

METODISKAIS MATERIĀLS SOCIĀLAJAM DARBAM

ar pilngadīgām
personām ar garīga
rakstura traucējumiem

2019. gads



Labklājības ministrija



Latvijas Kustība
par neatkarīgu dzīvi



RESURSU CENTRS CILVĒKIEM AR GARĪGIEM TRAUCĒJUMIEM

Metodikas darbam ar personām ar garīga rakstura traucējumiem izstrāde un sociālo darbinieku apmācība tiek īstenota Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektā Nr. 9.2.1.1/15/I/001 “Profesionāla sociālā darba attīstība pašvaldībās”, pamatojoties uz iepirkuma Nr. LRLM2017/28-3-03/20ESF “Par metodikas darbam ar personām ar garīga rakstura traucējumiem (GRT) izstrādi un sociālo darbinieku apmācību” ietvaros noslēgto līgumu.

Metodikas izstrādi īsteno 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 pašvaldību sociālajos dienestos praktizējošiem sociālajiem darbiniekiem, kuri ikdienā strādā ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem.

Metodika ietver metodisko materiālu drukātā formā, kā arī klātienē un tiešsaistē mācību programmas. Metodikas izstrādes gaitā tiek 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.

Sagatavots iespiešanai un iespiests SIA “Dobums”,
Pērnavas iela 47 B, Rīga, Latvija, LV-1009
www.dobums.lv

Šis ir ar autortiesībām aizsargāts darbs un Labklājības ministrijas īpašums, 2019.

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 Zārdei, 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.

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

Izmantotie saīsinājumi	10
Izmantotie termini	10
1. nodaļa. Metodika sociālajam darbam ar personām ar garīga rakstura traucējumiem: aktualitāte un loma mūsdienās	11
1.1. Skatījuma maiņa sociālajā darbā ar pilngadīgām personām ar GRT	11
1.2. Deinstitutionalizācijas process	12
1.3. Metodikas lietojums sociālajos dienestos ikdienas sociālajā darbā	13
2. nodaļa. 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. Psihisko un uzvedības traucējumu vispārējs raksturojums un cēloņi	16
2.2.2. Nervu sistēmas attīstības traucējumi	21
2.2.3. Organiski psihiskie traucējumi	25
2.2.4. Šizofrēnijas spektra traucējumi	27
2.2.5. Garastāvokļa traucējumi	29
2.2.6. Ar stresu saistīti traucējumi, trauksmes spektra traucējumi	31
2.2.7. Personības traucējumi	34
3. nodaļa. Dabiskā atbalsta tīkls: ģimene – nozīmīga atbalsta sistēma sociālajā darbā ar pilngadīgu personu ar garīga rakstura traucējumiem	35
3.1. Tuvinieks, kas aprūpē personu ar GRT, vispārīga informācija par ģimeni – visbūtiskāko atbalsta tīklu personas ar GRT dzīvē	35
3.2. Ģimenes, kurā audzina bērnu ar garīga rakstura traucējumiem, psihoemocionālais raksturojums	39
3.3. Ģimenes sistēmas	42
3.3.1. Nepilngadīgu un pilngadīgu bērnu ar GRT vecāki, brāļi un māsas	45
3.3.2. Persona ar garīga rakstura traucējumiem kā vecāka lomas īstenotājs	47
3.3.3. Vecāku ar psihosociāliem traucējumiem bērni	49
3.3.4. Vecāku ar intelektuālās attīstības traucējumiem bērni	49
3.4. Atbalsts tuviniekiem, kas aprūpē personu ar GRT	50
4. nodaļa. Sociālajam darbiniekam nepieciešamās vērtības, pamatzināšanas un prasmes darbā ar pilngadīgām personām ar GRT	51
4.1. Sociālā darba pamatvērtības darbā ar pilngadīgām personām ar GRT	51
4.1.1. Ētikas koncepcija sociālajā darbā	53
4.1.2. Sociālais taisnīgums	56
4.1.3. Cilvēktiesību koncepcija sociālajā darbā, t.sk. personu ar invaliditāti tiesības	57
4.1.4. Konfidencialitāte un datu aizsardzība	61
4.2. Sociālais darbinieks kā profesionālis	63

4.2.1. Dažādības pieņemšana, empātija, respektēšana	63
4.2.2. Radošums, cerība un spriestspēja	65
4.2.3. Refleksija, kritiskās domāšanas prasmes	68
4.2.4. Profesionālā integritāte	70
4.2.5. Sociālais darbinieks kā pētnieks	70
4.3. Komunikācijas prasmes un metodes darbā ar pilngadīgām personām ar GRT	71
4.3.1. Kā runāt par informētu piekrišanu un konfidencialitāti?	71
4.3.2. Empātiska komunikācija: kā izmantot sajūtas	71
4.3.3. Pašatklāšme	72
4.3.4. Kā vadīt komunikācijas procesu?	73
4.3.5. Komunikācija ar klientiem ar īpašām komunikācijas vajadzībām	75
4.4. Konsultēšanas prasmes darbā ar pilngadīgām personām ar GRT	82
4.4.1. Aktīvā un konstruktīvā klausīšanās	82
4.4.2. Jautājumu formulēšana (atvērtie un slēgtie jautājumi), pārfrāzēšana	83
4.4.3. Informācijas izvēle un analīze konsultēšanā	85
4.4.4. Izpratne par klienta problēmām, motivācijas veicināšana, sadarbības veidošana: modernās pieejas konsultēšanā	85
5. nodaļa. Sociālais darbs ar pilngadīgām personām ar GRT	87
5.1. Sociālā darba specifika, strādājot ar pilngadīgām personām ar GRT: kas sociālajam darbiniekam jāzina no paša darba sākuma	87
5.2. Pašreizējās tendences sociālajā darbā ar klientiem, tostarp personām ar GRT: vispārīgs apraksts	88
5.2.1. Spēka perspektīva	88
5.2.2. Klients ir savas dzīves eksperts	89
5.3. Starptautiskā prakse: dažādu metožu lietojums un lietderība darbā ar pilngadīgām personām ar GRT	91
5.3.1. Citu valstu pieredze deinstitucionalizācijas procesa īstenošanā un sabiedrībā balstītu pakalpojumu nodrošināšanā pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem	91
5.3.2. Citu valstu pieredze pilngadīgu personu ar GRT spēju, prasmju un nepieciešamā atbalsta izvērtēšanā	98
5.4. Latvijas situācijai piemērotas, kā arī pieejamas metodes pilngadīgu personu ar GRT sociālās situācijas, t.sk. spēju, prasmju un nepieciešamā atbalsta, izvērtēšanā	111
5.5. Personām ar GRT piemēroti sabiedrībā balstīti pakalpojumi	118
5.5.1. Sabiedrībā balstītu pakalpojumu sniegšanas principi	118
5.5.2. Kvalitatīva, sabiedrībā balstīta pakalpojuma raksturojums	120
5.5.3. Mājokļa pakalpojumi	121
5.5.4. Nodarbinātības pakalpojumi	124
5.5.5. Individuālā atbalsta pakalpojumi	128
5.5.6. Īslaicīgās sociālās aprūpes pakalpojums (atelpas brīža pakalpojums)	133
5.5.7. Līdzinieku sniegti (<i>Peer-led</i>) pakalpojumi	133
5.5.8. Kopprodukta veidošanas princips sabiedrībā balstītu pakalpojumu plānošanā, sniegšanā un izvērtēšanā	134
5.6. Sociālā darba ar personām ar GRT un viņu tuviniekiem dažādās formas – sociālais darbs ar individu, ar ģimeni, ar grupu	135

5.6.1. Sociālā gadījuma vadīšana pilngadīgai personai ar GRT	135
5.6.2. Sociālais darbs ar grupām ar pilngadīgām personām ar GRT	157
5.6.3. Sociālais darbs ar ģimeni, kurā ir pilngadīgas personas ar GRT	159
5.6.4. Ieteikumi darbam ar klientiem ar noteiktiem garīga rakstura traucējumiem ..	163
5.6.5. Tipiskas problēmas sociālajā darbā ar pilngadīgām personām ar GRT	166
5.7. Starpprofesionālā un starpinstitucionālā sadarbība dažādos sociālā darba posmos ...	171
5.7.1. Kas ir starpprofesionālā un starpinstitucionālā sadarbība? Kas ir profesionāļi un institūcijas, kuru uzdevumos ietilpst atbalsta sniegšana personām ar GRT?	171
5.7.2. Multidisciplināras un interdisciplināras komandas	173
5.7.3. Sociālā darbinieka loma komandā	173
5.7.4. Kādas ir iespējamās sadarbības formas (informācijas apmaiņa, tikšanās, diskusijas, supervīzijas, plānu izstrāde)	174
5.7.5. Sadarbība dažādos sociālā darba posmos	175
5.7.6. Akcenti – informācijas sniegšana kompetentajām iestādēm	176
6. nodaļa. Latvijas situācijai piemērotākais sabiedrībā balstīto sociālo pakalpojumu pilngadīgām personām ar GRT sistēmas modelis	177
6.1. Esošo un iespējamo sabiedrībā balstīto sociālo pakalpojumu pilngadīgām personām ar GRT sistēmas Latvijā analīze	177
6.2. Būtiskākās atšķirības republikas pilsētās, ņemot vērā pašvaldību dalījumu plānošanas reģionos	188
6.3. Sabiedrībā balstīto pakalpojumu sistēmas iespējamais modelis	190

Metodiskā materiāla pielikumi (atsevišķā mapē)

1. Pielikums - Mans atlabšanas plāns
2. Pielikums - Pētījumu un metodisko materiālu saraksts
3. Pielikums - Normatīvie akti
4. Pielikums - Resursu karte – sociālie pakalpojumi un atbalsts pilngadīgām personām ar GRT un personu ar GRT tuviniekiem

Izmantotie saīsinājumi

AIS	Atbalsta intensitātes skala
ANO	Apvienoto Nāciju Organizācija
ANO Konvencija	ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām
DI	deinstitutionalizācija
ES	Eiropas Savienība
ESF	Eiropas Sociālais fonds
GRT	garīga rakstura traucējumi
LGBT	lesbiešu, geju, biseksuāļu, transpersonu kopiena
NVA	Nodarbinātības valsts aģentūra
NVO	nevalstiskās organizācijas
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 pakalpojums	personai ar garīga rakstura traucējumiem sniegts atbalsts lēmumu pieņemšanā, lai palīdzētu tai vienlīdzīgi ar citiem īstenot savu tiesībspēju un rīcībspēju.
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.
Persona ar garīga rakstura traucējumiem	atbilstoši Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā definētajam – persona ar psihisku saslimšanu vai garīgās (intelektuālās) attīstības traucējumiem, kuri ir noteikti atbilstīgi spēkā esošajai Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas redakcijai.
Rīcībspēja	personas spēja patstāvīgi veikt tiesiski nozīmīgas darbības un uzņemties atbildību par to sekām.
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 GRT

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

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

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

1.2. DEINSTITUCIONALIZĀCIJAS PROCESS

Deinstitucionalizācijas process un pamatprincipi. Prevencijas loma deinstitucionalizācijas procesā

Deinstitucionalizācijas procesu bieži vien izprot vienkāršoti – kā ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju slēgšanu. Tomēr deinstitucionalizācijas būtība jāuztver plašāk, proti, kā sabiedrībā balstītu pakalpojumu spektra izveides procesu, kas nodrošinātu cilvēka nokļūšanas institucionālā aprūpē prevenciju. Prevencija ir pārejas no institucionālas aprūpes uz sabiedrībā balstītu palīdzību neatņemama daļa.³

Rīcības plānā deinstitucionalizācijas īstenošanai 2015.–2020. gadam deinstitucionalizācija (turpmāk – DI) tiek definēta, kā pakalpojumu sistēmas izveide, kas sniedz personai, kurai ir ierobežotas spējas sevi aprūpēt, nepieciešamo atbalstu, lai tā spētu dzīvot mājās vai ģimeniskā vidē.

DI pēc būtības jānovērš situācija, ka personai jāpārceļas uz dzīvi ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā (turpmāk – institūcija), jo dzīvesvietā tai nav pieejams nepieciešamais atbalsts vai sabiedrībā balstīti pakalpojumi.⁴

Personas ar GRT ir viena no sabiedrības grupām, kuru tiesību uz dzīvi sabiedrībā īstenošana ir iespējama, tikai īstenojot visaptverošu DI procesu. Jāņem vērā, ka personām ar GRT, sociālās aprūpes pakalpojumu nodrošināšana institūcijās joprojām dominē pār ģimeniskai videi pietuvinātiem vai sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem.

Sabiedrībā balstīti pakalpojumi pret institucionālo aprūpi

Sabiedrībā balstīti pakalpojumi ir pakalpojumu klāsts, kas cilvēkiem ar dažādiem funkcionāliem ierobežojumiem, to skaitā ar GRT, dod iespēju dzīvot sabiedrībā. Tie ietver vispārējās pieejamības pakalpojumus, piemēram, mājokļa nodrošinājumu, veselības aprūpi, izglītību, nodarbinātību, kultūru un brīvā laika pavadīšanu, tiem jābūt pieejamiem ikvienam cilvēkam neatkarīgi no funkcionālo traucējumu veida vai nepieciešamā atbalsta apjoma. Sabiedrībā balstīti pakalpojumi attiecas arī uz specializētiem pakalpojumiem, piemēram, asistenta pakalpojumu, “atelpas brīža” pakalpojumu u. tml.⁵

Sabiedrībā balstīti pakalpojumi ir pretstatījums institucionālajai aprūpei, kuru raksturo šādas pazīmes:

- pakalpojumu saņēmēji ir izolēti no plašākas sabiedrības un spiesti dzīvot kopā;
- pakalpojumu saņēmējiem nav pietiekamas kontroles pār savu dzīvi un lēmumiem, kas viņus ietekmē;
- organizācijas noteikumi ir prioritāri pār pakalpojumu saņēmēju individuālajām vajadzībām.⁶

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

³ *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. 2012, 27.

⁴ Rīcības plāns deinstitucionalizācijas īstenošanai 2015.–2020. gadam. 2015. *Latvijas Republikas Labklājības ministrija*. http://www.lm.gov.lv/upload/aktualitates/null/2015_15_07_ricplans_final.pdf

⁵ *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2012, 27.

