiem vai pakalpojumu sniedzējiem;
- sociālais darbinieks var būt aizstāvis – ja klienta tiesības ir jāaizstāv;
- sociālais darbinieks var būt pārstāvis – ar klienta atļauju klienta vārdā pārstāvēt viņu dažādās iestādēs.

Kā gadījuma vadītājs sociālais darbinieks veic daudzveidīgus uzdevumus – sniedz atbalstu ne tikai klientam un veic tiešo sociālo darbu, bet arī koordinē sadarbību ar citiem speciālistiem un iestādēm, pārrauga problēmrisināšanas gaitu, informē citus speciālistus par gadījumu.

5.6.4. Kādas ir iespējamās sadarbības formas (informācijas apmaiņa, tikšanās, diskusijas, supervīzijas, plānu izstrāde)

Sociālā darbinieka iniciētās sadarbības formas var būt dažādas, un tās ir atkarīgas no sadarbības vadītāja (parasti sociālā darbinieka) radošuma un inovatīvu pieeju un metožu pieņemšanas:

- telefoniska saziņa – telefoniska saziņa par klientu, klienta vārdā, piemēram, vizītes pie ārsta pieteikšana, saziņa ar ārstu par nepieciešamo dokumentāciju, saziņa ar pakalpojuma sniedzēju par kādu situāciju. Stājoties spēkā Datu aizsardzības regulai, telefoniska saziņa par sensitīviem datiem kļūst ierobežotāka, jo nav pieļaujama datu nodošana trešajām personām. Sazinoties telefoniski, pastāv risks, ka runājam ar personu, kura nav iesaistīta gadījuma risināšanā;
- klātienē tikšanās – tikšanās ar citu gadījuma risināšanā iesaistītu personu, lai plānotu risinājumus, apspriestu progresu;
- starpprofesionāļu komandas tikšanās – tikšanās, kurā kopā sanāk visi gadījuma risināšanā iesaistītie sociālā dienesta darbinieki;
- starpinstitucionālās komandas locekļu tikšanās – tikšanās, kurā pulcējas dažādu iestāžu gadījuma risināšanā iesaistītie speciālisti.

Visās klātienē sadarbības formās var piedalīties arī pats klients vai klienta atbalsta personas. Gadījumos, kad nepieciešams klienta viedoklis, būtu profesionāli uzaicināt klientu uz tikšanos, ja vien tas kādā veidā netraumē klientu vai nav nelietderīgi un neatbilstoši situācijai.

³²⁹ Coppock, V., Dunn, B. (2010). *Understanding Social Work Practice in Mental Health*. 20.–21. lpp.

Lai nonāktu pie vēlamā rezultāta, tikšanās laikā var izmantot dažādas darba metodes:

- ziņošanu – tikšanās dalībnieki ziņo par situāciju, progresu, novērojumiem;
- *prāta vētru* – gadījumos, kad nav risinājuma, speciālisti dalās ar savām idejām, iespējamajiem risinājumiem;
- ģimenes konferenci – Jaunzēlandē radusies metode, kura tiek izmantota darbā ar bērniem un pusaudžiem un var tikt lietota arī darbā ar pieaugušām personām. Problēmas risināšanā tiek iesaistīti ģimenes locekļi un profesionāļi. Metode balstīta uz risinājumiem orientēto pieeju un uz klienta stiprajām pusēm, jo dod iespēju klientam ar savu dabisko atbalsta komandu kopā meklēt risinājumus un piedāvāt tos profesionāļiem;
- gadījuma risināšanas uzdevumu sadali un apspriešanu – tiekoties dažādiem profesionāļiem, tiek sadalīti uzdevumi atbilstīgi katra profesionāļa kompetencei un izstrādāts kopējs rīcības plāns;
- gadījuma analizēšanu – kopīga dažādu speciālistu viedokļu analizēšana, lai izprastu situāciju kopumā un veidotu rīcības plānu.

5.6.5. Sadarbība dažādos sociālā darba posmos

Personas ar GRT situācijas / vajadzību izpētē uzsvars tiek likts uz sociālā darbinieka sadarbību ar personām un iestādēm, kuras var sniegt nepieciešamo informāciju, lai sociālais darbs būtu kvalitatīvs. Vispirms tā ir sadarbība ar klienta dabisko atbalsta tīklu – ģimeni, atbalsta / uzticības personām un draugiem.

Informācijas iegūšanas nolūkos sociālā dienesta sociālie darbinieki var sadarboties ar ģimenes ārstu, ārstējošo ārstu, bārņietiesu, mācību iestādi, ar iestādēm, ar kurām ir saistīts klients un kuras var sniegt būtisku informāciju par klientu un viņa sociālo situāciju, lai sniegtais atbalsts būtu profesionāls un klienta situācijai atbilstošs.

Atbilstoša atbalsta izvēlē svarīgi ir sazināties ar personām un iestādēm, kuras ir saistītas ar klientu un viņa situāciju un ir pietiekami kompetentas, lai spētu sniegt sociālajam dienestam pamatotu viedokli par atbilstošo atbalstu. Arī šeit var noderēt sadarbība ar dabiskā atbalsta tīklā iesaistītajiem, jo viņi zina klienta personiskās kvalitātes. Piemēram, ja sociālās rehabilitācijas ietvaros ir pieejama kanisterapija, tad tieši ģimenes locekļi varētu zināt, kāda ir klienta attieksme pret suņiem, vai nepastāv alerģiskas reakcijas uz suņa spalvu.

Tikpat nozīmīgu informāciju var sniegt ģimenes ārsts vai ārstējošais ārsts. Informējot ārstus, var saņemt atgriezenisko saiti par iespējamo atbalsta formu atbilstību klienta veselības stāvoklim.

Svarīgi ir arī sadarboties ar visiem sociālā dienesta darbiniekiem, kuri iesaistīti klienta gadījuma risināšanā, lai visi kopā saprastu, kas konkrētajam klientam var būt atbilstošs, lai izstrādātais plāns būtu realizējams, lai klients netiktu pārslogots, lai visiem procesā iesaistītajiem speciālistiem būtu skaidrs mērķis, uz ko virzīties, un vienādi noteikumi un prasības attiecībā uz klientu.

Atbalsta sniegšanā svarīga ir sadarbība ar visiem atbalsta pakalpojumu sniegšanā iesaistītajiem, kā arī nepieciešamības gadījumā arī ar dabiskā atbalsta tīkla dalībniekiem, lai saprastu, kā sniegtais atbalsts ietekmē klientu, jo iespējams, ka klienta sniegtā atgriezeniskā saite ir nepilnīga vai arī nedod pilnīgu ainu par situāciju.

Atbalsta sniegšanas efektivitātes novērtēšanā svarīga ir visu atbalsta īstenošanā iesaistīto kopā sanākšana un progresa novērtēšana, lai saprastu, vai ir sasniegts izvirzītais mērķis, vai gadījums ir slēdzams / atbalsta sniegšana pārtraucama vai arī aktivitātes ir jāturpina. Ja jāturpina, jāsaprot, vai mērķis paliek iepriekšējais, vai arī jāizvirza jauns darba mērķis un uzdevumi. Ja izvirzītais mērķis nav sasniegts, kopā jāizvērtē situācijas un jāanalizē šķēršļi. Jāsaprot, vai mērķis izvirzīts pareizi, vai izvirzīti precīzi uzdevumi, vai darbs ritējis ar klientam atbilstošām metodēm. Arī šajā posmā var sadarboties ar klienta dabisko atbalsta

tiklu, jo tikla dalībnieki var sniegt savus novērojumus par klientu un viņa ikdienas situācijām. Savukārt ārstniecības personāls var sniegt savus novērojumus par sociālās rehabilitācijas vai atbalsta sniegšanas mērķa sasniegšanu – vai uzlabojusies klienta vispārējā situācija, vai ir kādi aspekti, kas saistīti ar veselības stāvokli.