Pašvaldību loma deinstitucionalizācijas procesā

Nenoliedzami, DI procesā nozīmīga loma ir pašvaldībām. Lai varētu veiksmīgi īstenot DI norisi, personām ar garīga rakstura traucējumiem jāsaņem dažāda līmeņa atbalsts pašvaldībā, arī sociālā darbinieka palīdzība. Tā var novērst personu ar garīga rakstura traucējumiem nonākšanu institūcijās, kā arī veicina atgriešanos ģimenē vai sniedz atbalstu neatkarīgas dzīves uzsākšanai.

Pašvaldībām jānodrošina sabiedrībā balstīti un ģimeniskai videi pietuvināti pakalpojumi, kā arī jāsniedz efektīva sociālā palīdzība personām ar GRT. Tāpat pašvaldībām ir nozīmīga loma personu ar GRT vēlmju un vajadzību izzināšanā un prioritāšu noteikšanā, izvēloties un sniedzot atbalsta pakalpojumus, nodrošinot uz personu centrētu pieeju. Tikpat nozīmīga loma pašvaldībām ir nodarbinātību veicinošu pasākumu personām ar GRT darbības vecumā īstenošanā, kā arī veselības aprūpes, izglītības, transporta u. c. vispārējās pieejamības pakalpojumu nodrošināšanā.⁷

Pašvaldībām ir izšķirīga vieta deinstitucionalizācijas procesa veiksmīgā īstenošanā valstī, tādēļ metodiskā materiāla par darbu ar pilngadīgām personām ar GRT tiešā mērķa grupa ir pašvaldību sociālajos dienestos praktizējoši sociālie darbinieki darbam ar pilngadīgām personām, kam ir garīga rakstura traucējumi.

1.3. METODIKAS LIETOJUMS SOCIĀLAJOS DIENESTOS IKDIENAS SOCIĀLAJĀ DARBĀ

Metodikai ir praktiskās izmantošanas lielas iespējas. 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.

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

Metodikā atspoguļoti sociālā darba ar pilngadīgām personām dažādi aspekti, arī tikšanos ar personu, kam ir garīga rakstura traucējumi, plānošana un īstenošana, dažādi paņēmieni pilngadīgu personu ar GRT spēju, prasmju un nepieciešamā atbalsta izvērtēšanai, iekļaujot arī sociālā darba pamatposmus – sociālās situācijas izvērtējumu, intervences plānošanu (īstermiņā, ilgtermiņā), vienošanos ar klientu par veicamajiem pasākumiem, intervences īstenošanu, klienta sociālās situācijas izmaiņu un sasniegto rezultātu novērtējumu. 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, kam ir garīga rakstura traucējumi, dažādos posmos.

⁶ *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2012, 25.

⁷ Rīcības plāns deinstitucionalizācijas īstenošanai 2015.–2020. gadam. *Latvijas Republikas Labklājības ministrija*. 2015. http://www.lm.gov.lv/upload/aktualitates/null/2015_15_07_ricplans_final.pdf

2

Pilngadīgu personu ar garīga rakstura traucējumiem raksturojums

2.1. TERMINOLOĢIJAS SKAIDROJUMS

Psihisku traucējumu definīcijas, kas izmantotas materiāla nodaļā “Pilngadīgu personu ar garīga rakstura traucējumiem raksturojums”, ir formulētas atbilstīgi pašlaik spēkā esošiem Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās slimību klasifikācijas 10. redakcijas (SSK-10) kritērijiem.⁸ 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 par personu ar invaliditāti tiesībām (turpmāk – ANO Konvencija), 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, garastāvokļa traucējumus, šizofrēnijas spektra traucējumus u. tml.). Šis termins ir sinonīms mūsdienu cilvēktiesību jomā lietotajam terminam “psihosociālā invaliditāte” (angļu val. *psychosocial disability*), kā arī LR Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma izpratnei par “garīga rakstura traucējumiem”.

Nemot 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 atpalicību” vai “garīgās attīstības traucējumiem” LR Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma izpratnē), gan arī autiskā spektra traucējumus un uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindromu. Citas lielas psihisko un uzvedības traucējumu grupas, kas tiek apskatītas metodikas 2. nodaļā, ir, piemēram, “šizofrēnijas spektra traucējumi” un “garastāvokļa traucējumi”, kas LR Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā apvienoti ar nosaukumu “psihiskās saslimšanas”.

⁸ ICD-10 *Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. 1992. Geneva: World Health Organisation.

2.2. MŪSDIENU PSIHIATRIJAS SKATĪJUMS UZ GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM

2.2.1. Psihisko un uzvedības traucējumu vispārējs raksturojums un cēloņi

Biopsihosociālais traucējumu / veselības modelis. Biopsihosociālais modelis ir pašlaik medicīnā galvenais un vispārpieņemtais konceptuālais modelis, kurā uzsvērtā 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.⁹ Mūsdienās šajā modeli bioloģisko, psihi 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 definīcijas pamatā ir biopsihosociālais modelis.¹⁰

Atbilstīgi biopsihosociālām 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, psihi aizsardzības mehānismi);
- 3) sociālie faktori (sociālekonomiskais stāvoklis, sociālā atbalsta līmenis, pieredze par sabiedrības attieksmi un uzskatiem).

Ņemot 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 noteic 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

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 atspoguļojuma rezultātā veidojas sajūtas, piemēram, aukstuma un karstuma, gaismas un tumsas, arī dažādu krāsu, dobjas un spalgas skaņas, skābas un saldas 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 apžīlinoša, 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 autiskā spektra traucējumiem.

⁹ Engel, G. L. 1977. The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. Vol. 196, 4286, 129–136.

¹⁰ *Constitution of the World Health Organization*. 1946.

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 depresijas gadījumos un apdulluma stāvoklī.

Senestopātības – mānīga uztvere sajūtu līmenī. Parasti tās ir grūti izskaidrojamas, nepatīkamas, nomācošas sajūtas ķermenī, kurām nav objektīva cēloņa. Piemēram, dedzināšana un tirpšana pakausī, stipas 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. Citādāka, 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 korigējami. Klientiem ar dažādiem psihiskiem traucējumiem ilūzijas var būt noturīgas un satraucošas. Piemēram, klients ar psihozi ilūziju gadījumā uzkārtā 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, saoz 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, izjust nepatīkamu sajūtu, it kā zem ādas listu 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, mainīties. Šis pārdzīvojums var attiekties gan uz sava organisma izjūtu, gan uz paša emocijām, gribu, kustībām un domāšanu.

DOMĀŠANAS TRAUCĒJUMI

Spēja uztvert apkārtni 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 – garastāvokļa 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 garastāvoklis, paātrinātā domāšana vairs nedod labvēlīgus rezultātus. Ja domāšana vēl tālāk paātrinās, secinājumi kļūst nepārdomāti un nav pietiekami

pamatoti, un rezultātā domāšanas produktivitāte samazinās. Šādiem klientiem nepārtraukti mainās domu virziens un temats, viņi iesākto domu vairs nevar secīgi pabeigt. Patoloģiski paātrināta domāšana var būt raksturīga klientiem ar bipolāri afektīviem traucējumiem pacilāta garastāvokļa (mānijas) fāzē vai arī kādu vielu izraisītas intoksikācijas stāvoklī.

Palēnināta domāšana ir pretējs stāvoklis paātrinātai domāšanai. Tā visbiežāk rodas klientiem ar nomāktu garastāvokli. 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, sareģītākiem 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 CNS slimību gadījumos, kā arī klientiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem vai autiskā spektra traucējumiem.

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 vienas tēmas uz citu, ar grūtībām var izprast pāreju no viena teikuma uz otru. Smagākos traucējumu gadījumos šādas pārejas vispār vairs nav, un runa šķiet pilnīgi nesakarīga.

DOMĀŠANAS TRAUCĒJUMI PĒC SATURA

Pārvērtēšanas (pārspīlētas) 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 koriģēt ar loģiskiem pierādījumiem. Tās var koriģēties arī paša pieredzes rezultātā. Piemēram, idejas, ka partneris ir neuzticīgs, ka kaimiņš vēlas ieriebt vai ka kolēģis ir cilvēkā iemīlējis. 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 nekāda sakara 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 vispilnīgākajiem 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 līdz 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.

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 saistās 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, naidis, 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 veseliem cilvēkiem. Par garstāvokļa traucējumiem jādomā gadījumos, ja garstāvoklis ir mainījies bez jebkāda ārēja iemesla vai arī pēcniecīga patīkama vai nepatīkama notikuma iestājas ilgstošas un dziļas garstāvokļa izmaiņas.

Hipotīmija ir nomākts garstāvoklis. Viegla traucējuma gadījumos cilvēks to izjūt kā visiem labi zināmo sliktu garstāvokli, smagākos – pārdzīvo stipras skumjas, bēdas, bezcerību un bezizejas sajūtu.

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 centrālās nervu sistēmas (CNS) slimību gadījumos.

Apātija 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 tā, 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 garstāvokļa epizodēs raksturīga sentimentalitāte, pārlieds jūtīgums, bet nedaudz nomāktā – raudulība.

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 neiepazīst un neizpēta, jo viņa uzmanību jau saista nākamais fakts.

Cilvēkiem, kas slimo ar epilepsiju, kā arī cilvēkiem ar autiska spektra traucējumiem 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 nenožīmīgu sīkumu.

Organisku CNS slimību gadījumos, piemēram, sākoties demencei, sašaurinās uzmanības apjoms. Šajos gadījumos šoferiem kļūst grūtāk vienlaikus ievērot visas satiksmes regulēšanas zīmes un vadīt mašīnu, 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 ir vienlaikus. Dažreiz, piemēram, autiska spektra traucējumu gadījumos klients it kā uzmanību nekam nepievērš, taču vēlāk izrādās, ka viņš savā apkārtnē ievērojis daudzas sīkas un grūti pamanāmas apkārtējo notikumu nianšes.

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 dīvainām, 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 kreklīnāšana 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.

ATMIŅAS TRAUCĒJUMI

Atmiņa ir viena no psihies īpašībām, tā ļauj atspoguļot pagātnes pieredzi. Vesels cilvēks notiekošo iegaumē, to 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 autisma spektra traucējumiem, cilvēks atceras vairāk un sīkāk nekā parasti.

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

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

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

2.2.2. 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 apgrūtinā intelekta, 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, autisma spektra traucējumi un uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms (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.



IETEIKUMI IKDIENAS 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 vienlaicīgi! 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 uzņemieties 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 arī 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!

Autiska spektra traucējumi (AST) ir attīstības traucējumi, kas noris mūža garumā un ietekmē cilvēka komunikēšanu 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 autiska spektra traucējumiem smadzenes sociālos stimulus neuztver kā galvenos, kā svarīgākus par pārējiem, tādēļ visi apkārtējie stimuli tiek uztverti kā vienlīdz svarīgi. Cilvēkam ar autiska spektra traucējumiem ir izteikts sensors jutīgums – pastiprināta reakcija uz skaņu, gaismu, pieskārienu un garšu.

Cilvēks ar autiska spektra traucējumiem pasauli uztver atšķirīgi. Autiska spektra 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 viņam 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 balss toņu nozīmi;
- 3) domāšanas rigiditāte un sociālās iztēles grūtības, kas var izpausties kā stingri kopētas, vairākkārt atkārtotas darbības. Cilvēkam ar autiska spektra traucējumiem var būt izteikti svarīgi turēties pie stingras rutīnas un ir grūti pamēģināt kaut ko jaunu, piemēram, pamēģināt jaunu ēdienu vai uzvilkt citas drēbes. Viņam var būt grūti izgudrot, 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 autisma gadījumos var būt arī intelektuālās attīstības traucējumi. Var būt arī klienti, kuri nerunā vispār. Sastopami arī augstas funkcionalitātes autisma gadījumi. Lai gan cilvēkiem, kuriem tas piemīt, ir grūtības sociālās komunikācijas jomā, viņiem var būt izcili attīstītas kognitīvās spējas, un viņi var būt izcili speciālisti kādā pašus interesējošā jomā.¹¹ Cilvēkiem ar autiska spektra traucējumiem var būt augsts trauksmes līmenis. Ja trauksmes līmenis ir ārkārtīgi augsts un grūti panesams, tas var rezultēties ar neatbilstošu uzvedību.



IETEIKUMI IKDIENAS DARBAM

Iegūstiet maksimāli daudz informācijas par autiska spektra traucējumiem 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 autiska spektra traucējumiem 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 autiska spektra traucējumiem 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 nodarboties ar savu interesi skaidri noteiktos laikos!

Komunicējot atcerieties, ka cilvēks ar autiska spektra traucējumiem teikto 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 palaujieties, ka klients jūs sapratis pēc balss intonācijas, sejas izteiksmes vai ķermeņa valodas!

Cilvēkam ar autiska spektra traucējumiem var būt nepieciešams ilgāks laiks, lai apstrādātu un saprastu informāciju sociālās situācijās. Pārliecinieties, ka klients jūs ir sapratis.

Acu kontakts cilvēkam ar autiska spektra traucējumiem var būt satraucošs. Izturieties ar sapratni pret to, ka cilvēks, sarunājoties ar jums, skatās jums garām vai uz leju!

¹¹ Izmantoti materiāli no Latvijas Autisma apvienības mājaslapas: www.autisms.lv

Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms (UDHS) izpaužas ar uzmanības koncentrēšanas grūtībām, paaugstinātu motorisko 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 koncentrāciju 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 koncentrēties jaunām, interesantām aktivitātēm, piemēram, interneta izmantošanai, datorspēlēm u. tml. Dažiem uzmanības nenoturība var rezultēties arī pārmērīgā perfekcionistiskā un rigīdā 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 tad, 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 nediagnostisku 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.¹²



IETEIKUMI IKDIENAS 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.).

¹² Bezborodovs, N. 2016. Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms pieaugušajiem. *Medicus Bonus*. Jūlija, augusta, septembra Nr., 58.–60. lpp.

Komunicējot ar klientu, kuram ir UDHS, nodrošiniet acu kontaktu! Ja jums jānodod svarīga informācija, variet 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.

2.2.3. Organiski psihiskie traucējumi

DEMENCE

Smadzeņu darbības traucējumi, kas rada neatgriezeniskus, pieaugošus un daudzpusīgus kognitīvo jeb prāta funkciju traucējumus, kuru rezultātā rodas atmiņas, valodas, vizuāli telpiskās izjūtas, prasmju un spriešanas spēju izmaiņas. Kognitīvie traucējumi sākotnēji ir viegli un var tikt jaukti ar novecošanas procesu. Tomēr kognitīvie traucējumi var kļūt smagāki un kombinēties ar dažādas intensitātes personības un uzvedības izmaiņām, ierobežojot un apgrūtinot ikdienas aktivitātes salīdzinājumā ar iepriekšējo dzīves periodu. Biežākie demences veidi ir Alcheimera slimība un smadzeņu asinsrites traucējumu izraisīta jeb vaskulāra demence.

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).



IETEIKUMI IKDIENAS 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 demeneci nav spējis apstrādāt informāciju!

Maksimāli ilgi saglabājiēt klienta neatkarību! Pavājinoties psihi funkciām, cilvēks ar demenci kļūst arvien atkarīgāks no citiem. Pēc iespējas ilgāk mēģiniet palīdzēt uzturēt un atbalstīt cilvēka veselās un funkcionēt spējīgās psihi 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!

Atvieglājiet sadzīvi! Nepieciešams padarīt vidi ap klientu pēc iespējas vienkāršāku un ierastu. Atbrīvojiet no visa liekā! Maziniet apkārtējos kairinātājus, piemēram, troksni! Nodrošiniet telpas 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! Atvieglājiet 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 paslīdzēšanu!

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 guļošs, jā rūpējas par izgulējumu profilaksi.

Reaģējiet uz emocionālā stāvokļa un uzvedības izmaiņām! Reizēm cilvēkam, kuram ir demence, attīstās arī depresija, bezmiegs, nepamatotas, 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!

ORGANISKA PSIHOZE

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 organisku halucinozi un organiskus murgus. Organiskā halucinoze ir traucējumi, kam raksturīgas pastāvīgas vai atkārtotas – parasti redzes vai dzirdes – halucinācijas, kas rodas cilvēkam ar skaidru apziņu. Savukārt pie organiskiem murgiem pieder traucējumi, kam raksturīgas pastāvīgas 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.

EPILEPSIJA

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;
- jāpārliedz, 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, jāgriežas neatliekamajā medicīniskajā palīdzībā.

2.2.4. Šizofrēnijas spektra traucējumi

ŠIZOFRĒNIJA

Šizofrēnija un citi šizofrēniska spektra traucējumi ir klīniski daudzveidīgi, multifaktoriālas etioloģijas psihiski traucējumi (slimību grupa), kas visbiežāk izpaužas ar psihotiskiem simptomiem (īstenībai neatbilstošām idejām un halucinācijām), apgrūtinātu realitātes uztveri, samazinātu spēju just emocijas, vienaldzības sajūtu, apātiju, atmiņas un koncentrēšanās spēju traucējumiem, grūtībām veidot loģiskas asociācijas. Šizofrēniska spektra traucējumi skar apmēram 1 % (0,3–1,9 %) populācijas.

Šizofrēniska spektra traucējumiem ir raksturīga norise ar psihiskā stāvokļa paasinājumiem, kam seko remisija jeb atlabšana. Reizēm cilvēks piedzīvo tikai vienu psihiskā stāvokļa paasinājumu dzīves laikā, reizēm paasinājumi ik pēc laika atkārtojas, taču daļā gadījumu traucējumiem ir hroniska gaita. Atsevišķos gadījumos cilvēks var piedzīvot šizofrēnijai līdzīgu stāvokli jeb akūtu psihozi tikai vienu reizi mūžā un pēc atlabšanas spēj tālāko dzīvi veidot pilnvērtīgi.

Ārstēšanas galvenais mērķis ir simptomu mazināšana un pārtraukšana. Šim nolūkam tiek lietoti medikamenti. Tomēr pacientu ar šizofrēniska spektra traucējumiem ārstēšanā arvien lielāku vietu ieņem psihosociālās ārstēšanas metodes, kuru mērķis ir saglabāt un stiprināt pacienta “veselās pazīmes”, mazināt sociālu norobežošanos, paaugstināt pašvērtējumu, uzlabot komunikācijas un citas ikdienas prasmes, atpazīt paasinājuma pazīmes un izglītēt par palīdzības iespējām dažādu simptomu gadījumā, kā arī paaugstināt līdzdalību ārstēšanas procesā.

HRONISKI MURGI

Psihiski traucējumi ir arī pastāvīgi 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 neatbilstošās 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 pārlicība ir patiesa).



IETEIKUMI IKDIENAS 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 nozīmīgs 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, pārlieta 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!

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, izsakiet sapratni un mēģiniet rast ar klientu kompromisu! Izteikti akūtas un bīstamas situācijas gadījumā izsauciet neatliekamo medicīnisko palīdzību!

2.2.5. Garastāvokļa traucējumi

DEPRESIJA

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 sajūta, 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:

- vieglas depresijas epizode – galvenokārt depresijai raksturīgā simptomātika ir viegli izteikta;
- vidēji smagas (mērenas) depresijas epizode – klientam ir vairāki depresijai raksturīgie simptomi, un vismaz viens no tiem ir izteikti smags, klientam ir grūtības darbā, traucēta sociālā funkcionēšana un grūtības tikt galā ar ikdienas pienākumiem;
- smagas 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;
- 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, izsmiejoša satura dzirdes halucinācijas vai ožas halucinācijas.



IETEIKUMI IKDIENAS DARBAM

Iegūstiet maksimāli daudz informācijas par šo saslimšanu, mudiniet ar informāciju iepazīties arī klientu!

Pamaniet 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! Sarunu 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 sajūta un izteikumi par bezcerību. Cilvēks, kuram ir bezcerības sajūta, 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 arī to 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 iejūtīgs 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 pabeikt pat visvienkāršākos darbus sevis sakopšanā. 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

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, savutraucējumu 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 mēģinājumu.



IETEIKUMI IKDIENAS 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 nejūtas noguris.

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!

2.2.6. Ar stresu saistīti traucējumi, trauksmes spektra traucējumi

TRAUKSME

Pie trauksmes spektra traucējumiem pieder dažādi traucējumi, kuru pamatā vai dominējošs simptoms ir trauksme. Tomēr jāuzsver, ka trauksmes simptomi var izpausties arī daudzu citu psihisku traucējumu gadījumā kā papildu simptoms, piemēram, šizofrēniska vai autiska spektra traucējumu, depresijas, bipolāru traucējumu, demences 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.



IETEIKUMI IKDIENAS DARBAM

Saglabājiēt mieru pats un nodrošiniēt, 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: "Ieelpo it kā tu pasmaržotu puķi, izelpo it kā tu censtos nopūst sveci!" Veiciet šo elpošanas paņēmieni kopā!

Sarunājiēt 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 saslimšanas, piemēram, miokarda infarkta gadījumā. Parasti par fizisku problēmu liecina izteiktas, žņaudzošas sāpes aiz krūšu kaula, bāla un nosvīdusi sejas āda, izteikts nespēks, galvas reiboni.

Kad trauksmes epizode ir mazinājusies vai beigusies, piemērotā brīdī uzsāciet sarunu par vēršanos pie speciālista – ārsta psihiatra, ārsta psihoterapeita!

Mudini 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 nosaucamo lietu skaitu!

OBSESĪVI KOMPULSĪVI TRAUCĒJUMI (OKT)

Cilvēkam ar obsesīvi kompulsīviem traucējumiem 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 obsesīviem un kompulsīviem traucējumiem 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.



IETEIKUMI IKDIENAS DARBAM

Iegūstiet maksimāli daudz informācijas par obsesīvi kompulsīviem traucējumiem 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 izteikumiem!

Vairieties sniegt pārlietu daudz iedrošinājuma! Cilvēkam ar OKT apkārtējo iedrošināšanas saņemšana ir kā rituāls. To darot atkārtoti, OKT tiek vēl vairāk nostiprināti. Piemēram, klientam var būt uzmācīgas bailes, ka viņš ir kādu nejauši 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

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.



IETEIKUMI IKDIENAS 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 uzklausiet.

Piedāvājiēt savu klātbūtni un jautājiēt, kā varat palīdzēt!

Piedāvājiēt aktivitātes, kas var novērst uzmanību no notikuma!

Nebaidieties runāt par pašnāvības domām! Sarunu par pašnāvības domām jāuzsāk taktiski un saudzīgi. Saruna par šo tēmu neprovocēs cilvēku izdarīt pašnāvību. Bet tā ir iespēja sniegt atbalstu, dot cerību un nodrošināt palīdzību.

Ņemiet vērā, ka atlabšana no šīs psiholoģiskās traumas notiks pakāpeniski, lēnām.

ADAPTĀCIJAS TRAUCĒJUMI

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 dzīves notikumiem. Stresa faktors var būt smags zaudējums, šķiršanās, migrācija, darba zaudējumus, aiziešana pensijā u. tml. Adaptācijas traucējumu izpausmes ir mainīgas: var būt gan depresīvs garastāvoklis, trauksme, miega traucējumi, bažas, sajūta, ka nespēs tikt galā vai turpināt darboties pašreizējā situācijā, nespēja veikt ierastos ikdienas darbus.



IETEIKUMI IKDIENAS DARBAM

Piedāvājiēt savu klātbūtni un jautājiēt, kā varat palīdzēt!

Piedāvājiēt aktivitātes, kas var novērst uzmanību no notikuma!

Palīdziet iespēju robežās atrisināt praktiskas grūtības, adaptējoties jaunajai situācijai!

SOMATOFORMI TRAUCĒJUMI

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 kādu ķermenisku patoloģisku atradni. Cilvēkam ar fiziskām saslimšanām ir līdzīgi simptomi, piemēram, smakšanas sajūta, sāpes krūtīs, svīšana, galvas reiboņi. Traucējošās sajūtas un simptomi lielākoties saistīti ar dažādas intensitātes stresa situācijām.



IETEIKUMI IKDIENAS 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!

2.2.7. Personības traucējumi

EMOCIONĀLI NESTABILA PERSONĪBA

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 pašdestruktīvu rīcību.

ASOCIĀLA PERSONĪBA

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.



IETEIKUMI IKDIENAS DARBAM

Iegūstiet maksimāli daudz informācijas par personības traucējumiem!

Mudiniet vērsties pēc medicīniskas palīdzības un regulāri lietot medikamentus, ja tie ir rekomendēti!

Neproprovocējiet konfliktus un neiesaistieties neaугlīgās 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 GRT, VISPĀRĪGA INFORMĀCIJA PAR ĢIMENI – VISBŪTISKĀKO ATBALSTA TĪKLU PERSONAS AR GRT DZĪVĒ

Pētījumi liecina, ka ģimenes locekļi nodrošina ikdienas aprūpi vairāk nekā 80 % cilvēku ar garīga rakstura traucējumiem, un ģimenes aprūpe joprojām ir galvenais aprūpes veids līdz personas ar GRT 35–45 gadu vecuma sasniegšanai. Tādējādi profesionālajām un sociālajām sistēmām nepieciešams lielāks izpratnes un empātijas dziļums par ģimenes kā atbalsta sistēmas vajadzībām, nekā tas ir pašlaik. Ir svarīgi ņemt vērā, ka neprofesionāla iejaukšanās var nevis sniegt atbalstu ģimenei, bet palielināt ģimenes stresu.



GADĪJUMA APRAKSTS

Ģimenē dzīvo 26 gadus veca meita ar smagiem multifunkcionāliem traucējumiem. Ģimenes apgādnieks – meitenes tēvs – strādā labi atalgotu darbu, un ģimenei nav maznodrošinātas ģimenes statuss. Ģimene nav bijusi sociālās palīdzības lūdzēju situācijā. Tā kā meitene nekad nav apmeklējusi skolu un ģimene nekad nav saņēmusi emocionālo un informatīvo atbalstu, meitenes māte atzīst, ka viņa vairs nespēj ar meitu iziet sabiedrībā, pat vienkāršā pastaigā pa ielu. Neformālas tikšanās laikā ar citiem vecākiem meitenes māte uzzina, ka eksistē dienas aprūpes centrs personām ar smagiem garīga rakstura traucējumiem. Līdz šim neviens no speciālistiem nav ģimenei palīdzējis izprast, cik svarīgi meitai ir saņemt sociālos pakalpojumus un būt sabiedrībā, kā arī nav palīdzējis vecākiem pārvarēt emocionālo barjeru. Māte atzīst, ka viņa ir emocionāli tik ļoti izsmelta, ka nespēj savu meitu vest uz pakalpojumu, un ģimene turpina dzīvot paaugstināta stresa un sociālās izolētības situācijā.

Svarīgi atcerēties, ka ne tikai personas ar GRT nav homogēna grupa, bet arī ģimenes ļoti atšķiras, tāpēc, sniedzot atbalstu ģimenei, uzmanība jāpievērš procesa izpratnei, nevis kategoriskiem faktiem, un ieteicams izvairīties no vispārinājumiem.

Stress, kas saistīts ar situāciju, ka ģimenes locekļiem ikdienā jāsniedz 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 garīga rakstura traucējumu 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.¹³

Rūpes par ģimenes locekli ar garīga rakstura traucējumiem 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 sajūta, skumjas, trauksme un apgrūtinājums sociālajās situācijās, stress, kas saistīts ar izaicinošu uzvedību, un frustrācija, ko izraisa mainīgas attiecības. Subjektīvo 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. Jo smagāki ir personas garīga rakstura traucējumi, jo spēcīgāka var būt depresijas simptomu izpausme ģimenes locekļiem.¹⁴

1. tabula. Tuvinieku atbalstīšanas veidi.

GRT	Riska faktori	Ietekme uz aprūpes sniedzēju
Šizofrēnija	Smaga traucējumu pakāpe, ļoti smagi simptomi, vājš speciālistu atbalsts, slikts sociālo tīklu atbalsts, nepietiekams praktiskais sociālais atbalsts, vardarbība.	Parasti aprūpes sniedzēji ziņo par vainas sajūtu, zaudējuma sajūtu, bezpalīdzību, bailēm, neaizsargātību, trauksmi, aizvainojumu un dusmām.
Demence	Kognitīvā un funkcionālā stāvokļa pasliktināšanās, uzvedības traucējumi, atkarība no palīdzības.	Dusmas, skumjas, vientulība un aizvainojums.
Garastāvokļa traucējumi	Simptomi, izmaiņas ģimenes lomās, bipolārā traucējuma cikliskā daba, mēreni izteikts vai smags nespēks.	Izteikts nespēks, grūtības sociālo un brīvā laika pasākumu īstenošanā, kopējo ģimenes ienākumu samazināšanās, ievērojama spriedze laulības attiecībās. Psiholoģiskās sekas kritiskajos periodos, tās pastāv arī intervālos starp epizodēm. Bipolāru traucējumu gadījumā – sliktāka fiziskā veselība, ierobežota aktivitāte un lielāka veselības aprūpes pakalpojumu izmantošana.