5.6.6. Akcenti – informācijas sniegšana kompetentajām iestādēm

Savlaicīga informācijas sniegšana kompetentajām iestādēm. Informācija par situāciju, kas saistīta ar klientu, jāsniedz laikus, jo tikai savlaicīgi sniegta informācija dos iespēju arī citām iestādēm operatīvi reaģēt. Ir jārēķinās ar realitāti, vienmēr var būt kādi iestādes iekšējie noteikumi vai situācijas, kādēļ atbildīgās personas nespēs ātri reaģēt. Sociālajam darbiniekam, ja tas ir no viņa atkarīgs, vienmēr savlaicīgi, neaizkavēti jānodod informācija tām iestādēm vai speciālistiem, kuriem tā ir saistoša. Jāņem vērā, ka dažkārt novēlota informēšana var mainīt situāciju, piemēram, var mainīties klienta attieksme, klients var tikt ietekmēts un mainīt sākotnējo viedokli (piemēram, starpgadījums, par kuru ir jāziņo policijai, vai notikusi vardarbība un maksimāli ātri jāsniedz atbalsts, vai situācija, kurā jārikojas, lai nezaudētu pierādījumus). Cits piemērs – persona ar GRT ir cilvēktirdzniecības upuris. Jārīkojas nekavējoties – jāziņo valsts policijai, jo cilvēktirdzniecības organizētāji savus noziegumus slēpj un ir spējīgi ietekmēt upura domas un iespējamo rīcību.

Pietiekamas uzmanības veltīšana (izvērtēšana) saņemtajai informācijai. Sociālajam darbiniekam ir kritiski jāizvērtē visa saņemtā informācija. Saņemto informāciju, to nepārbaudot, nedrīkst pieņemt par patiesu un veikt kādas darbības. Pat ja par situāciju saņemts ārsta ziņojums, situācija vienalga jāpārbauda un jāizvērtē, kādēļ tā ir radusies. Parasti var rast skaidrojumu, kāpēc situācija ir tāda, kādu to atspoguļo ziņotājs.

Izpratne par normatīvajiem aktiem un to piemērošanu konkrētā situācijā.

Sociālajam darbiniekam ir jāpārzina normatīvie akti, kas regulē sociālo darbu un pakalpojumu sniegšanu. Gadījumos, ja normatīvie akti ir neskaidri vai dažādi interpretējami, jākonsultējas ar juristu. Iespējams, tas ir sarežģīti, ja sociālajos dienestos nav jurista, kurš specializējies sociālo jomu reglamentējošos normatīvajos aktos.

Literatūras saraksts

- Adamou, M. (2005). Community service models for schizophrenia: Evidence-based implications and future directions. *Psychiatry (Edgmont)*, 2(2), 24–30. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21179632/> [aplūkots 11.12.2025.]
- Aidonopoulou-Read, T. (2025). Empowering non-speaking autistic participants and neurotypical researchers in qualitative research through ethical listening: A framework. *Neurodiversity*, 3(1). Pieejams: <https://doi.org/10.1177/27546330251336290> [aplūkots 03.11.2025.]
- Alzheimer's Society. Singing for the Brain. Pieejams: <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/dementia-support-services/your-local-services/singing-for-the-brain> [aplūkots 10.12.2025.]
- Amaddeo, A., Barbui, C., Tansella, M. (2012). State of psychiatry in Italy 35 years after psychiatric reform. A critical appraisal of national and local data.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th ed. Washington, DC: APA. Introduction, p. xxi.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. ed. Washington, DC: APA.
- Anča, G., Karapetjana, I., Knapa (Knapp), T., Liepa, D., Meļņika, I., Pičukāne, Ē., Polinska, V., Roziņa, G. (2022). Viegļā valoda. Rokasgrāmata. Latvijas Universitātes Akadēmiskais apgāds. Pieejams: https://www.apgads.lu.lv/fileadmin/user_upload/lu_portal/apgads/PDF/Viegla_valoda/Viegla_valoda-rokasgramata.pdf [aplūkots 01.12.2025.]
- ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām: starptautiska konvencija. "Latvijas Vēstnesis", 27, 17.02.2010. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-likumi/id/1630> [aplūkots 30.11.2025.]
- ANO Vispārējā cilvēktiesību deklarācija: starptautiska deklarācija, 1. pants. Latvijas Republikas Tiesībsargs. Pieejams: <http://www.tiesibsargs.lv/lv/pages/tiesibu-akti/ano-dokumenti/ano-vispareja-cilvektiesibu-deklaracija> [aplūkots 30.11.2025.]
- Arboleda-Flórez, J., & Stuart, H. (2012). From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457–463. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22854027/> [aplūkots 27.11.2025.]
- Arnold, E. M., Walsh, A. K., Oldham, M. S., & Rapp, C. A. (2007). Strengths-Based Case Management: Implementation with High-Risk Youth. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 88(1), 86–94.
- Assertive Community Treatment – BC ACT Advanced Practice Team. About ACT. ACT BC. Pieejams: <https://act-bc.ca/about> [aplūkots 11.12.2025.]
- Australian Association of Social Workers. (2014). *Practice Standards for Mental Health Social Workers*. Canberra: AASW. Pieejams: <https://my.aasw.asn.au/file-asset/0699g000001SsKSAA0> [aplūkots 30.11.2025.]
- Autistic Access Needs: Notes on Accessibility. AUCD. Pieejams: http://www.aucd.org/docs/add/sa_summits/ASAN.pdf [aplūkots 01.11.2025.]
- Ageing, Disability and Home Care, Department of Human Services NSW. (2010). *Case Management Practice Guide: 7 Phases of Case Management*. Pieejams: <https://www.studocu.com/in/document/kendriya-vidyalaya-indian-institute-of-technology-chennai/computer-science-sl/case-management-practice-guide-7-phases-march-2010/100442874> [aplūkots 01.11.2025.]

- Baum, S. (2014). Parents with intellectual disabilities. University of Hertfordshire: Intellectual Disability and Health. Pieejams: <https://www.intellectualdisability.info/family/articles/parents-with-intellectual-disabilities> [aplūkots 27.11.2025.]
- Bauman, S. (2004). Parents of children with mental retardation: Coping mechanisms and support needs. Doctoral dissertation, University of Maryland, College Park. Pieejams: <https://api.drum.lib.umd.edu/server/api/core/bitstreams/7f03b27b-e3bd-494e-905f-d1eb8000aad9/content> [aplūkots 27.11.2025.]
- Bela B., Rasnača L. (2003) (zin. red.). Sociālā darba vārdnīca. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/23154/download?attachment> [aplūkots 14.12.2025.]
- Bercovici, D. (2023). Autistic speech & nonverbal communication differences. Embrace Autism. Pieejams: <https://embrace-autism.com/autistic-speech-nonverbal-communication> [aplūkots 03.11.2025.]
- Bersani G. (2009). The Italian Law "180" thirty years after: from the unmet needs of sick people and families the duty of a critical reflection. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 45(1), 27–32. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19567975/> [aplūkots 27.11.2025.]
- Bezborodovs, N. (2016). Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms pieaugušajiem. *Medicus Bonus*, jūlija–augusta–septembra numurs, 58.–60. lpp.
- Bhanji, S. M. (2013). Respect and Unconditional Positive Regard as Mental Health Promotion Practice. *Journal of Clinical Research & Bioethics*, 4(3). Pieejams: <https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/respect-and-unconditional-positive-regard-as-mental-health-promotion-practice-2155-9627.1000147.pdf> [aplūkots 30.11.2025.]
- Bigby, C., & Frawley, P. (2010). *Social Work Practice and Intellectual Disability*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Biedrība "Resiliences centrs". (2022). Resilences pieeja praktiskā darbā: ieskats teorijas vēsturē. Pieejams: https://resilience.lv/wp-content/uploads/2022/05/resiliences-pieeja_publicacija.pdf [aplūkots 07.12.2025.]
- Biedrība "Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ZELDA". Atbalsta personas pakalpojums lēmumu pieņemšanā. Pieejams: <https://zelda.org.lv/atbalsta-personas-pakalpojums-lemumu-pienemsana> [aplūkots 10.12.2025.]
- Broersma, C. (2014). Is it Time to Change? Infusing the Transdisciplinary Approach into Social Work Studies. *Journal of Sociology and Social Work*, 2(2), 145–154. Pieejams: https://jssw.thebrpi.org/journals/jssw/Vol_2_No_2_December_2014/9.pdf [aplūkots 11.12.2025.]
- Brown, J. F., Brown, M. Z., & Dibiasio, P. (2013). Dialektiski biheiviorālās terapijas (DBT) pielāgošana. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6(4), 280–303. Pieejams: <https://doi.org/10.1080/19315864.2012.700684> [aplūkots 08.10.2025.]
- Caiels, J., Milne, A., & Beadle-Brown, J. (2021). Strengths-Based Approaches in Social Work and Social Care: Reviewing the Evidence. *Journal of Long-Term Care*, 2021(0), 272–293. Pieejams: <https://journal.ilpnetwork.org/articles/10.31389/jltc.102> [aplūkots 03.10.2025.]
- California State University, Los Angeles. Individualized Transition Plan (ITP). Pieejams: <https://www.calstatela.edu/coe/cats/individualized-transition-plan-itp> [aplūkots 11.12.2025.]
- Caldas, J. M., & Killaspy, H. (2011). Long term mental health care for people with severe mental disorders. Pieejams: https://health.ec.europa.eu/document/download/53cb0f32-1746-4a25-ad0e-228a68b37fe5_en [aplūkots 27.11.2025.]
- Chandrasekaran, B., Van Engen, K., Xie, Z., Beevers, C., Maddox, T. (2014). Influence of depressive symptoms on speech perception in adverse listening conditions. *Cognition & Emotion*, 29(5), 900–909. Pieejams: <https://doi.org/10.1080/02699931.2014.944106> [aplūkots 03.11.2025.]

- Chapellier, V., Pavlidou, A., Maderthaner, L., von Känel, S., Walther, S. (2022). The Impact of Poor Nonverbal Social Perception on Functional Capacity in Schizophrenia. *Frontiers in Psychology*, 13, 804093. Pieejams: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.804093> [aplūkots 03.11.2025.]
- Chen, Y.-P., Ehlers, A., Clark, D. M., Mansell, W. (2002). Patients with generalized social phobia direct their attention away from faces. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 677–687. Pieejams: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00086-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00086-9) [aplūkots 03.11.2025.]
- Chow, W. S., & Priebe, S. (2013). Understanding Psychiatric Institutionalization: A Conceptual Review. *BMC Psychiatry*, 13, 169. Pieejams: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-169> [aplūkots 27.11.2025.]
- Civillikums. (1937). Pirmā daļa. Ģimenes tiesības, 357. pants. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/90223#p357> [aplūkots 30.11.2025.]
- Clark, E. J., & Hoffer, E. F. (2014). *Hope Matters: The Power of Social Work*. Washington, DC: NASW Press.
- Clark, E. J. (2017). 10 Essentials Social Workers Must Know About Hope. *The New Social Worker*. Pieejams: <https://www.socialworker.com/feature-articles/practice/10-essentials-social-workers-must-know-about-hope/> [aplūkots 30.11.2025.]
- Clubhouse International. International Standards for Clubhouse Programs Pieejams: <https://clubhouse-intl.org/resources/quality-standards/> [aplūkots 11.12.2025.]
- Collings, S., & Llewellyn, G. (2012). Children of parents with intellectual disability: Facing poor outcomes or faring okay? *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 37(1), 65–82. Pieejams: <https://doi.org/10.3109/13668250.2011.648610> [aplūkots 27.11.2025.]
- Collings, S., Dew, A., Dowse, L. (2015). Being a planner with a person with disability and complex support needs: Planning resource kit. UNSW. Pieejams: https://www.arts.unsw.edu.au/sites/default/files/documents/IDBS_SPF_ResourceKit.pdf [aplūkots 11.12.2025.]
- Conroy, J. W. (2002). *Outcomes of the Robert Wood Johnson Foundation's National Initiative on Self-Determination for Persons with Developmental Disabilities*. Narberth, PA: Center for Outcome Analysis.
- Copeland, M. E. (2012). Personal Crisis Plan (Advance Directive). *Mental Health Recovery & WRAP*. Pieejams: <https://mentalhealthrecovery.com/wp-content/uploads/2015/07/CrisisPlan2012Manual.pdf> [aplūkots 10.12.2025.]
- Coppock, V., & Dunn, B. (2010). *Understanding Social Work Practice in Mental Health*. London: Sage.
- Crockwell, L. (2015). *Professional Judgment: The Science behind Common Sense in Social Work*. Practice Matters. Newfoundland & Labrador College of Social Workers. Pieejams: <https://nlcsw.ca/wp-content/uploads/2023/10/professional-judgment-the-science-behind-common-sense-in-social-work.pdf> [aplūkots 30.11.2025.]
- Crompton, C. J., et al. (2020). Autistic peer-to-peer information transfer is highly effective. *Autism*, 24(7), 1704–1712. Pieejams: <https://doi.org/10.1177/1362361320919286> [aplūkots 03.11.2025.]
- CRPD/C/5: Guidelines on Deinstitutionalization, including in emergencies. Pieejams: <https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd-c5-guidelines-deinstitutionalization-including> [aplūkots 01.12.2025.]
- Cuskelly, M. (2006). Parents of adults with an intellectual disability. *Family Matters*, 74, 20–27. Australian Institute of Family Studies. Pieejams: <https://aifs.gov.au/sites/default/files/mc.pdf> [aplūkots 27.11.2025.]
- Dalrymple, J., & Boyan, F. (2013). *Effective Advocacy in Social Work*. London: Sage.
- Demirok, Z. N., Akça, E., Demirok, Ö., Sağ, Y., Kuşçu, M. K. (2023). The Impact of Verbal Communication Disturbance and Nonverbal Sensitivity on Social Functioning in Schizophrenia Patients. *Frontiers in Psychology*. Pieejams: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2576682/v1> [aplūkots 03.11.2025.]