¹³ Ray, J. 2003. Intellectual disability and health. Family issues. *University of Hertfordshire*. <http://www.intellectualdisability.info/family/articles/family-issues>

¹⁴ Shah, A. J., Wadoo, O., Latoo, J. 2010. Psychological Distress in Carers of People with Mental Disorders. *British Journal of Medical Practitioners*. <http://www.bjmp.org/content/psychological-distress-carers-people-mental-disorders>

Psiholoģiskā distresa, kā arī depresijas riski ir saistīti ar aprūpes sniedzēju dzimumu, vecumu, veselības stāvokli un sociālā atbalsta trūkumu (sk. 2. tab.).

2. tabula. Ģimenes locekļu psiholoģiskā distresa riska faktori.

Riska faktors	Ietekme
Dzimums	Nodrošinot aprūpi ģimenes locekļiem, depresijas līmenis sievietēm ir augstāks nekā vīriešiem.
Vecums	Aprūpes sniedzēju vīriešu rīcībā izpaužas vairāk “vadības” stils, kas dod iespēju vairāk distancēties no stresa situācijām, daļēji deleģējot uzdevumus kādam citam.
Aprūpes sniedzēja veselības stāvoklis	Aprūpes sniedzēja veselības stāvoklis ir atzīts par nozīmīgu faktoru aprūpes sniedzēja iespējamās depresijas attīstībā. Paaugstināts depresijas risks, nenoliedzami, atstāj ietekmi arī uz aprūpes sniedzēja fiziskās veselības stāvokli. Pētījumi pierāda, ka aprūpes sniedzējiem pastāv augstāks hipertensijas attīstības risks, kā arī paaugstināta tendence nopietnu slimību attīstībai un paaugstināts mirstības risks.
Etniskā piederība	Etniskā piederība var būtiski ietekmēt aprūpes sniedzēju pieredzi un līdz ar to arī stresa līmeni.
Sociālais atbalsts	Sociālā atbalsta atbilstība būtiski ietekmē atbalsta sniedzēja stresa līmeni. Lielāka sociālā atbalsta gadījumā konstatējama zemāka depresīvā simptomātika un mazāks psiholoģiskais slogs. Sociālajam atbalstam ir vēl papildu svarīgas funkcijas. Ģimenes locekļi var uzzināt par pakalpojumiem no citiem cilvēkiem, kuri iepriekš šos pakalpojumus izmantojuši, un veidot neformālo tīklojumu ar citām personām, kuras atrodas līdzīgā situācijā.

Jāuzsver, ka faktori, kas saistīti ar ģimenes locekļu psiholoģisko distresu, ir personas ar GRT uzvedības traucējumi, fiziski traucējumi, kognitīvi traucējumi un bailes, ka viņu radnieki 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 ģimenes locekļu, kuri nodrošina aprūpi, ticamāks 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.



GADĪJUMA APRAKSTS

Jauns vīrietis ar intelektuālās attīstības traucējumiem apmeklē dienas aprūpes centru un pirms neilga laika ir sācis izmantot grupu dzīvokļu pakalpojumu. Vīrieša ikdienas dzīvi līdz šim ir kontrolējusi viņa māte. Dzīvojot grupu dzīvoklī, vīrietis veido draudzīgas attiecības ar pretējā dzimuma pārstāvēm. Māte ir ārkārtīgi satraukta par savu dēlu un par to, ka viņš veido attiecības ar sievietēm, tāpēc periodiski ierodas pie viņa grupu dzīvoklī, apzināti izprovocējot uzvedības traucējumus, lai varētu vīrieti ievietot psihiatriskās ārstniecības iestādē. Māte uzskata, ka tikai tad, ja dēls ir ārstniecības iestādē, viņa var būt mierīga par savu dēlu. Māte cenšas panākt dēla ievietošanu ilgstošas aprūpes iestādē, jo uzskata, ka dēlam būs drošāk, ja viņam būs mazāk iespēju būt sabiedrībā. Dēls pretojas ievietošanai iestādē un cenšas izvairīties no saskarsmes ar māti. Tas būtiski paaugstina mātes trauksmi, un viņai pasliktinās veselības stāvoklis.

Nemot 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 personas garīga rakstura traucējumiem. Tās paaugstina ģimenes locekļu kompetences sajūtu un palīdz realistiskāk 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.

IETIECAMĀS INTERVENCES PIEEJAS

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 sadarbībā ar pakalpojuma sniedzēju vai sociālo darbinieku u. c. Tas var palīdzēt ģimenes locekļiem strukturēt ikdienas aprūpes procesu, tā mazinot stresa pakāpi aprūpes procesa nodrošināšanā.

Izglītības un emocionālā atbalsta apvienojums. Viens no raksturīgiem izglītības un emocionālā atbalsta apvienojuma piemēriem ir atbalsta grupas. 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 atspazs no draudžu brīvprātīgajiem, kuriem pašiem bijusi pieredze aprūpes sniegšanā tuviniekam ar garīga rakstura

traucējumiem. 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 garīga rakstura traucējumiem uzvedības izpausmes var radīt situācijas, ar kurām aprūpes sniedzējiem ir grūti sadzīvot. Šādās situācijās palīdzošas var būt dažādas uzvedības traucējumus mazinošas metodes / terapijas. Kā ieteicamais speciālists uzvedības traucējumus mazinošas terapijas ieteikšanai var būt psihologs.

Psihoterapija.¹⁵ 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 garīga rakstura traucējumiem, īpaši gadījumos, ja personai ir uzvedības traucējumi, būtu ieteicams saņemt psihoterapeita pakalpojumu.

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

“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, 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 piedzimtu 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 trīsriteņiem, 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.

Vecākiem bieži liekas, ka viņu pašu dzīve ir beigusies un atliek tikai gaidīt pensiju. Viņi skumst par savu jaunību un garām palaistajām dzīves izdevībām.

Ja jūtas tiek apspiestas un glabātas dziļi sevī, ja tās netiek izteiktas, birst konflikts. Tas var novest pie psihosomatiskām saslimšanām un negatīvi ietekmēt attiecsmi 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

Par psihisku krīzi uzskatāma tāda dzīves situācija, kad indivīda iepriekšējās pieredzes un apgūtie reakciju veidi ir nepietiekami, lai saprastu aktuālo stāvokli un psihiski tiktu ar to galā (pēc I. Kulberga).

¹⁵ Shah, A. J., Wadoo, O., Latoo, J. 2010. Psychological Distress in Carers of People with Mental Disorders. *British Journal of Medical Practitioners*. <http://www.bjmp.org/content/psychological-distress-carers-people-mental-disorders>

Ja cilvēku piemeklē zaudējums, nelaime, ja viņu pazemo vai viņš jūt draudus, ka tas varētu notikt, cilvēka eksistences pamati sašķobās. Cilvēks jūtas nevērtīgs, neveiksmīgs, citiem nepatīkams. Cilvēku pārņem totālas vientulības izjūta un izjūta, ka viņš ir izrauts no agrākās dzīves, piederības pie iepriekšējās sabiedrības.

Krīzes situācija iestājas, kad vecāki uzzina, ka viņu bērnam ir funkcionālie traucējumi.

Katra bērna attīstība ir atkarīga no ģimenes sniegtās drošības sajūtas, 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 ne. Viss, ko apkārtējie cilvēki un sabiedrība var dot vecākiem praktiska un psiholoģiska atbalsta veidā, palīdz viņiem gūt spēkus bērna attīstības veicināšanai.

Saskarsmē ar nelaimes skartu ģimeni vai bērnu ar smagiem funkcionāliem traucējumiem rodas dažādas emocijas, un tās var vecākiem kļūt par šķērslī saņemt profesionālu palīdzību.

FĀZES PĀRBĪDĪŠANA

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 bērna traucējumi saistās ar dzemdībām, tēvs parasti nonāk pakārtotā stāvoklī, jo pirmās saites ar bērnu sāk veidot māte. Ja problemātisks ir mātes veselības stāvoklis, pirmais ar bērnu kontaktējas tēvs.

Tas, ka vecāki kontaktu ar bērnu neveido vienlaikus, nav nekas neparasts. Speciālisti viņiem var palīdzēt, radot iespēju abiem mierīgi pabūt kopā ar bērnu. Ja tas nenotiek, vecāki reizēm arī skumju procesu turpina neritmiski, un tas var novest pie domstarpībām un šķelšanās.

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, iekams tēvs pārorientējies, viņā 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 bērns ir viņu kopīgo rūpju objekts, viņi aprūpi var veikt dažādā ritmā. Viens no viņiem var nogurt un nopūlēties daudz vairāk. Tas noved pie savstarpējo attiecību nodēdēšanas. 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

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.

Ja bērnam ir simboliska nozīme kā vecāku sievišķības un vīrišķības apstiprinājumam, viņa problēmas var negatīvi ietekmēt vecāku pašapziņu. Ja starp vecākiem attīstās sakaitināta un pārmērīga kritikas

atmosfēra, arī tā mazina pašapziņu. Abi šie faktori var novest pie vecāku intīmās dzīves pasliktināšanās. Vīrietim nepieciešams speciālista padoms, kā mierināt sievu, kā praktiski uzņemties viņas darba daļu. Kad sievietei liekas, ka viņu redz un novērtē, un pasargā vājuma mirkli, viņa atgūst spēku un enerģiju arī sievišķībai, kas nepieciešama, lai funkcionētu abu intīmā dzīve.

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 tēvā var izraisīt lielu nemieru, trauksmi un stresu, domājot par nākotni. Parasti ģimenes situācija ar laiku normalizējas.

LOMU MAINĀ

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 plānošana, disciplinētība un spēja iepriekš paredzēt situācijas. Cilvēkam, kurš pieradis rīkoties spontāni un paļauties mirkļa iegribām, nav viegli uzsākt pārdomātu un kontrolējamu dzīvesveidu.

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. Vēl citi uzskata, ka viņi vislabāko palīdzību var saņemt no līdzīgām ģimenēm, kurās aug bērni ar funkcionāliem traucējumiem. Vecāku savstarpējā atbalsta grupas veidojas bieži, un apmaiņa ar pieredzi starp cilvēkiem, kas dziļi saprot cits citu, ir savstarpēji bagātinoša un stiprinoša. Ģimenes, kas izdzīvojušas situācijās, kad sliktāk vairs nevar būt, spēcina arī pārējās brīžos, kad grūtības šķiet nepārvaramas.

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, 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, un 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 saistās.

Ģimenei jānodrošina tās locekļu kopības sajūta, pašapziņa un individuālās attīstības iespējas. Jo lielāks stress un darba apjoms, jo šīs iespējas samazinās.

Ģimenes psihoterapeits Salvadors Minuhins (*Salvador Minuchin*)¹⁶ aprakstījis četras strukturālas iezīmes, kas raksturīgas ģimenēm, kuru locekļiem parādās psihosomatisku simptomu attīstības tendence. Šīs četras iezīmes ir: samezglojumi, pārmērīga aizsardzība, nepietiekama elastība un konfliktu risināšanas piemēru trūkums.

Samezglojumi. 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.

¹⁶ Miller, A. 2011. Salvador Minuchin on family therapy. *Psychotherapy.net*, LLC. <https://www.psychotherapy.net/data/uploads/5113e45715ce5.pdf>

Cita samezglojumu 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 jutīgi pret kritiku. Speciālistiem jāzina, ka pat mazliet tiešāki jautājumi vai atbalstoši padomi šajās ģimenēs ne reti tiek uztverti kā kritika.

Atteikšanās no bērna aprūpes prevencija. Prevencijas pamata princips ir fakts, ka 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 lomu.

Joprojām pārāk bieži iemesls bērna šķiršanai no ģimenes ir nabadzības izraisītas sekas. Sabiedrībā valdošos stereotipus un aizspriedumus raksturo uzskats, ka bērniem ar smagiem funkcionāliem traucējumiem labāka aprūpe ir ārpusģimenes aprūpes iestādē, jo tur pieejami speciālisti, kurus ģimenei var būt grūtības sasniegt ierobežotu resursu dēļ.

Svarīgi atcerēties, ka ikvienai ģimenei, kurā ienācis bērns ar funkcionāliem traucējumiem, ir nepieciešams atbalsts un spēcīgums. Lai novērstu bērnu nošķiršanu no ģimenes un nodrošinātu ģimenes spēju uzņemties bērnu ar funkcionāliem traucējumiem audzināšanu, ģimenei jānodrošina vispusīgs atbalsts, arī nepieciešamie resursi. Tie var būt gan materiālie, gan finansiālie resursi, gan pakalpojumi. Vienlaikus ir jāuzsāk intervences plānošana, ņemot vērā, ka ģimenei dabīgo funkciju īstenošanai intervence būs nepieciešama ilgstoši.¹⁷

3.3. ĢIMENES SISTĒMAS

Kad runa ir par ģimeni, tā jāuztver kā sistēma. Salvadors Minuhins ir izstrādājis strukturālo ģimenes teoriju. Ja ģimeni apskata no sistēmteorētiskā viedokļa, tās būtiskākās iezīmes ir šādas:

- kopums ir lielāks par daļu summu;
- pārējie locekļi var kompensēt viena locekļa neuzticību;
- viena ģimenes locekļa novirzes izraisa novirzes arī citos ģimenes locekļos;
- komunikācija starp ģimenes locekļiem notiek gan verbālā, gan neverbālā līmenī, turklāt neverbālajam bieži ir spēcīgāka ietekme.

¹⁷ Application of the Guidelines for the Alternative Care of Children. *Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (RELAF) with the Cooperation of the United Nations Children's Fund (UNICEF)*. 2010. <https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/4990.pdf>

DISFUNKCIONĀLAS ĢIMENES

Disfunkcionālās (slikti funkcionējošās) ģimenes nespēj apmierināt atsevišķo indivīdu pamatvajadzības. Iemesls var būt gan fakts, ka vecākiem ir dažādas emocionālās vajadzības un pagātne, gan tas, ka viņi neapzināti sasaista un nobloķē viens otru. Tā rezultāts ir struktūras, kuras nepieļauj veiksmīgu komunikāciju. Turklāt var iestāties krīzes, notikt nelaimes gadījumi, kuri atsedz slēptās, disfunkcionālās struktūras. Ģimenes locekļa garīga rakstura traucējumi vienmēr kļūst par smagu pārbaudījumu ģimenes locekļu savstarpējai solidaritātei. Savu iesaisti var atstāt arī bezdarbs, slimības un citi ārēji faktori.