- Department of Health. (2009). Learning Disabilities: Positive Practice Guide. Norwich Medical School / IAPT. Pieejams: <https://assets.uea.ac.uk/f/185167/x/21610d0ffb/norwich-medical-school-learning-disabilities-positive-practice-guide.pdf> [aplūkots 10.12.2025.]
- Degener, T. (2016). Disability in a Human Rights Context. *Laws*, 5(3), 35. Pieejams: <https://doi.org/10.3390/laws5030035> [aplūkots 10.12.2025.]
- East Sussex County Council. (2020). Vocational Profile: Helping Us to Find the Right Job for You. Pieejams: <https://letstalk.cornwall.gov.uk/17759/widgets/53894/documents/33494> [aplūkots 01.11.2025.]
- Employment and Social Development Canada. (2022). Federal Disability Reference Guide. Government of Canada. Pieejams: <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/disability/arc/reference-guide.html> [aplūkots 12.12.2025.]
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Eiropas Parlaments un Padome. (2016). Vispārīgā datu aizsardzības regula (Regula (ES) 2016/679, 2016. gada 27. aprīlis). Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis, L 119/1. Pieejams: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679> [aplūkots 30.11.2025.]
- Eiropas Savienības pamattiesību aģentūra (FRA). (2012). Choice and control: The right to independent living. Vienna: FRA. Pieejams: <https://fra.europa.eu/en/publication/2012/choice-and-control-right-independent-living> [aplūkots 01.12.2025.]
- European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. (2012). Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care. Pieejams: <https://deinstitutionalisationdotcom.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/07/toolkit-10-22-2014-update-web.pdf> [aplūkots 01.12.2025.]
- European Coalition for Community Living. Project description. Center for Policy Studies, Central European University. Pieejams: <https://cps.ceu.edu/research/eccl> [aplūkots 01.12.2025.]
- European Network on Independent Living (ENIL). (2017). So close, yet so far. Pieejams: https://enil.eu/wp-content/uploads/2022/12/DisabilityWatchdog_Estonia_Oct2017_Final.pdf [aplūkots 01.12.2025.]
- Evershed, S. (2011). Personības traucējumu ārstēšana: uz prasmēm balstītas terapijas. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17(3), 206–213.
- Fruzzetti, A. E., & Ruork, A. (2018). Validation Principles and Practices in Dialectical Behavior Therapy. In: *The Oxford Handbook of Dialectical Behavior Therapy*. Oxford University Press.
- Georgescu, A. L., et al. (2020). Reduced nonverbal interpersonal synchrony in autism spectrum disorder. *Autism Research*, 13(4), 628–639. Pieejams: <https://doi.org/10.1002/aur.2262> [aplūkots 03.11.2025.]
- Glendinning, C. (2013). Long Term Care Reform in England: A long and Unfinished Story. In C. Ranci, & E. Pavolini (Eds.), *Reforms in Long Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*, 179-200. Springer.
- Goscha, R. J. (2021). Strengths Model Case Management: Moving Strengths from Concept to Action. In: *Rooted in Strengths: Celebrating the Strengths Perspective in Social Work*. University of Kansas. Pieejams: <https://kuscholarworks.ku.edu/handle/1808/31763> [aplūkots 12.11.2025.]
- Grossman, B., & Magaña, S. (2016). Introduction to the special issue: Family Support of Persons with Disabilities Across the Life Course. *Journal of Family Social Work*, 19(4), 237–251. Pieejams: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10522158.2016.1234272> [aplūkots 27.11.2025.]
- Grunewald, K. (2003) Dzīves apstākļu normalizēšana personām ar garīga rakstura un citiem funkcionāliem traucējumiem. Rīga: Velku fonds.

- Hänninen, E., Afzal, J., & Wahlberg, H. (2014) Community-based rehabilitation and the Clubhouse Model as means to recovery and mental health services reform. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 76(3). Hearing Voices Network. Pieejams: <https://www.hearing-voices.org/> [aplūkots 10.12.2025.]
- Healy, K. (2018). *The Skilled Communicator in Social Work: The Art and Science of Communication in Practice*. Macmillan Education.
- Hepworth, D. H., Larson, J. A., & Homewood, B. (2001). *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*. Brooks/Cole.
- Holburn, S., Gordon, A., Vietze, P. M. (2007). *Person-Centered Planning Made Easy. The Picture Method*. Paul H. Brookes Publishing Co.
- Hooper, J. (2023). Reimagining communication for people with non-verbal autism. The Health Policy Partnership. Pieejams: <https://www.healthpolicypartnership.com> [aplūkots 03.11.2025.]
- Howe, D. (2012). *Empathy: What It Is and Why It Matters*. Basingstoke: Macmillan International Higher Education.
- Huckshorn, K. (2005). Six Core Strategies to Reduce the Use of Seclusion and Restraint. Pieejams: <https://restraintreductionnetwork.org/wp-content/uploads/2023/09/Consolidated-Six-Core-Strategies-Document.pdf> [aplūkots 01.11.2025.]
- Human Rights Watch. (2010). “Once You Enter, You Never Leave”: Deinstitutionalization of Persons with Intellectual or Mental Disabilities in Croatia. Pieejams: <https://www.hrw.org/report/2010/09/23/once-you-enter-you-never-leave/deinstitutionalization-persons-intellectual-or> [aplūkots 02.12.2025.]
- Hunter, S., & Rowley, D. (2015). *Social Work with People with Learning Difficulties: Making a Difference*. London.
- Jackson, N., & Burgess, H. (2005). *Creativity in Social Work and Social Work Education*. Higher Education Academy / SWAP. Pieejams: https://www.creativeacademic.uk/uploads/1/3/5/4/13542890/creativity_in_social_work.pdf [aplūkots 01.12.2025.]
- Jackson, R. L. (2000) *The Clubhouse Model: Empowering Applications of Theory to Generalist Practice*. Belmont, CA: Cengage Learning.
- Jacques, R. (2003). *Family Issues. Intellectual Disability and Health*, University of Hertfordshire. Pieejams: <https://www.intellectualdisability.info/family/articles/family-issues> [aplūkots 27.11.2025.]
- Kanter, A. S. (2015). *The Development of Disability Rights under International Law: From Charity to Human Rights*. Routledge.
- Kendrick, M. J., Bezanson, L., Petty, R. E., Jones, D. L. (2006). *Hallmarks and Features of High-Quality Community-Based Services*. ILRU Community Living Partnership.
- Kim, E., Ku, J., Kim, J.-J., Lee, H., Han, K., Kim, S. I., Cho, H.-S. (2009). Nonverbal social behaviors of patients with bipolar mania. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(6), 412–418. Pieejams: <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181a61c3d> [aplūkots 03.11.2025.]
- Klein, J. E. (2014). *Deinstitutionalization in Croatia: A Summary of Open Society Support*. Open Society Foundations. Pieejams: <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/9ee9929a-ce89-4e95-be06-42f97b9cf6f4/deinstitutionalization-croatia-20140708.pdf> [aplūkots 02.12.2025.]
- Knapp, H. (2008). *Introduction to Social Work Practice: A Practical Workbook*. Sage.
- Kottler, S. (2000). *A Social Worker’s Guide to Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*. NASW – Massachusetts Chapter. Pieejams: <https://www.naswma.org/general/custom.asp?page=362> [aplūkots 10.12.2025.]

Krimināltiesības / Garīgās veselības vienprātības projekts (Criminal Justice / Mental Health Consensus Project): Does transinstitutionalization explain the overrepresentation of people with serious mental illnesses in the criminal justice system? Valsts pārvaldes Tieslietu centrs (Council of State Governments Justice Center), Ņujorka, 2011.

Labklājības ministrija, ES fondu ieguldījumi deinstitutionalizācijas īstenošanai 2014.–2020. gada plānošanas periodā. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/es-fondu-ieguldijumi-deinstitutionalizācijas-īstenošanai-2014-2020gada-planosanas-perioda> [aplūkots 01.12.2025.]

Labklājības ministrija. (2020). Metodiskais materiāls sociālajam darbam ar atkarīgām un līdzatkarīgām personām. Rīga, 81.–89. lpp. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/metodiskie-materiali-0/metodiskais-materials-atkarigam-personam.pdf> [aplūkots 12.12.2025.]

Labklājības ministrija. (2020). Metodiskais materiāls sociālajam darbam ar vardarbībā cietušām un vardarbību veikušām personām. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/8377/download> [aplūkots 12.12.2025.]

Labklājības ministrija. (2023). Metodika sociālajam darbam ar jauniešiem. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/23769/download?attachment> [aplūkots 12.11.2025.]

Labklājības ministrija. (2023). Metodika sociālajam darbam ar grupu. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/24684/download?attachment> [aplūkots 10.12.2025.]