Ģimenes sistēma ir slēgta. Tas nozīmē, ka ārpusē stāvošie netiek ielaisti aiz “neredzamajiem mūriem”. Par sevi un otru netiek runāts ar citiem cilvēkiem. Vienlaikus rodas stingras ģimenes locekļu savstarpējās lojalitātes prasības, un pret tiem ģimenes locekļiem, kuri šo lojalitāti pārkāpj, vai cilvēkiem, kuri mēģina ielauzties ģimenes sistēmā, piemēram, ģimenes terapeitu, tiek vērsta vētrains reakcija.

Bērns (nepilngadīgs vai pilngadīgs) kā partnera aizstājējs. Saītes starp vecākiem šajā gadījumā ir apdraudētas, un bērns vienam vai abiem vecākiem ir kļuvis par emocionāli svarīgāku partneri nekā laulātais draugs. Tas var izpausties uzticībā, atklātā lielākas labvēlības izrādīšanā vai smalkos gājienos, kuri sasaista un korumpē bērnu, un izraisa atbildes reakciju un skaudību pārējos ģimenes locekļos.

Pārmērīga iesaiste. Nepastāv skaidras robežas starp atsevišķo ģimenes locekļu identitātēm. Tas bieži ir novērojams ģimenēs, kurās ir persona ar GRT ar tieksmi uz psihozi, un vecākiem šķiet, ka viņi zina, kas norisinās cilvēkā, un atbilstīgi rīkojas.

Sastingušas lomu robežas. Ģimenes locekļiem ir piešķirtas dažādas lomas, no kurām tie nevar iziet. Šīs lomas var būt, piemēram, pastiprināti izteiktas konvencionālās dzimumu lomas, kuras nozīmē, ka dažas nodarbošanās ir nesaraujami saistītas ar bioloģisko dzimumu. Var arī gadīties, ka ir stingri noteikts, kurš drīkst paust kādas emocijas, kurš sadala sodus, kurš ir ģimenes “melnā avs” u. tml.

Triangulācija. Trešais ģimenes loceklis darbojas kā stabilizators attiecībās ar diviem citiem (parasti – vecākiem) uz savas veselības rēķina. Ja starp vecākiem izveidojas aizvien pieaugoša spriedze, var, piemēram, gadīties, ka bērns pusaudzā vecumā vairākas reizes mēģina izdarīt pašnāvību, sāk lietot spēcīgas iedarbības narkotikas vai varbūt badojas, tad uzmanība tiek pilnībā koncentrēta uz šo trešo pusi, bērns kļūst par visu rūpju objektu, un spriedze starp vecākiem samazinās. Nebūtu nekādas jēgas nodarboties tikai ar šo bērnu, nesaskatot, ka viņš darbojas citu uzdevumā.

Grēkāža lomas mērķis ir novērst konfliktus, uzvelot kādam upura un samierināšanās funkcijas. Grēkāža loma palaikam tiek piešķirta arī ģimenes loceklim, kurš pārmērīgi lieto alkoholu, vai tam no vecākiem, kurš ir izraudzīts par “histēriķi” vai “stulbeni”.

Vainas uzvelšana ir sensens ģimenes locekļu kontroles līdzeklis. Kā to dara? Viens veids ir nekad nesadusmoties, bet gan “noskumt”. Vaina sasaista un soda efektīvāk nekā dusmas, kuras tūlīt padara konfliktu abpusēju. Tas ģimenes loceklis, kuram ir spējas uzvelt vainu, vienmēr ir īstais līderis, lai gan formāli līderis ir kāds cits. “Jā, protams, mēs darīsim tā, kā tu vēlies, bet vasara ir sabojāta.”

Bērnam tiek piešķirta aizvietotāja funkcija. Tā nozīmē, ka atklāti vai klusuciešot bērns tiek izraudzīts, lai realizētu to, ko vecāki paši nekad nav sasnieguši, bet par ko ir sapņojuši. Kļūt slavenam, veidot akadēmisku karjeru, kļūt par ārstu u. tml. Prasība gūt panākumus var kļūt postoša bērnam, ja prasības saturs neatbilst paša bērna dziļākajiem nodomiem un spējām. Var arī gadīties, ka bērnam tiek uzkrautas tās asociālās darbības, par kurām vecāki slepus ir sapņojuši, piemēram, realizēt sevi seksuāli vai noniecināt izglītību un karjeru. Tāpat dažkārt var novērot, ka bērns pārņem vecāku pusgatavo politisko vai ideoloģisko ievirzi un realizē to ekstrēmā pakāpē. Šādi bērns apmierina vecāku slepeno “es” ideālu, lai gan apzināti viņa uzvedība tiek uztverta kā atbaidošā un nepatīkama.

Ir vairākas pazīmes, kas raksturo un palīdz atšķirt veselu no disfunkcionālas ģimenes.

Funkcionāla ģimene:

- drīzāk biedriska, nekā opozicionāra;
- ciena separātismu un individualitāti;
- atklāta un skaidra komunikācija;

- noteiktas, vienādas vecāku prasības;
- elastīga, pārspriežama kontrole un vadišana;
- spontāna mijiedarbība un humors.

Disfunkcionāla ģimene:

- rigida komunikācija;
- vecāku prasības pretējas, nav vienotības prasībās;
- vienvara, horizontāla varas struktūra;
- nerisina konfliktus, izvairās par tiem runāt, daudz slēptu reakciju;
- stingras robežas (neļauj ģimenes locekļiem brīvi izpausties).¹⁸

Ģimenēs var būt labvēlīgs vai nelabvēlīgs ģimenes emocionālais klimats (sk. 3. tab.).

3. tabula. Ģimeņu, kurās ir emocionāli labvēlīgs un kurās ir emocionāli nelabvēlīgs klimats, pazīmes.

Emocionāli labvēlīgs klimats ģimenē	Emocionāli nelabvēlīgs klimats ģimenē
Ģimenes locekļi labprāt uzklausa cits citu.	Diktatūra.
Ģimenes locekļi prot risināt konfliktus vai cenšas to darīt.	Nerisina konfliktus, bērni vecākus izmanto savstarpējai komunikācijai.
Ģimenes locekļi palīdz cits citam uzturēt pozitīvu pašcieņu.	Negatīva pašcieņa, ģimenē nav pieaugušā, kuram bērns gribētu līdzināties.
Labvēlīga atmosfēra ģimenē.	Pieaugušie bērniem uzkrāj savu atbildību.
Ir skaidras vērtības un robežas.	Neskaidras vērtības un robežas.
Sadalīti saimnieciskie pienākumi.	Saimnieciskie pienākumi nevienlīdzīgi sadalīti, bērnu dalīšana.
Tradīcijas un kopīga atpūta.	Maz pavada kopā brīvo laiku.
Atklāti runā par jūtām.	Domas un jūtas neizsaka vai izsaka nepiemērotā veidā.
Vienādi likumi un noteikumi visiem ģimenes locekļiem.	Netaisnīgi izstrādāti noteikumi, dažādas vardarbības formas.

Ikvienai ģimenei ir vairākas funkcijas, kuras jāspēj īstenot:

- socializācijas funkcija (sociālo iemaņu attīstīšana);
- aprūpes funkcija (primāro vajadzību nodrošināšana);
- mīlestības funkcija (verbāla un neverbāla mīlestība);
- reprodūktīvā funkcija (dzimtas turpināšana);
- statusa veidošanas funkcija.

Faktori, kuri veicina speciālista sadarbību ar ģimeni:

- sadarbība balstās 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;

¹⁸ Skynner, R. 1996. *Family Matters: A Guide to Healthier and Happier Relationships*. Cedar, 194.

- par jebkuru ģimenes locekli jāspēj pateikt ko pozitīvu – katram vecākam viņa bērns, vienlīdz nepilngadīgs vai pilngadīgs, ir vissvarīgākais, vislabākais, gudrākais un talantīgākais;
- ja saruna nav ievirzījusies pozitīvā gultnē, tā tomēr jābeidz pozitīvi, lai vecāki neaizietu sarūgtināti, dusmīgi, ar negatīvu viedokli;
- speciālistam jāparāda, ka ir ieinteresēts ģimenes dzīvē (vienaldzība uztrauc visvairāk).

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

3.3.1. Nepilngadīgu un pilngadīgu bērnu ar GRT vecāki, brāļi un māsas

NEPILNGADĪGU BĒRNU AR GRT VECĀKI, BRĀĻI UN MĀSAS

Bērnu ar garīga rakstura traucējumiem ģimenes locekļi – vecāki, brāļi un māsas – bieži sastopas ar dažādiem izaicinājumiem ikdienas dzīvē. Viens no lielākajiem izaicinājumiem ir vecāku sociālā izolācija. Draugi un plašākās 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 garīga rakstura traucējumiem. 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 bērnā, 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 sajūtu par masu vai brāli ar GRT un vajadzību bērniem bez GRT izbaudīt patiesu bērnību, tādu bērnību, kurā brāļiem un māsām nebūtu jāisteno vecāku aizvietotāju loma.



GADĪJUMA APRAKSTS

K. ir jauniešs ar dziļiem garīga rakstura traucējumiem, 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, kaut arī jāizdod papildu finanšu līdzekļus.

Bērna ar GRT vecāki parasti izjūt hronisku dezorientāciju attiecībā uz gaidām, kas saistās ar bērna audzināšanu. Tā bieži rezultējas vecāku vēlmē meklēt dažādus “brīnumlīdzekļus”, piemēram, terapijas, kuras nav zinātniski un klīniski validētas, lai mēģinātu mazināt vai izārstēt bērna garīga rakstura traucējumus, turklāt netiek pievērsta pietiekama uzmanība pedagoģiskām pieejām un bērna ikdienas prasmju apguvei, kas ir būtiskas bērna turpmākajai dzīvei sabiedrībā.

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 konflikta situācijas, 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.¹⁹ Šim atbalstam jābūt sistemātiskam un pēctecīgam, kā arī tas jāsāk sniegt agrīni – uzreiz pēc funkcionālo traucējumu konstatācijas. Svarīgi, ka atbalstu nedrīkst pārtraukt arī gadījumā, ja ģimenei ir grūtības sadarboties.



GADĪJUMA APRAKSTS

Jaunietis ar dziļiem garīga rakstura traucējumiem un smagu autismu uzsāk apmeklēt dienas aprūpes centru. Pirms tam jaunietis izglītību ir ieguvis speciālās izglītības iestādē, kura mācības nodrošināja mājniecībā. Vecāki ir pensionāri un pieraduši, ka jaunietis uzturas tikai mājas vidē. Dienas aprūpes centrs ir piemērots un atbilstošs jaunieša vajadzībām. Laikā, kamēr jaunietis apmeklē dienas centru, ir vērojama pozitīva dinamika uzvedībā un attīstībā. Vecāki izvēlas pārtraukt pakalpojumu, skaidrojot, ka dēlam pasliktinās veselības stāvoklis. Speciālistu sarunas ar vecākiem laikā ir jūtamas vecāku bažas par vecāku lomas mazināšanos, jo dēls jūtas labi dienas aprūpes centrā. Sociālajam darbiniekam ģimene būtu periodiski jāapmeklē mājās, lai veicinātu vecāku izpratni par dienas nodarbinātības aktivitāšu nozīmi pieaugušas personas ar GRT dzīves kvalitātes nodrošināšanā.

PILNGADĪGU BĒRNU AR GRT VECĀKI, BRĀĻI UN MĀSAS

Ir vairāki iemesli, kāpēc pilngadīgu bērnu ar GRT vecāki dzīvo kopā ar saviem pieaugušajiem bērniem un ikdienā turpina sniegt viņiem aprūpi un atbalstu. Viens no iemesliem ir vecāku uzskats, ka tas ir viņu pienākums nodrošināt savai meitai / dēlam visu nepieciešamo un ka tā ir arī bērna izvēle. Šī vecāku atbildības sajūta bieži ir sasaistē ar pārliecību, ka nav alternatīvu (vai alternatīvas ir nepieņemamas). Papildu minētajai motivācijai vecāki bieži vien redz abpusēju labumu viņu situācijai, piemēram, dažādu pabalstu un arī emocionālā atbalsta veidā. Bez šiem ārējiem aspektiem, vecākiem mēdz būt personīgi ieguvumi no aprūpes lomas nodrošinātāja, tajā skaitā personīgā izaugsme un uzlabotas ģimenes attiecības. Svarīgi atzīmēt, ka bieži mēdz būt situācijas, ka vecāki vairs nedzīvo kopā ar savu pieaugušo bērnu ar GRT, tomēr cenšas aktīvi iesaistīties meitas / dēla dzīvē. Līdz ar to ne pozitīvās emocijas, ne stresa situācijas nebeidzas, pieaugušai personai ar GRT atstājot vecāku mājas.

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 pakalpojumi, kurus saņem viņu meita / dēls, būtu atbilstošas kvalitātes. Vecākiem var būt grūtības iesaistīties situāciju risināšanā gadījumā, ja viņu pieaugušai meitai / dēlam pasliktinās veselības stāvoklis, attīstās izaicinoša uzvedība, un tāpēc ir nepieciešams mainīt pakalpojumu.

¹⁹ Bauman, S. 2004. *Parents of children with mental retardation*. <https://drum.lib.umd.edu/bitstream/handle/1903/1954/umi-umd-1903.pdf;sequence=1>

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, ka 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.

Viena no jomām, kurā bieži rodas vecāku un speciālistu domstarpības, ir personas ar GRT seksualitāte.

Vecāki, kuri dzīvo kopā ar pilngadīgu personu ar GRT, bieži atrodas ārpus darba tirgus, tāpēc viņi piedzīvo daudz izteiktāku sociālo izolāciju nekā citi tā paša vecuma sabiedrības pārstāvji. 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.²⁰

Pilngadīgu personu ar GRT vecāki novoco 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 piedomāt 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.²¹

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, 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.

Jāņem vērā, ka mēdz būt arī noraidoša un negatīva attieksme no māsu un brāļu puses, īpaši, ja personai ar GRT ir izteikti izaicinoša uzvedība.