Labklājības ministrija. (2025). Attiecības kā instruments sociālajā darbā. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/30866/download?attachment> [aplūkots 08.12.2025.]

Labklājības ministrija. (2025). Metodika sociālajam darbam ģimenēm ar bērniem. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/31886/download?attachment> [aplūkots 09.12.2025.]

Labklājības ministrija. (2023). Metodika sociālajam darbam ar sociālās atstumtības un diskriminācijas riskam pakļautām personām “Sociālais darbs daudzveidīgā sabiedrībā”. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/22686/download?attachment> [aplūkots 09.12.2025.]

Laima Kļaviņa, Jolanta Audare, “Spēka perspektīva sociālā darba praksē”. Grāmatā: Roga-Vailza, V., Ozola, I., & Apine, E. (red.) (2021). Sociālais darbs ar gadījumu. Teorija praksē. Rīga: Latvijas Republikas Labklājības ministrija.

Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Sigafoos, J., Alberti, G., Troccoli, O., u.c. (2023). Enabling people with intellectual and other disabilities to make verbal requests using cardboard chips with mini objects or pictures and a smartphone. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 4, 1257493. Pieejams: <https://doi.org/10.3389/fresc.2023.1257493> [aplūkots 03.11.2025.]

Latvijas Autisma apvienība. Oficiālā mājaslapa. Pieejams: <https://www.autisms.lv/> [aplūkots 27.11.2025.]

Latvijas Autisma apvienība. Informatīvie un izglītojošie materiāli vecākiem un atbalsta personālam. Pieejams: <https://www.autisms.lv/materiali/> [aplūkots 10.12.2025.]

Latvijas Banka. Naudas skola – mācību materiāli un skaidrojumi vieglajā valodā. Pieejams: <https://www.naudasskola.lv/lv/par-naudu> [aplūkots 14.12.2025.]

Latvijas Republikas Satversme. Pieejams: <https://likumi.lv/doc.php?id=57980> [aplūkots 30.11.2025.]

Latvijas Republikas Satversmes tiesa. (2010). Spriedums Latvijas Republikas vārdā lietā Nr. 2010-38-01 (27.12.2010.). Pieejams: http://www.satv.tiesa.gov.lv/wp-content/uploads/2016/02/2010-38-01_Spriedums.pdf [aplūkots 30.11.2025.]

Latvijas Samariešu apvienība. (bez gada). Par Ministru kabineta 21.04.2008. noteikumos Nr. 288 “Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanas kārtība” noteikto aprūpes līmeņu noteikšanu. Prezentācija (iekšējai lietošanai; nepublicētais materiāls), 11. slaidis.

- Lavelle, M., Ferreira, A. L., Dixen, S., & Berring, L. L. (2024). De-Escalation in Mental Health Care Settings. In: Hallett, N. u.c. (red.), Coercion and Violence in Mental Health Settings. Springer, 331.–356. lpp.
- Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovska, A., Skirmante, S. (2016). Rokasgrāmata: Pirmie soļi atbalstītās lemtspējas ieviešanā Latvijā. RC “ZELDA”. Pieejams: https://zelda-cms.b-cdn.net/ZELDA_LV_.pdf [aplūkots 01.11.2025.]
- Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovska, A., Zankovska-Odiņa, S., Pūce, S. (2020). Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem (aprobētā versija). Rīga: Labklājības ministrija, 29.–30. lpp.
- Leimane-Veldmeijere, I., Pavlovska, A., Erdmane, A. un George, Dž. (2024). Rokasgrāmata psihiatrijas pakalpojumu lietotājiem “Līdzīgs palīdz līdzīgam” (2. pārstrādātais izdevums). Rīga: Biedrība “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “ZELDA””, 10. lpp. Pieejams: https://zelda-cms.b-cdn.net/Peer_Final_10_2024_0e4008a692.pdf [aplūkots 11.12.2025.]
- Leimane-Veldmeijere, I., Pavlovska, A., Zankovska-Odiņa, S. Pakalpojums ikvienam – personas ar garīga rakstura traucējumiem vietējā sabiedrībā. Metodiskais materiāls. Rīga, 2024. Pieejams: https://zelda-cms.b-cdn.net/metodika_final_aee3b85fc2.pdf [aplūkots 10.11.2025.]
- Linehan, M. M. (2015). DBT® Skills Training Manual (Second Edition). New York: The Guilford Press.
- Lithuanian Forum for the Disabled. (2015). List of issues in relation to the initial report of the Republic of Lithuania. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner, 9. lpp. Pieejams: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCRPD%2fICO%2fLTU%2f21462&Lang=en [aplūkots 02.12.2025.]
- Llewellyn, G., Traustadóttir, R., McConnell, D., & Sigurjónsdóttir, H. B. (2010). Parents with intellectual disabilities: Past, present and future. Wiley-Blackwell.
- Loughran, H. (2019). Counselling Skills for Social Workers. Routledge.
- Lordu palātas ziņojums par patstāvīgu dzīvi. House of Lords Joint Committee on Human Rights, Report on Implementation of the Right of Disabled People to Independent Living: 23rd Report of Session 2010–2012. Pieejams: <https://publications.parliament.uk/pa/jt201012/jtselect/jtrights/257/257.pdf> [aplūkots 01.12.2025.]
- Lüthi, E., Oberpriller, H., Loose, A., Orths, S. (2013). Teamentwicklung mit Diversity-Management: Methoden – Übungen – Tools. 3. izd. Bern: Haupt Verlag.
- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J., & Beecham, J. (2007). Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs. Volume 2. University of Kent. Pieejams: <https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20181/deinstitutionalisation.pdf> [aplūkots 02.12.2025.]
- Mattelin, E., & Volckaert, H. (2017). Autism and Solution-focused Practice. Jessica Kingsley Publishers.
- Mazapša, A. (2015). Rīcībspēja: Informācija cilvēkiem ar garīga rakstura traucējumiem un viņu tuviniekiem. Rīga: RC “ZELDA” Pieejams: <https://zelda-cms.b-cdn.net/ZELDA-buklets-LV-labots-zals.pdf> [aplūkots 30.11.2025.]
- Mburu, F. M. (2016). An Analysis of De-institutionalization Experiences: Good Practice Examples and Failures. Rīga: RC ZELDA. Pieejams: https://zelda-cms.b-cdn.net/Deinst_research_FM_Mburu_0c6bc050a7.pdf [aplūkots 01.12.2025.]
- McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis. World Psychiatry, 7(3), 148–156. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18836582/> [aplūkots 27.11.2025.]
- Miller, A. (2011). Instructor’s Manual for Salvador Minuchin on Family Therapy. Psychotherapy.net. Pieejams: <https://www.psychotherapy.net/data/uploads/5113e45715ce5.pdf> [aplūkots 27.11.2025.]