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.²²

3.3.2. Persona ar garīga rakstura traucējumiem kā vecāka lomas īstenotājs

Vēsturiski ilgstoši pastāv bažas par cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem, kuri kļūst par vecākiem. Speciālistu un aprūpētāju vidū šāda iespēja raisa debates un paaugstina trauksmi. Grūtnieces, kurām ir intelektuālās attīstības traucējumi, 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 intelektuālās attīstības traucējumiem biežāk dzīvo nabadzībā, ir izolētāki no sabiedrības un viņiem ir sliktākas vecāku lomas modelēšanas prasmes, ir sarežģīta attiecību vēsture, nepietiekams sociālais atbalsts un paaugstināts

²⁰ 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, 282–303.

²¹ Cuskelly, M. 2006. *Parents of Adults with Intellectual Disability: Family Matters*. Australian Institute of Family Studies, 74. <https://aifs.gov.au/sites/default/files/mc.pdf>

²² Leane, M., Kingston, A., Edwards, C. 2016. Adult Siblings of Individuals with Intellectual Disability / Autistic Spectrum Disorder: Relationships, Roles & Support Needs. *School of Applied Social Studies, UCC*. <http://nda.ie/nda-files/Adult-Siblings-of-Individuals-with-Intellectual-Disability-Autistic-Spectrum-Disorder-Relationships-Roles-Support-Needs.pdf>

psiholoģiskais stress. Viss iepriekš minētais, protams, ietekmē vecāku spēju apmierināt bērnu audzināšanas prasības. Tomēr vienlaikus ir arī skaidrs, ka pakalpojumos ne vienmēr tiek vērsta pietiekama uzmanība uz faktoriem “ārpus” intelektuālās attīstības traucējumiem, un 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, bērnu audzināšanu, jābalstās uz spēju izvērtējumu katrā individuālā gadījumā, nevis jāvērtē tikai IQ līmeni, 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.²³ 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 interence 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, 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 atspazs 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.

²³ Baum, S. 2014. Parents with Intellectual Disabilities. *University of Hertfordshire*. <http://www.intellectualdisability.info/family/articles/parents-with-intellectual-disabilities>

²⁴ Turpat.

²⁵ How Siblings and Offspring Deal with Mental Illness. *National Alliance on Mental Illness*. http://namimd.org/uploaded_files/496/Siblings___Offspring_KSF.pdf

Analizējot grupas intervences efektivitāti attiecībā uz vecāku ar intelektuālās attīstības traucējumiem attiecību veidošanas prasmēm, secināts, ka grupas darba laikā personas ieguvušas jaunus draugus, paplašinājis 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.²⁴

3.3.3. Vecāku ar psihosociāliem 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.²⁵ 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 tiek pārņemts uzvedības modelis.

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

3.3.4. Vecāku ar intelektuālās attīstības traucējumiem bērni

Personas ar intelektuālās attīstības traucējumiem bieži tiek uztvertas kā mazāk kompetentas, pastāv uzskats, ka viņu vecāku prasmes nav pietiekamas, lai spētu veiksmīgi audzināt bērnus.

Pētījumi apliecina, ka bērni, kuru vecākiem ir intelektuālās attīstības traucējumi, sāk apzināties savu vecāku atšķirību, sasniedzot skolas vecumu.²⁶ 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 skolasbiedru puses. Tomēr pētījumi liecina arī to, ka mātes mīlestība atsver šos aizskārumus.²⁷

Bērnam pieaugot, sajūtas attiecībā pret vecākiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem var mainīties. Tās var svārstīties no mīlestības līdz dūsmām 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 tā 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.

²⁶ Collings, S., Llewellyn, G. 2012. Children of parents with intellectual disability. Facing poor outcomes or faring okay? *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. https://www.researchgate.net/publication/221801120_Children_of_parents_with_intellectual_disability_Facing_poor_outcomes_or_faring_okay

²⁷ Turpat.

Vecāku ar intelektuālās attīstības traucējumiem bērniem bieži nākas uzņemties vairāk pienākumu mājās nekā viņu vienaudžiem.²⁸

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 vecāku ar intelektuālās attīstības traucējumiem²⁹ 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 mājās vidē, bet arī sociālais un kopienas konteksts.

Nepieļaujama ir pieņēmumu veidošana par to, ka vecāku ar intelektuālās attīstības traucējumu bērniem ir ierobežotas spējas. Bērniem ir jānodrošina visi attīstībai nepieciešamie stimuli, arī iespējas mācīties vispārizglītojošās skolās.

3.4. ATBALSTS TUVINIEKIEM, KAS APRŪPĒ PERSONU AR GRT

Tuviniekiem, kas ikdienā aprūpē personu ar garīga rakstura traucējumiem, nepieciešams daudzveidīgs atbalsts – materiālie resursi, finansiāls atspajds, emocionāls un informatīvs atbalsts. Nozīmīga atbalsta forma tuviniekiem ir sociālo pakalpojumu nodrošināšana personai ar GRT (sk. 4. tab.).

4. tabula. Tuvinieku atbalstīšanas veidi.

Atbalsta veids	Iespējamā atbalsta piemēri
Emocionālais atbalsts	Pašpalīdzības grupas / atbalsta grupas.
Uzticības tālrunis, psiholoģiskā konsultēšana	Nerisina konfliktus, bērni vecākus izmanto savstarpējai komunikācijai.
Informatīvais atbalsts	Apmācības.
Informatīvie materiāli	Pieaugušie bērniem uzkrāj savu atbildību.
Finansiālais atbalsts	Naudas pabalsti.
Sociālie pakalpojumi	Atelpas brīdis.

²⁸ Parents with intellectual Disabilities: Past, present and future. Gwynnyth, L. et al. eds. 2010. 63–78.

²⁹ Gilhuber, C. 2017. How children of parents with intellectual disabilities experience their everyday life. *Digitala Vetenskapliga Arkivet*. <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:1111222/FULLTEXT01.pdf>

4

Sociālajam darbiniekam nepieciešamās vērtības, pamatzināšanas un prasmes darbā ar pilngadīgām personām ar GRT

4.1. SOCIĀLĀ DARBA PAMATVĒRTĪBAS DARBĀ AR PILNGADĪGĀM PERSONĀM AR GRT

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 vērtības ir stabilas, un tās pamatotas ar starptautiskiem un vietēja līmeņa dokumentiem. Tomēr laika gaitā sociālā darba vērtības var mainīties. Šīs profesionālās vērtības attiecas uz darbu ar jebkuru mērķa grupu un paliek arī nemainīgas darbā ar personām ar GRT. Tomēr darbs ar jebkāda veida marginalizētu grupu prasa no sociālā darbinieka pastāvīgu apzināšanos un reflektēšanu par to, kā šīs vērtības tiek īstenotas viņa darbā: vērtības dažreiz viegli pazūd, jo tās ietekmē stereotipi, kas tiek izplatīti sabiedrībā. Tāpēc dažu vērtību īstenošana darbā ar personām ar GRT prasa vairāk pūļu.

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.³⁰

Redzams, ka prakse ar konkrētām klientu grupām, analizējot to no vērtību viedokļa, parāda profesionālās kopienas kopējos aizspriedumus. Piemēram, runājot par darbu ar personām ar GRT, visā pasaulē novērojams, ka lielākā daļa profesionāļu centīsies izvairīties no darba ar cilvēkiem, kam ir smagi garīga rakstura traucējumi. Tāpat izplatīta ir vispārēja tendence, ka profesionāļiem, kas strādā ar šo iedzīvotāju grupu, nav pietiekoši daudz kompetences, lai veiksmīgi pildītu savus pienākumus, nav pietiekami daudz resursu, lai attīstītu savu kompetenci, un viņiem parasti ir zems atalgojums par spīti grūtajam darbam.³¹

Tādēļ ļoti svarīgi no vērtību viedokļa analizēt praksi ar personām ar GRT. Apkopoti jautājumi, kuri varētu rasties un par kuriem ir vērts padomāt brīdī, kad sociālais darbinieks sāk strādāt ar personām ar GRT (sk. 5. tab.).

³⁰ The NASW Code of Ethics. *National Association Of Social Workers*. 2017. <https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English>

³¹ Bensdorf, J. W. Mental Health Forum: Social Work Values and Ethics in Step with Recovery from Mental Illness Paradigm. *National Association of Social Workers*. <http://naswil.org/news/chapter-news/featured/mental-health-forum-social-work-values-and-ethics-in-step-with-recovery-from-mental-illness-paradig/>

5. tabula. Sociālā darba vērtības, to vispārējs skaidrojums.

Vērtības	Vispārējs skaidrojums	Refleksīvi jautājumi par vērtībām darbā ar personām ar GRT
Kalpošana	Sociālie darbinieki uzskata, ka kalpošana citiem cilvēkiem ir svarīgāka par viņu interesēm; viņi piedāvā savas prasmes un zināšanas visiem cilvēkiem, kuriem tās ir nepieciešamas.	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?
Sociālais taisnīgums	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. Sociālie darbinieki rūpējas par pieeju nozīmīgai līdzdalībai lēmumu pieņemšanā visiem cilvēkiem. Sociālie darbinieki strādā kopā ar personām, lai sasniegtu sociālas pārmaiņas.	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?
Cilvēka cieņa un vērtība	Sociālie darbinieki kalpo visiem cilvēkiem neatkarīgi no atšķirībām un ar cieņu izturas pret citiem, ievērojot individuālās atšķirības un kultūru, un etnisko daudzveidību. Viņi ciena un veicina cilvēku tiesības pieņemt sociāli atbildīgus, autonomus lēmumus, un ētiski risina dilemmas, kas radušās no šīs darbības.	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	Sociālie darbinieki uzskata attiecības kā personisko un sociālo pārmaiņu līdzekli. Sociālie darbinieki cenšas stiprināt cilvēku savstarpējās attiecības, veidot partnerību ar klientiem.	1. Vai palīdzam personām ar GRT pretoties izolācijai, veidot jaunas attiecības un atbalstīt vecās? 2. Vai atbalstām un attīstām partnerību ar klientiem ar GRT?

Tabulas turpinājumu sk. 51. lpp.

Vērtības	Vispārējs skaidrojums	Refleksīvi jautājumi par vērtībām darbā ar personām ar GRT
Integritāte	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.	1. Vai vienmēr paturam prātā profesijas misiju, vērtības, ētikas principus, strādājot ar personām ar GRT? 2. Vai vienmēr cenšamies noliedzoši izturēties pret neētisku praksi, ko veicam paši, mūsu kolēģi vai organizācijas, ja runa ir par sociālo darbu ar personām ar GRT?
Kompetence	Sociālie darbinieki praktizē tikai savas kompetences jomās un veic nepārtrauktus pasākumus, lai uzlabotu savas zināšanas un spējas profesionālam darbam.	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”.³² Svarīgi uzsvērt, ka vieni un tie paši ētikas standarti attiecas uz 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 nesen 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 pārliedina, Toms uzvelk šo krustu. Pēc pusgada institūcijā Toms nonāk dziļā depresijā.

Izdevumā “Sociālā darba un sociālās labklājības visaptveroša rokasgrāmata” noteiktas sociālā darba ētikas galvenās jomas, kas ir kopīgas visiem ētikas kodeksiem (sk. 6. tab.). 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.

³² Comprehensive Handbook of Social Work and Social Welfare. Vol. 1. New York: Wiley, 2008, 104.

6. 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”).
Informēta piekrišana	Darbības, kas veicina brīvību no piespiešanas, pieprasot informētu piekrišanu. Darbības, kas nodrošina to, ka piedāvājam klientiem adekvātu, objektīvu un saprotamu informāciju, ja nepieciešams, izmantojot alternatīvas saziņas iespējas.	Sociālais darbinieks pavada pietiekami daudz laika, lai izskaidrotu personai ar GRT, ko nozīmē informēta piekrišana, kas notiks, ja persona dokumentu parakstīs vai neparakstīs. Sociālais darbinieks var izmantot vieglo valodu, attēlus vai īpašas lietojumprogrammas u. tml., kas nodrošina personas izpratni par piekrišanu vai nepiekrišanu parakstīt dokumentu.
Profesionālā kompetence	Darbības, kas nodrošina, ka praktiķiem ir nepieciešamās zināšanas un prasmes, lai viņi varētu veikt profesionālu darbu. Darbības, kas nodrošina, ka praktiķi var risināt savas personīgās problēmas, lai tās neietekmētu darbu ar klientiem. Darbības, kurās paredzēts, kā rīkoties, ja citi sociālie darbinieki strādā neētiski vai kāda konkrēta prakse ir neētiska.	Sociālajiem darbiniekiem ir pieejamas regulāras apmācības vai profesionālā literatūra par mūsdienu tendencēm sociālajā darbā ar personām ar GRT. 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.

Tabulas turpinājumu sk. 53. lpp.

Ētikas joma	Darbības, strādājot ar personu ar GRT	Piemēri
Interesešu konflikti	Darbības, kas samazina interesešu konfliktus, jo īpaši gadījumos, kad sociālie darbinieki strādā ar vairākām personām klienta sistēmā, piemēram, ģimenē. 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.	Sociālajam darbiniekam ir iespēja strādāt profesionāļu 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. Sanāksmēs vai supervīzijas laikā sociālais darbinieks var saņemt atsauksmes no saviem kolēģiem par savām darbībām, no kurām dažas varētu būt saistītas ar klienta ekspluatācijas risku, jo sociālajam darbiniekam ir lielāka vara.
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 saviem personīgajiem uzskatiem, uzskata par savu nopelnu pašu, nevis citu paveikto. Sociālie darbinieki lieto precīzu un cienpilnu 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 cienpilnu 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 ir īpaša darbības joma, jo tiek īstenota garīgās veselības sociālajā kontekstā.³³ Sociālā darba prakse notiek saskarsmē starp indivīdu un vidi: sociālā darba aktivitāte sākas ar indivīdu, bet attiecas arī uz ģimenes apstākļiem, sociālajiem tīkliem, kopienu un plašāku sabiedrību. Svarīgi ir atzīmēt, ka sociālais taisnīgums darbā ar personām ar GRT ir princips, kuram nav pievērsta pietiekama uzmanība. Sociālo taisnīgumu ļoti viegli ir atlikt prakses mikrolīmenī, kurā sociālais taisnīgums var pazust starp citiem diezgan abstraktiem jēdzieniem.

Mūsdienu speciālisti garīgo veselību uzskata par sociālā taisnīguma un cilvēktiesību jautājumu, nevis sašaurina to uz slimību un uz simptomiem.