- Miller, L. (2006). *Counselling Skills for Social Work*. London: SAGE Publications, 127. lpp.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2023). *Motivational Interviewing: Helping People Change and Grow*. 4. ed. Guilford Press.
- Ministru kabinets. (2023). MK noteikumi Nr. 625 “Noteikumi par atbalsta personu lēmumu pieņemšanā pakalpojumu” pielikums. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/346948-noteikumi-par-atbalsta-personu-lemumu-pienemsana-pakalpojumu> [aplūkots 01.12.2025.]
- Ministru kabinets (2017). MK noteikumi Nr. 338 “Prasības sociālo pakalpojumu sniedzējiem”. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/291788-prasibas-socialo-pakalpojumu-sniedzjiem> [01.12.2025.]
- Ministru kabineta sēdes protokols Nr. 61, 19.11.2013. Pieejams: <https://www.vestnesis.lv/op/2013/231.5> [aplūkots 30.11.2025.]
- Ministry of Social Affairs of Estonia. (2014). *Special Care and Welfare Development Plan for 2014–2020*. Tallinn, 36. lpp. Pieejams: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/special_care_2014-2020.pdf [aplūkots 02.12.2025.]
- Ministry of Social Policy and Youth. (2015). *Deinstitutionalization of Children and Adults: Social Protection System Modernization Project – Component IV*. Presentation by Zvezdana Bogdanović and Dubravka Marušić, Tuheljske Toplice, March 16–17. Pieejams: <https://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/Event/ECA/Croatia%20Soc%20Protection%20proj%20launch/cro-soc-p-4-eng.pdf> [aplūkots 02.12.2025.]
- Monticelli, F., Massullo, C., Carcione, A., Tombolini, L., Guerra, F., Liotti, M., & Farina, B. (2025). Differentiating self-disclosure interventions. *Research in Psychotherapy*, 28(1), 800. Pieejams: <https://doi.org/10.4081/ripppo.2025.800> [aplūkots 30.10.2025.]
- Morrissey, J., Callaghan, P. (2011). *Core Communication Skills in Mental Health Nursing*. McGraw-Hill.
- Music for Dementia (2024). *Evidence Summary*. Pieejams: <https://static1.squarespace.com/static/63d7e788895d6301400bca92/t/6784ecef6a3a51d933290a7/1736764655966/Updated-Music-for-Dementia-evidence-summary.pdf> [aplūkots 10.12.2025.]
- NAMI Metropolitan Baltimore. (2009). *How Siblings and Offspring Deal with Mental Illness*. Baltimore: National Alliance on Mental Illness Metropolitan Baltimore, Inc. Pieejams: https://namimd.org/wp-content/uploads/2016/04/Siblings_Offspring_KSF.pdf [aplūkots 27.11.2025.]
- Nash, J. (2024). *Neurodiversity in the Workplace: A Strengths-Based Approach*. PositivePsychology.com. Pieejams: <https://positivepsychology.com/neurodiversity-in-the-workplace/> [aplūkots 30.11.2025.]
- National Association of Social Workers. (2017). *The NASW Code of Ethics*. Pieejams: <https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English> [aplūkots 27.11.2025.]
- National Council on Disability (NCD). (2015). *Home and Community-Based Services: Creating Systems for Success at Home, at Work and in the Community*. Pieejams: <https://ici.umn.edu/products/658> [aplūkots 04.12.2025.]
- National Alliance on Mental Illness. *NAMI Peer-to-Peer*. Pieejams: <https://www.nami.org/support-education/mental-health-education/nami-peer-to-peer/> [aplūkots 10.12.2025.]
- National Council on Disability (NCD). (2015). *Home and Community-Based Services: Creating Systems for Success at Home, at Work and in the Community*. Pieejams: <https://ici.umn.edu/products/658> [aplūkots 04.12.2025.]
- National Disability Authority. (2016). *Adult siblings of individuals with intellectual disability/autistic spectrum disorder*. Pieejams: <https://nda.ie/publications/adult-siblings-of-individuals-with-intellectual-disability-autistic-spectrum-disorder-relationships-roles-support-needs> [aplūkots 27.11.2025.]

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (CG178). Pieejams: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178> [aplūkots 27.11.2025.]

National Institute of Mental Health (NIMH). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit: Materials and Clinical Pathways. Pieejams: <https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials> [aplūkots 01.11.2025.]

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2020). Common Comorbidities with Substance Use Disorders. Research Report. Bethesda, MD. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/> [aplūkots 01.11.2025.]

National Paranoia Network. Self-help groups. Pieejams: <https://nationalparanoianetwork.org/self-help-groups/> [aplūkots 10.12.2025.]

National Wraparound Initiative (NWI). Wraparound Basics: What Is Wraparound?. Pieejams: <https://nwi.pdx.edu/wraparound-basics/> [aplūkots 10.12.2025.]

Ncazelo Ncube. "The Tree of Life Project: Using Narrative Ideas in Work with Vulnerable Children in Southern Africa." The International Journal of Narrative Therapy and Community Work, Nr. 1, 2006, 3.–16. lpp. Dulwich Centre Publications. Pieejams: <https://dulwichcentre.com.au/wp-content/uploads/2023/01/TOL-PAGE-UPDATETree-of-Life-by-Ncazelo-Ncube-Mlilo.pdf> [aplūkots 06.10.2025.]

NHS Education for Scotland. (2012). The Ten Essential Shared Capabilities. Module 4: Equality and Diversity – Respecting Difference. Edinburgh: NES.

Nodarbinātības valsts aģentūra. Subsidētās darba vietas (pasākums noteiktām personu grupām). Pieejams: <https://www.nva.gov.lv/lv/subsidetas-darba-vietas-pasakumi-noteiktam-personu-grupam-bezdarbniekiem> [aplūkots 04.12.2025.]

Orem, D. E., & Taylor, S. G. (2003). Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem. New York: Springer.

Open Society Foundations. (2011). Community for All Checklist: Implementing Article 19. Pieejams: https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/8ff10447-d0ea-4684-80a8-17f6554c53e1/community-for-all-checklist-20111202_0.pdf [aplūkots 02.12.2025.]

Olmstead v. L. C.: History and Current Status. Pieejams: <http://www.olmsteadrights.org/about-olmstead/> [aplūkots 27.11.2025.]

Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. UMass Medical School. Pieejams: <https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/latvia-translation.pdf> [aplūkots 10.12.2025.]

Palermo, G. B. (1991). Italian Mental Health Law – a Personal Evaluation. Journal of the Royal Society of Medicine.

ParentAssess Ltd. ParentAssess: Specialist Parenting Assessment Framework. Pieejams: <https://parentassess.com/> [aplūkots 27.11.2025.]

Parker, S. (2015). Circles of Safety and Support Tool. Pieejams: <https://cspm.csyw.qld.gov.au/getattachment/2a6ff25e-bf79-420f-ae23-e5677b96c1bd/Circles-of-Safety-and-Support-Tool.pdf> [aplūkots 01.11.2025.]

Patana, P. (2015) OECD darba dokuments Nr. 82: Mental Health Analysis Profiles (MhAPs). Zviedrija.

Pavlovskā, A., & Pavlovskis, A. (2021). "Uz risinājumu vērstā pieeja." Grāmatā: Roga-Vailza, V., Ozola, I., & Apine, E. (red.) (2021). Sociālais darbs ar gadījumu. Teorija praksē. Rīga: Latvijas Republikas Labklājības ministrija.

- Pennsylvania Assistive Technology Foundation, kopā ar Widener University. (2015). Cents and Sensibility: A Guide to Money Management. 3. izd. Pieejams: <https://www.autismresourcecentral.org/wp-content/uploads/2019/03/CentsAndSensibility-3rdEdition-508.pdf> [aplūkots 27.11.2025.]
- Pinto, R. (2006). Using Social Network Interventions. *Clinical Social Work Journal*, 34(1). Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2808640/> [aplūkots 27.11.2025.]
- PO Skåne. Vad gör ett personligt ombud? Pieejams: <https://po-skane.org/vaar-verksamhet/vad-goer-ett-personligt-ombud/> [aplūkots 11.12.2025.]
- Powell, T., Muller, J., Lough, B. (2023). Trauma-Informed Approaches in Global Mental Health. Pieejams: https://www.researchgate.net/publication/377689664_Trauma-Informed_Approaches_in_Global_Mental_Health [aplūkots 1.11.2025.]; Traumas izpratnē balstīta aprūpe (TIC). (2022). Centrs Dardedze. Pieejams: https://centrsdardedze.lv/wp-content/uploads/2022/11/TRAUMAS_IZPRATNE_BALSTITA_APRUPE-TIC_LV_14-11-2.pdf [aplūkots 1.11.2025.]
- Price, O., Armitage, C. J., Bee, P., u.c. (2024). De-escalating aggression. *BMC Psychiatry*, 24, 548. Pieejams: <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05920-y> [aplūkots 01.11.2025.]
- Ramon, S. (2021). Family Group Conferences. *Frontiers in Psychiatry*, 12:663288. Pieejams: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.663288/full> [aplūkots 10.12.2025.]
- Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2012). *The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services*. 3rd ed. Oxford University Press. Pieejams: <https://global.oup.com/academic/product/the-strengths-model-9780199736397> [aplūkots 12.11.2025.]
- Radford, H., Kapp, S., Reidinger, B., & de Marchena, A. (2025). “Too much going on”. University of Portsmouth / PLOS One. Pieejams: <https://www.port.ac.uk/news-events-and-blogs/news/too-much-going-on-autistic-adults-overwhelmed-by-non-verbal-social-cues> [aplūkots 03.11.2025.]
- Ratzka, A. (2012). Personal Assistance: Key to Independent Living as illustrated by the Swedish Personal Assistance Act. Prezentēts kolokvijā “CRPD and EU Structural Funds: The way ahead for Independent Living”. ANO augstā komisāra cilvēktiesību jautājumos Eiropas reģionālais birojs, Brisele.
- Recovery International. Pieejams: <https://recoveryinternational.org/> [aplūkots 10.12.2025.]
- Recovery Research Team. Camberwell Assessment of Need (CAN). Institute of Mental Health, University of Nottingham. Pieejams: <https://researchintorecovery.com/can> [aplūkots 12.12.2025.]
- Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “ZELDA”. (30.11.2012). Saeima pieņēmusi apjomīgus likumu grozījumus. Pieejams: <https://zelda.org.lv/aktualitates/saeima-pienemusi-apjomigus-likumu-grozijumus-modernizejot-ricibspejas-institutu> [aplūkots 30.11.2025.]
- Rīgas Stradiņa universitāte. (2023). Psihosomatiskās medicīnas un psihoterapijas katedras 25 gadi un klīnikas 10 gadi (1996–2021) Pieejams: <https://dspace.rsu.lv/jspui/handle/123456789/7652> [aplūkots 27.11.2025.]
- Roebuck, M., Aubry, T., & Manoni-Millar, S. (2021). A Qualitative Study of the Working Alliance in the Strengths Model of Case Management with People with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 58(5), 944.–954. lpp.
- Roga-Vailza, V., Ozola, I., & Apine, E. (red.) (2021). Sociālais darbs ar gadījumu. *Prakse teorijā*. Rīga: Latvijas Republikas Labklājības ministrija, AC Konsultācijas, 10. nodaļa „Gadījuma vadišana”, 455.–456. lpp. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/3036/download> [aplūkots 12.11.2025.]
- Ryan, C., Bergin, M., & Wells, J. S. G. (2019). Work-related stress and well-being of direct care workers. *International Journal of Developmental Disabilities*, 67(1), 1–22. Pieejams: <https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1582907> [aplūkots 27.11.2025.]

- Saleebey, D. (2009). *The Strengths Perspective in Social Work Practice* (5. izd.). Boston: Pearson, 15.–19. lpp. (citēts pēc: Kļaviņa, L., Audare, J. (2021). "Spēka perspektīva sociālā darba praksē". Grāmatā: Roga-Vailza, V., Ozola, I., & Apine, E. (red.), *Sociālais darbs ar gadījumu. Teorija praksē*. Rīga: Latvijas Republikas Labklājības ministrija, 399. lpp.)
- Sallyann Roth & David Epston. Framework for a White/Epston Type Interview, in: *The Selected Papers of Michael White*, Dulwich Centre Publications, 1989. Papildus skat.: White, M. & Epston, D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*, New York: Norton, 1990.
- Sanderson, H., Lewis, J. (2012). *A Practical Guide to Delivering Personalisation: Person-Centred Practice in Health and Social Care*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Sara Portnoy. "Beads of Life: A Narrative Therapy Group for Children Who Have Been Diagnosed with a Medical Condition." *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, Dulwich Centre Publications. Pieejams: <https://dulwichcentre.com.au/beads-of-life-a-narrative-therapy-group-for-children-who-have-been-diagnosed-with-a-medical-condition-by-sara-portnoy/> [aplūkots 08.10.2025.]
- Saretta, M., Alhambra-Borrás, T., Doñate-Martínez, A., & Garcés-Ferrer, J. (2025). Older family caregivers and health professionals. Pieejams: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953624011031> [aplūkots 27.11.2025.]
- SCIE (Social Care Institute for Excellence). (2022). Co-production: what it is and how to do it. Pieejams: <https://www.scie.org.uk/co-production/what-how/> [aplūkots 11.12.2025.]
- Seden, J. (2013). *Counselling and Social Work*. In: Davies, M. (red.), *The Blackwell Companion to Social Work* (4. izd.). Wiley-Blackwell.
- Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Floyd, F. J., Pettee, Y., & Hong, J. (2001). Life course impacts of parenting a child with a disability. *American Journal on Mental Retardation*, 106(3), 265–286. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11389667/> [aplūkots 27.11.2025.]
- Shah, A. J., Wadoo, O., & Latoo, J. (2010). Psychological distress in carers. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), a327. Pieejams: <https://www.bjmp.org/content/psychological-distress-carers-people-mental-disorders> [aplūkots 27.11.2025.]
- Sheafor, B., & Horejsi, C. (2007). *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. Boston: Allyn & Bacon.
- Silantjeva, A. (2017). Alternatīvā un augmentatīvā komunikācija. SOS113. Pieejams: <http://www.sos113.lv/alternativa-un-augmentativa-komunikacija-labakai-sazinai-no-senas-romas-lidzmusdienam/> [aplūkots 30.09.2019.]
- Silfverhielm, H., Kamis-Gould, E. (2000). The Swedish mental health system. Past, present, and future. *International Journal of Law and Psychiatry*. 23(3–4), 293.–307. lpp.
- Slade, M., Thornicroft, G., Loftus, L., Phelan, M., Wykes, T. (1999) CAN: Camberwell Assessment of Need. A comprehensive needs assessment tool for people with severe mental illness. The Royal College of Psychiatrists.
- Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC). SSK-10. Pieejams: <https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk> [aplūkots 27.11.2025.]
- Smalls, M. RC "ZELDA" apmācību prezentācija "Uz personu vērsta domāšana", 05.12.-07.12.2011.
- Smull, M., & Bourne, M. L. (2012). *The Importance of Environment: From Toxic to Healing*. Pieejams: <https://allenshea.com/wp-content/uploads/2016/10/importance-of-the-environment-final.pdf> [aplūkots 12.12.2025.]