Garīgā veselība var parādīt saikni starp sociāli ekonomisko stāvokli (mājokļa pieejamību, izglītību, nodarbinātību, ekonomisko drošību un sociālo atbalstu), nevienlīdzību dzimuma un citās jomās un veselības sekām.

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 līmenis nekā baltās rases pārstāvjiem (rasisma sekas);
- depresijas līmenis starp vīriešiem ģejiem ir astoņas reizes lielāks nekā vispārējā populācijā;
- jaunieši, kas ir homoseksuāli vai biseksuāli, 6–11 reizes biežāk mēģina izdarīt pašnāvību nekā heteroseksuālie vienaudži.³⁴

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.³⁵ Viens no galvenajiem šķēršļiem šajā darbā ir vēsturiska un pastāvīga stigmatizācija pret cilvēkiem ar smagiem GRT. Arboledas-Florezas un Stjuarta veiktais pētījums parādīja, ka stigmatizācija mazina personu ar GRT pašvērtību.³⁶

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 garīga rakstura traucējumiem: ikdienas sarunās ar kopienas iedzīvotājiem vai publisku runu laikā, semināros;

³³ Practice Standards for Mental Health Social Workers. *Australian Association of Social Workers*. 2008. <https://www.aasw.asn.au/document/item/17>

³⁴ Equality and diversity: respecting difference. *NHS: Education for Scotland*. http://www.nes.scot.nhs.uk/media/417185/mental_health_module_5.pdf

³⁵ Practice Standards for Mental Health Social Workers. *Australian Association of Social Workers*. 2008. <https://www.aasw.asn.au/document/item/17>

³⁶ Arboleda-Flórez, J., Stuart, H. 2012. From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses. *PubMed*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22854027>

- pretoties un protestēt pret negatīvo tēlu: aktīvi un skaļi izteikt savu nepieņemšanu 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.).

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,³⁷ 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 [...]” Bet realitātē,³⁸ 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.³⁹ Latvija 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 šīs Konvencijas Fakultatīvais protokols, kas nodrošina iespēju ikvienam Latvijas iedzīvotājam vērsties ar sūdzību⁴⁰ ANO Personu ar invaliditāti tiesību komitejā par Konvencijā ietverto tiesību pārkāpumiem. Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām mērķis ir “veicināt, aizsargāt un nodrošināt to, lai visas personas varētu pilnībā un vienlīdzīgi izmantot visas cilvēktiesības un pamatbrīvības un veicināt tām piemītošās cieņas ievērošanu”.⁴¹ 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.

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 individuālam 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

³⁷ Latvijas Republikas Satversme: Latvijas valsts likums. VIII nodaļa: Cilvēka pamattiesības. *Latvijas Vēstnesis*. 43, 01.07.1993.; *Ziņotājs*. 6, 31.03.1994.; *Valdības Vēstnesis*. 141, 30.06.1992.; *Diena*. 81, 29.04.1993. <https://likumi.lv/doc.php?id=57980>

³⁸ ANO Vispārējā cilvēktiesību deklarācija: starptautiska deklarācija. 1. pants. *Latvijas Republikas Tiesībsargs*. <http://www.tiesibsargs.lv/lv/pages/tiesibu-akti/ano-dokumenti/ano-vispareja-cilvektiesibu-deklaracija>

³⁹ ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām: starptautiska konvencija. *Latvijas Republikas tiesību akti*. <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1630>

⁴⁰ 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.

⁴¹ ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām: starptautiska konvencija. *Latvijas Republikas tiesību akti*. <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1630>

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 noteiktiem cilvēkiem vai cilvēku grupām liedz vienlīdzīgā līmenī sazināties ar citiem cilvēkiem.⁴²

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”.⁴³ Saskaņā ar Konvenciju “invaliditāte rodas, cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem, saskaroties ar attieksmes un apkārtējās vides šķēršļiem, kas ierobežo vienlīdzīgas iespējas pilnvērtīgi un efektīvi darboties sabiedrības dzīvē.”⁴⁴

Konvencija sastāv no piecdesmit pantiem, kuros noteiktas gan pilsoniskās un politiskās tiesības, gan ekonomiskās, sociālās un kultūras tiesības. 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 Konvencijas progresīvo garu liecina arī uzsvars uz līdzdalību, aicinot nodrošināt cilvēku ar invaliditāti līdzdalību visos lēmumu pieņemšanas līmeņos:⁴⁵ gan politiskajā, gan sociālajā un kultūras dzīvē, dalībvalstis arī tiek aicinātas iesaistīt Konvencijas īstenošanas pārraudzībā cilvēkus ar invaliditāti.

Lai gan personām ar GRT ir nozīmīgi daudzi 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 IEKĻAUŠANU

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.

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

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. 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.

⁴² Kanter, A. S. 2015. *The Development of Disability Rights under International Law. From Charity to Human Rights*. Routledge, 7–8.

⁴³ ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām: starptautiska konvencija. *Latvijas Republikas tiesību akti*. <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1630>

⁴⁴ Turpat.

⁴⁵ Piemēram, sociālajā jomā tas nozīmē, ka personas ar invaliditāti būtu iesaistāmas lēmumu par pakalpojumiem pieņemšanā.

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 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 vērstai, ar personai piemērotu atbalsta veidu un apjomu. Atbalstītā lēmumu pieņemšana ir brīvprātīga, to nevar nevienam uzspiest.⁴⁶ Arī Latvijā kopš 2017. gada vidus ir uzsākts darbs pie atbalsta personas pakalpojuma⁴⁷ attīstīšanas.

Sociālā darbinieka praksē tas nozīmē, ka izvērtējot klienta situāciju un plānojot darbu ar viņu, rīcības spējas ierobežošanu nevajadzētu uzskatīt par pirmo un visvieglāko 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 rīcības spējas ierobežošana? Kādas problēmas tā radīs? Vai pastāv alternatīvas, kas vēl nav izmantotas?

Pagaidām, kamēr vēl visiem nav pieejams atbalsta personas pakalpojums un kamēr vēl tiek izstrādāts atbalstītās lemtspējas tiesiskais mehānisms, 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 rīcības spējas jautājumus regulējošie normatīvie akti, kā arī jāizprot, kāda varētu būt sociālā darbinieka loma šo mehānismu īstenošanā (sk. 3. pielikumu).

RĪCĪBSPĒJAS PAŠREIZĒJAIS REGULĒJUMS LATVIJĀ

Lai īstenotu ANO Konvencijas 12. pantu un izpildītu Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2010. gada 27. decembra spriedumu,⁴⁸ 2012. gadā Latvijā tika veikta apjomīga rīcības spējas institūta reforma, kas noslēdzās ar Saeimas pieņemtiem grozījumiem Civillikumā, Civilprocesa likumā un Bāriņtiesu likumā.⁴⁹ Ar šiem grozījumiem tika mainīta kārtība, kā personai var ierobežot rīcības spēju. Ja iepriekš (līdz 2012. gada 1. janvārim) personai, kurai trūka lielākās daļas vai visu garīgo spēju, rīcības spēju varēja ierobežot pilnībā, tad no 2013. gada 1. janvāra tiesa personai var ierobežot rīcības spēju tikai daļēji, mantiskajās tiesībās (t. i., par finanšu jautājumiem un tiesībām pārvaldīt mantu). Svarīgi atcerēties, ka saskaņā ar Civillikumu rīcības spēju personai var ierobežot tikai tad, ja “tas ir nepieciešams šīs personas interesēs un ir vienīgais veids, kā to aizsargāt”.⁵⁰

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

⁴⁶ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovska, A., Krātiņa, I., Vanaga, S. 2017. *Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem (neaprobētā versija)*. Rīga. <http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/file/rokasgramata.pdf>

⁴⁷ Atbalsta personas pakalpojums ir personai ar garīga rakstura traucējumiem sniegts atbalsts lēmumu pieņemšanā, lai palīdzētu tai vienlīdzīgi ar citiem īstenot savu tiesības spēju un rīcības spēju. Atbalsta personas pakalpojuma izmēģinājuma projekts tiek īstenots visā Latvijā no 2017. gada 1. decembra līdz 2019. gada 30. novembrim. Izmēģinājuma projektu īsteno biedrība “Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “ZELDA”” Labklājības ministrijas īstenotā Eiropas Sociālā fonda projekta “Sociālo pakalpojumu atbalsta sistēmas pilnveide” ietvaros. Vairāk sk.: <http://zelda.org.lv/atbalsta-personas-pakalpojums>

⁴⁸ 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 rīcības spējas regulējums tika atzīts par spēkā neesošu no 2012. gada 1. janvāra. *Latvijas Republikas Satversmes tiesa*. http://www.satv.tiesa.gov.lv/wp-content/uploads/2016/02/2010-38-01_Spriedums.pdf

⁴⁹ Saeima pieņēmusi apjomīgus likumu grozījumus, modernizējot rīcības spējas institūtu. 30.11.2012. *Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “ZELDA”*. <http://zelda.org.lv/jaunumi/saeima-pienemusi-apjomigus-likumu-grozijumus-modernizejot-ricibspijas-institutu-1813>

⁵⁰ Civillikums: Latvijas Republikas likums. *Valdības Vēstnesis*. 41, 20.02.1937. <https://likumi.lv/doc.php?id=90223>

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”,⁵¹ kurā tika pamatota nepieciešamība īstenot atbalsta personas pakalpojuma izmēģinājuma projektu, kas pēc tā īstenošanas izvērtēšanas ļautu izstrādāt Latvijai piemērotāko atbalstītās lemtspējas modeli (plānots izstrādāt līdz 2020. gada 30. novembrim).

Tikmēr ANO Komiteja par personu ar invaliditāti tiesībām pēc Latvijas pirmā nacionālā ziņojuma par ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām īstenošanu izskatīšanas savās Noslēguma piezīmēs izteikusi vērtējumu Latvijā veiktajai reformai, uzsverot, ka 2012. gadā veiktie Civillikuma grozījumi attiecībā uz rīcībspēju saglabā diskriminējošus nosacījumus, tostarp pagaidu aizgādību un daļēju rīcībspēju, un aicinājusi “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.”⁵²

KAS SOCIĀLAJĒM 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.⁵³

Rīcībspēja sastāv no trim elementiem:

- 1) persona ir pilngadīga;
- 2) persona spēj īstenot savas tiesības;
- 3) 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.⁵⁴

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);
- 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.

⁵¹ Ministru Kabineta 2013. gada 19. novembra sēdes protokollēmums (prot. Nr. 61, 58. paragr.). <http://tap.mk.gov.lv/lv/mk/tap/?pid=40288884&mode=mk&date=2013-11-19>

⁵² *UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities*. Concluding Observations in relation to the initial report of Latvia. No. CRPD/C/LVA/CO/1. 31st August 2017, par. 20–21. http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fLVA%2fCO%2f1&Lang=en

⁵³ Civillikums: Latvijas Republikas likums. *Valdības Vēstnesis*. 41, 20.02.1937, 357. pants. <https://likumi.lv/doc.php?id=90223>

⁵⁴ Turpat.

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 dažādus 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 “ZELDA” juristes Anijas Mazapšas sagatavotajā brošūrā “Rīcībspēja. Informācija cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem un viņu tuviniekiem”.⁵⁵

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 daļai sabiedrības liekas, ka konfidencialitātes saglabāšana nav tik svarīga, it īpaši, ja personai ir intelektuālās attīstības traucējumi: “Vienalga viņš neko nesaprot.” Šī ir ļoti bīstama pozīcija, jo tās pamatā ir stereotipi, un profesionāļiem vienmēr jādarbojas profesionāli.

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)⁵⁶ 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 subjekts)”. Savukārt “identificējama fiziska persona ir tāda, kuru var tieši vai netieši identificēt, jo īpaši atsaucoties

⁵⁵ Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “ZELDA”. <http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/ZELDA-buklets-LV-labots-zals.pdf>

⁵⁶ Vispārīgā datu aizsardzības regula: 27.04.2016. Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis. L 119/1. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

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 ligumslēdzēja 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 f apakšpunktu nepiemēro apstrādei, ko veic publiskas iestādes, pildot savus uzdevumus.”⁵⁷

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”.⁵⁸

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.⁵⁹

Personām ar GRT sensitīvie dati var būt visa informācija par:

- invaliditātes grupu, jo atklāj informāciju par personas veselības stāvokli;
- garīga rakstura traucējumu raksturu – netiek iegūta informācija par konkrētu diagnozi, tomēr fakts, ka personai ir garīga rakstura traucējumi, 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 garīga rakstura traucējumiem.⁶⁰

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.

Daži vispārīgi padomi, kā nodrošināt konfidencialitāti sociālajā darbā.

⁵⁷ Vispārīgā datu aizsardzības regula: 27.04.2016. *Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis*. L 119/1, 6. pants. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

⁵⁸ Vispārīgā datu aizsardzības regula: 27.04.2016. *Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis*. L 119/1, 51. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=LV>

⁵⁹ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovskā, A., Krātiņa, I., Vanaga, S. 2017. *Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem (neaprobētā versija)*. Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “ZELDA”, 126. lpp. <http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/file/rokasgramata.pdf>

⁶⁰ Turpat.

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 biroja (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!⁶¹

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.

4.2.1. Dažādības pieņemšana, empātija, respektēšana



GADĪJUMA APRAKSTS

Sandrai jau desmit gadu ir depresija un trauksmes spektra traucējumi. Viņa dzīvo kopā ar vardarbīgu vīru. Sandra uzaudzīnāta 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 jāvirzās uz priekšu, jābūt pozitīvai, ka ar saviem zvaniem viņa vienkārši grib pievērst sev uzmanību.

⁶¹ Hepworth, D. H., Larson, J. A., Homewood B. *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*. 71–72.

Sandra nekad vairs neatgriezās.

Lai gan parasti tiek vainots klients, ka viņš nav motivēts sadarboties ar sociālo darbinieku, šis gadījums ir laba ilustrācija tam, kāpēc reizēm produktīva sadarbība nav iespējama: pēdējās sanāksmes laikā sociālais darbinieks ir izteicis mītus par garīga rakstura traucējumiem un izrādījis empātijas trūkumu.

Veidi, kā tiek saprasti un izjusti klienti, un veidi, kā tiek interpretēti viņu stāsti, un izturēšanās pret klientiem, dziļi ietekmē sociālā darbinieka darbu.