- Smith, M., Manduchi, B., Burke, É., Carroll, R., McCallion, P., McCarron, M. (2020). Communication difficulties in adults with Intellectual Disability: Results from a national cross-sectional study. *Research in Developmental Disabilities*, 97, 103557. Pieejams: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103557> [aplūkots 03.11.2025.]
- Socialstyrelsen. (2008). A New Profession is Born – Personligt ombud, PO. Pieejams: <https://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/A%20New%20Profession%20is%20Born.pdf> [aplūkots 11.12.2025.]
- Social Care Institute for Excellence (SCIE). (2022). Co-production: what it is and how to do it. Pieejams: <https://www.scie.org.uk/co-production/what-how/> [aplūkots 11.12.2025.]
- Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. *Latvijas Vēstnesis*, 168, 19.11.2002. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/68488> [aplūkots 01.12.2025.]
- South West Dementia Partnership. Person Centred Support Plan for People with Dementia. Living Well with Dementia in the South West. Pieejams: https://dementiapartnerships.com/wp-content/uploads/sites/2/person_centred_dementia_support_plan_A4.pdf [aplūkots 10.12.2025.]
- Sowers, K. M., & Dulmus, C. N. (2008). *Comprehensive Handbook of Social Work and Social Welfare. Volume 1: The Profession of Social Work*. New York: Wiley.
- Štrkalj-Ivezić, S., & Radić, K. (2022). Kormilo oporavka. *Socijalna psihijatrija*, 50(4), 436–449. Pieejams: https://www.socijalnapsihijatrija.com/media/1380/436-strkaljivezic_radic.pdf [aplūkots 11.12.2025.]
- S. Zankovska-Odiņa (2025). Neurodažādība darba vidē – stiprajās pusēs balstīta pieeja. Vebinārs "Neurodažādība darba vidē – kā veicināt inovāciju un veiktspēju". Pieejams: <https://www.dazadiba.lv/resources/vebinars-neirodazadiba-darba-vide-ka-veicinat-inovaciju-un-veiktspeju/> [aplūkots 30.11.2025.]
- Szasz, T. S. (1974). *The myth of mental illness*. New York: Harper & Row.
- Tan, E. J., Neill, E., Kleiner, J. L., Rossell, S. L. (2023). Depressive symptoms. *Psychiatry Research*, 321, 115079. Pieejams: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115079> [aplūkots 03.11.2025.]
- Tew, J. (2011). *Social Approaches to Mental Distress*. Palgrave.
- The Skills System – Emotion Regulation Skills for Everyone. Pieejams: <https://skillssystem.com> [aplūkots 08.10.2025.]
- Thompson, J. R. (2008). Using the Four-component Assessment and Planning Process in ISP Development and Monitoring. AAIDD WhitePaper.
- Tolson, E. R., Reid, W. J., & Garvin, C. (2003). *Generalist Practice: A Task-Centered Approach*. 2. ed. Columbia University Press.
- Trevisan, D. A., Hoskyn, M., & Birmingham, E. (2018). Facial expression production in autism: A meta-analysis. *Autism Research*, 11(12), 1586–1601. Pieejams: <https://doi.org/10.1002/aur.2028> [aplūkots 03.11.2025.]
- Tunner, T. (2025). How Social Workers Help with Schizophrenia. NASW – Help Starts Here. Pieejams: <https://www.helpstartshere.org/how-social-workers-help-with-schizophrenia/> [aplūkots 11.12.2025.]
- Tuori, T., Gissler, M., Wahlbeck, K. (2007). un Ziemeļvalstu rekomendāciju devēju grupa (Nordic reference group). *Mental health in the Nordic Countries; NOMESCO: Health Statistics in the Nordic Countries*, 2005, 149.–211. lpp; NOMESCO, Ziemeļvalstu medicīnas statistikas komiteja 80 (Nordic Medico-Statistical Committee), Kopenhāgena.
- UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2017). Concluding observations. Latvia. No. CRPD/C/LVA/CO/1, 31 August 2017. Pieejams: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fLVA%2fCO%2f1&Lang=en [aplūkots 30.11.2025.]

Van Rheenen, T. E., Rossell, S. L. (2013). Is the non-verbal behavioural emotion-processing profile of bipolar disorder impaired? A critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(3), 163.–178. lpp. Pieejams: <https://doi.org/10.1111/acps.12125> [aplūkots 03.11.2025.]

Van Rheenen, T. E. (2015). Some people with bipolar struggle to communicate – and here's why. *The Conversation* (May 19, 2015). Pieejams: <https://theconversation.com/some-people-with-bipolar-struggle-to-communicate-and-heres-why-41893> [aplūkots 03.11.2025.]

Wait, S., & Harding, E. (2006). *Moving to Social Integration of People with Severe Mental Illness: From Policy to Practice*. International Longevity Centre – UK. Pieejams: <https://ilcuk.org.uk/moving-to-social-integration-of-people-with-severe-mental-illness-from-policy-to-practice/> [aplūkots 10.12.2025.]

Wechsler Intelligence Scale: Kaufman, A. S., & Lichtenberger, E. (2006). *Assessing Adolescent and Adult Intelligence* (3. ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Welzant, V. (2023). *De-escalation Skills for the Frontline*. Ellicott City: International Critical Incident Stress Foundation (ICISF), nepublicēti mācību materiāli.

What is supported employment. Base. Pieejams: <https://www.ncd.gov/2015/02/24/national-council-on-disability-releases-home-and-community-based-services-creating-systems-for-success-at-home-at-work-and-in-the-community/> [aplūkots 04.12.2025.]

White, M. & Epston, D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*, New York: Norton, 1990.

Williams, P., Evans, M. (2013). *Social work with people with learning difficulties*. London: Sage, 29.–30. lpp.

Winton, E. C., Clark, D. M., Edelmann, R. J. (1995). Social anxiety, fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others. *Behaviour Research and Therapy*, 33(2), 193.–196. lpp. Pieejams: [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)e0019-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)e0019-9) [aplūkots 03.11.2025.]

Witwer, A. N., Rosencrans, M. E., Taylor, C. A., Cobranchi, C., Krahn, G. L., & Havercamp, S. M. (2024). Darbs ar pieaugušajiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem un speciālistiem, lai uzlabotu garīgās veselības aprūpi: prakses vadlīniju un pētījumu virzienu noteikšana. *Žurnāls Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 17(2), 1.–29. lpp. Pieejams: <https://doi.org/10.1080/19315864.2024.2308297> [aplūkots 08.10.2025.]

WHO (World Health Organization). (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Pieejams: <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf> [aplūkots 27.11.2025.]

World Health Organization. (1990). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Tenth Revision (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (1992). *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2017). *Creating peer support groups*. WHO QualityRights. Pieejams: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/MHP-17.13-Creating-peer-support-groups-March-2017.pdf> [aplūkots 09.12.2025.]

World Health Organization. (2025). *Schizophrenia: Fact Sheet*. Pieejams: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> [aplūkots 27.11.2025.]

World Federation for Mental Health. (2015). *World Mental Health Day 2015: Dignity in Mental Health*. Pieejams: https://www.hst.org.za/publications/NonHST%20Publications/WMHD_report_2015_FINAL.pdf [aplūkots 30.11.2025.]

Wüthrich, F., Pavlidou, A., Stegmayer, K., Eisenhardt, S., & Walther, S. (2020). Nonverbal communication remains untouched. *Schizophrenia Research*, 223, 258–264. Pieejams: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.08.013> [aplūkots 03.11.2025.]

Yalon-Chamovitz, S. (2009). Invisible Access Needs of People With Intellectual Disabilities: A Conceptual Model of Practice. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47 (5), 395–400. lpp. Pieejams: <https://www.adaptit.co.il/wp-content/uploads/2020/01/Invisible-Access-Needs-of-People-With-Intellectual-Disabilities.pdf> [aplūkots 01.11.2025.]

Yao, L., & Kabir, R. (2023). *Person-Centered Therapy (Rogerian Therapy)*. StatPearls Publishing. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589708/> [aplūkots 03.12.2025.]

Yi, H., Smiljanic, R., & Chandrasekaran, B. (2019). The effect of talker and listener depressive symptoms. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(12), 4269–4281. Pieejams: https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-19-0112 [aplūkots 03.11.2025.]

Metodiskā materiāla pielikumi

1. Pielikums. Mans atlabšanas plāns
2. Pielikums. Pētījumu un metodisko materiālu saraksts
3. Pielikums. Normatīvie akti
4. Pielikums. Resursu karte
5. Pielikums. Veidlapas