Dažādības pieņemšana ir prasme, kas profesionāļiem palīdz saprast, ka persona ar GRT atšķiras, un to pieņemt. Šī prasme ir svarīga ne tikai gadījumos, ja personai ir garīga rakstura traucējumi. Ļoti bieži klienti nāk no dažādām pasaulēm, ir etniski un kulturāli atšķirīgi, viņi var būt arī no dažādām marginalizētām grupām un ciest no dubultas stigmatizācijas. Sociālajam darbiniekam jābūt gatavam strādāt visos šajos gadījumos: cilvēki ar GRT var vienlaikus būt narkotiku lietotāji vai nākt no LGBT kopienas, viņi var būt arī no nacionālajām minoritātēm vai citām kultūrām, runāt citās valodās, viņiem var būt dažādas garīgās vai kultūras vērtības. Dažādības pieņemšana ir ļoti svarīga, ņemot vērā ciešu saikni starp sociālo taisnīgumu un garīgo veselību.

Dažādības pieņemšana ir ne tikai individuāla profesionāla prasme. Svarīgi, lai pašā sociālajā dienestā būtu kultūra, kas pieņem daudzveidību. Tajā ietilpst dažādi elementi, piemēram, dažādu kultūru darbinieku ar atšķirīgu dzīves pieredzi pieņemšana darbā, joku par invaliditāti un citiem sensitīviem jautājumiem nepieļaušana.

Empātija var būt izaicinājums darbā ar klientiem ar GRT – kā just empātiju pret cilvēku ar pieredzi, kuru jums ir grūti saistīt ar savu dzīvi? Tomēr empātija ir ļoti svarīga darbā ar personām ar GRT, jo tā ir komunikācijas prasme, kas ļauj radīt uzticības gaisotni, saprast klientu reakciju uz veselības problēmām, noteikt klienta vajadzības un veicināt pozitīvus rezultātus, kuri var mazināt klienta diskomfortu, trauksmi un 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 indivīdus, grupas, kopienas un pat sabiedrību.

Šobrīd pastāv viedoklis, ka empātija ir spēja un prasme, ko var apgūt un attīstīt, izmantojot atbilstošu izglītību un praksi.⁶²

Ir divi empātijas veidi.

Pirmais veids ir “pamata empātija”, kas tiek uzskatīta par cilvēka pazīmi, atribūtu 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, izmantojot atbilstīgu izglītību un praksi.

Lai iemācītos empātiju, jūs varat:⁶³

- uzklaust ne tikai klienta medicīnisko stāstu, bet uzklaust 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, uzklaustot personas stāstu, zināšanas par klienta dzīvi, ko esat ieguvuši, saistīt ar savām emocijām;
- analizēt katra kontakta procesu ar klientu un jautāt klientam par viņa domām un sajūtām procesa laikā;
- izmantot lomu spēles mācību procesā;
- lasīt un analizēt daudzlīdētāru, kurā ir aprakstītas garīgās veselības problēmas, diskutēt.

⁶² Howe, D. 2012. *Empathy: What it is and why it matters?* Basingstoke: Macmillan International Higher Education, 116.

⁶³ Turpat, 192.

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

Parasta prakse, strādājot ar cilvēkiem ar garīgām slimībām, ir pateikt viņiem, ko darīt, pieņemt lēmumus par viņiem, izturēties pret viņiem tā, it kā viņi būtu bērni. Tomēr tādā praksē nav respektēšanas, nav cieņas pret personu ar slimību. Ir pienācis laiks, lai pasaule sāktu respektēt, cienīt visus cilvēkus, neskatoties uz viņu pieredzi un atšķirībām, un neatkarīgi no tā, kāda stigma tiem tiek piedēvēta. Mēs neesam stigmatizēti. Mēs neesam “tie cilvēki”, un mēs neesam “jūsu klienti”. Jūs varat sniegt mums pakalpojumus. Tomēr mēs jums nepiederam. Tas ir respektēšanas un cieņas sākums.

Janeta Paleo, garīgās veselības aktiviste.⁶⁴

Respektēšana var būt izteikta gan ar attieksmi, gan darbībām.

Lai respektētu klientus ar GRT var:

- atzīt, ka klients cieš;
- komunicēt ar klientu bez aizspriedumiem;
- nebūt paternāliskam pret klientu, nepraktizēt savu varu pret viņu;
- 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 “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 dusmām vai aizvainojumiem, ko izraisījis klients, bet “neuztvert” personīgi klienta uzvedību.⁶⁵

4.2.2. Radošums, cerība un spriestspēja

Katra klienta situācija ir unikāla un nepārtraukti mainās, 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.

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, kā stimulēt radošo domāšanu darbā:

- strādāt ar dažādiem cilvēkiem no dažādām grupām;
- atrast praktiskus individuālus risinājumus katrai personas unikālai 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;

⁶⁴ Dignity in mental health. *World Federation for Mental Health*. 2015. https://www.hst.org.za/publications/NonHST%20Publications/WMHD_report_2015_FINAL.pdf

⁶⁵ Bhanji, S. M. 2013. Respect and Unconditional Positive Regard as Mental Health Promotion Practice. *Journal of Clinical Research Bioethics*. <https://www.omicsonline.org/respect-and-unconditional-positive-regard-as-mental-health-promotion-practice-2155-9627.1000147.php?aid=15583>

- strādāt tādu sistēmu ietvaros, kuras pieprasa radošumu, lai novērstu birokrātiju un meklētu individualizētus risinājumus.⁶⁶

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.⁶⁷ 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.⁶⁸

1. Izprast savu cerības stilu:
Kā tu iemācījies cerēt?
Kā jūsu ģimenes locekļi un draugi cerēja uz kaut ko?
Uz ko jūs cerat? Kā jūs tikāt galā ar sarežģītām situācijām?
2. Izzināt stāstus par cerību un dzīvesspēku:
Lasiet par cerību gan profesionālos rakstos, gan romānos!
Skatieties filmas par cerību!
Meklējiet cerību ikdienas dzīvē!
Uzziniet, kā atšķirt dažāda veida cerības!
3. Iedibināt cerību savā praksē:
Apspriediet cerības jēdzienu ar kolēģiem!
Iededziet cerību jūsu klientu vērtējumos!

Uzziniet, kā uzklaut stāstus, ņemot vērā klientu ciešanas, kā atbalstīt jūsu klientu cerības!

Pārliecinieties, ka jūsu stratēģijas iedvesmo uz cerību!

Ja klientiem ir zems cerību līmenis, uzturiet viņu cerības, līdz viņi var tās atgūt, vai ļaujiet viņiem iedvesmoties no jums!

Neatkarīgi no tā, kāda ir situācija, nepārtrauciet klientu viņa cerībās! Palīdziet cilvēkiem apgūt, paplašināt un pilnveidot viņu cerības, padarīt tās reālākas, un tādējādi jūs arī nostiprināsiet savas 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.

Lisa Krokvela norāda, ka profesionālu spriedumu var uzskatīt par izglītības un pieredzes apvienojuma rezultātu.⁶⁹

⁶⁶ Jackson, N., Burgess, H. 2005. Creativity in social work and social work education. *The Higher Education Academy*, 10. http://www.creativeacademic.uk/uploads/1/3/5/4/13542890/creativity_in_social_work.pdf

⁶⁷ Clark, E., Hoffer, E. 2017. Hope Matters: The Power of Social Work. *Nasw Press*. <https://www.naswpress.org/publications/practice/inside/hope-matters-intro.html>

⁶⁸ Clark, E. 2015. 10 Essentials Social Workers Must Know About Hope. *The New Social Worker*. <http://www.socialworker.com/feature-articles/practice/10-essentials-social-workers-must-know-about-hope/>

⁶⁹ Crockwell, L. 2015. Professional Judgment: The Science behind Common Sense in Social Work. *Newfoundland & Labrador Association of Social Workers*. http://www.nlasw.ca/sites/default/files/inline-files/Professional_Judgment.pdf



GADĪJUMA APRAKSTS

Sanita, 35 gadu veca sieviete ar intelektuālas 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 uzticamības personu.

Līga palīdzēja Sanitai atrast darbu vietējā veikalā. Sanita veikalā strādā jau 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 kasti. Sanita ļoti lepojas ar to, ko viņa ir sasniegusi, un vēlas demonstrēt savu sasniegumu ar šo dāvanu.

Līga sāka 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.

4.2.3. Refleksija, kritiskās domāšanas prasmes

Daudziem sociālā darba praktiķiem ir kopīgs uzskats, kas varētu būt nelietderīgs vai pat kaitīgs. Šie sociālie darbinieki uzskata, ka medicīniskās zināšanas par klasifikāciju, diagnozēm un simptomiem ir vissvarīgākās zināšanas, kas nepieciešamas darbā ar klientiem ar psihosociāliem traucējumiem. Daudzi domā, ka psihosociālie traucējumi ir mazliet mistiski, un tos var saprast un ārstēt tikai mediķi. Lielākā problēma ir tā, ka šādā gadījumā uzmanība tiek pilnīgi novirzīta no sociālā darba prakses.

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, balsoties uz savu domāšanu, uztveri un darbībām (sk. 7. tab.).

7. tabula. Sociālā darba ētikas galvenās jomas.

Refleksijas līmeņi	Darbā ar personām ar GRT sociālais darbinieks	Pašrefleksijas jautājumi
Pamata refleksija: sociālais darbinieks reflektē tikai par klientu vajadzībām, jūtām un sociālo kontekstu.	Ir empātisks un iecietīgs pret klientu vajadzībām un jūtām; cenšas domāt un rīkoties atbilstīgi klientu vajadzībām un vēlmēm; cenšas izprast klientu vajadzības un jūtas, nevis tikai GRT simptomus; apzinās stigmatizācijas un sociālās atstumtības kaitīgo ietekmi; mācās, kā uzturēt sociālā darba prakses humanitāro orientāciju, saskaroties ar institūcijām, kas orientētas uz sociālo kontroli.	Kādas ir atšķirības starp sociālo kontroli un humāno orientāciju ārstēšanā un rehabilitācijā, ja runājam par domāšanu un praksi? Kādas ir atšķirības starp medicīnisko ārstēšanu un psihosociālo darbu ar klientiem ar GRT? Kādas ir visbiežāk sastopamās sociālo darbinieku dilemmas multidisciplinārā vidē, strādājot ar personām ar GRT, kādu lomu tās spēlē mūsu darbā? 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.)? Padomājiet par klientu, ar kuru strādājat: kādas varētu būt klienta jūtas un vajadzības, nerunājot par simptomiem?

Tabulas turpinājumu sk. 67. lpp.

Refleksijas līmeņi	Darbā ar personām ar GRT sociālais darbinieks	Pašrefleksijas jautājumi
Refleksija darbībā: sociālais darbinieks reflektē par savām vērtībām, pārlicību un priekšstatu, kā arī par to, kā tie ietekmē praksi.	Apzinās savu attieksmi, kā arī vērtības sociālā darba praksē ar klientiem; domā par saviem ierobežojumiem un stiprajām pusēm savā domāšanā par GRT un darbu ar klientiem ar GRT; apzinās, ka paša attieksme, jūtas un garastāvoklis var ietekmēt darbu ar personām ar GRT; apzinās, ka personīgās vērtības un pārlicība par garīgo veselību un garīgajām slimībām var ietekmēt uztveri par klientiem; apzinās, ka personiskie lēmumi un spriedumi saistībā ar garīgās veselības problēmām var ietekmēt darba procesu ar klientiem ar garīgām slimībām.	Kāda ir jūsu personiskā uztvere, pieredze un uzskati par garīgo veselību un garīgajām slimībām, kā tie ietekmē jūsu darbu? Vai jums ir bijusi personiska pieredze garīgās veselības sistēmā, kā tā ietekmē jūsu darbu? Kā jūsu sliktais garastāvoklis un nogurums / labs garastāvoklis un enerģija ietekmē jūsu darbu ar personām ar GRT? Kā jūs tiekat galā ar stresu savā darbā? Ko jūs darāt labi, palīdzot personām ar GRT?
Kritiskā refleksija praksē: sociālais darbinieks mēģina kritiski un dinamiski reflektēt par sevi, klientiem un darba procesu kopā.	Zina, kādā veidā klientu vajadzības un jūtas ietekmē metožu izvēli un efektivitāti; zina, kā personiskās vērtības un uzskati ietekmē uztveri par klientu garīgās veselības problēmām, par intervences īstenošanu; apzinās, kā klienti reaģē uz viņa intervenci un uztveri.	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? 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? 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?

4.2.4. 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 personīgām vērtībām jābūt saderīgām ar profesijas vērtībām, pretējā gadījumā darbs nebūs efektīvs vai pat klientam var tikt nodarīts kaitējums.

4.2.5. Sociālais darbinieks kā pētnieks

Sociālā darba prakses zināšanu bāze ir ļoti plaša: no vienas puses, šai disciplīnai ir sava konkrēto zināšanu bāze, no otras puses, ir specifiskas zināšanas no politoloģijas, socioloģijas, psiholoģijas un medicīnas. Runājot par sociālo darbu ar personām ar GRT, īpaši svarīgi zināt vai spēt atrast informāciju ne tikai no sociālā darba jomas, bet arī no psihiatrijas, psiholoģijas, antropoloģijas, socioloģijas un tiesību zinātnēm.

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 GRT

Katra sociālā situācija prasa saziņas un komunikācijas prasmes. Atšķirībā no parastas mijiedarbības komunikācija sociālajā darbā 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, atbilstoši situācijai un kultūras kontekstam. Bez efektīvas komunikācijas saziņa var kļūt kļūdaina, ar pārpratumiem, var sabojāt attiecības. Efektīva komunikācija nozīmē daudz vairāk nekā iespēja runāt, tā ir arī iespēja klausīties un sadzirdēt, saprast citus, saprast un interpretēt otra cilvēka ķermeņa valodu. Komunikācija ir veiksmīga tikai tad, kad ziņas sūtītājs un tās saņēmējs saprot un lieto vienādu komunikācijas stilu. Laba mutiskā un rakstiskā komunikācija ir efektīva sociālā darba pamats.

Sociālo darbinieku darbā ar personām ar GRT prioritāte ir efektīvu saziņas veidu meklēšana: speciālistam jābūt pietiekami radošam un zinošam, lai pielāgotos klienta ar GRT individuālajam komunikācijas stilam. Komunikācijas prasmes vajadzētu uzlabot un / vai trenēt izglītojošos semināros / nodarbībās.

4.3.1. Kā runāt par informētu piekrišanu un konfidencialitāti?

Saziņā ar jebkuru klientu grupu sociālajiem darbiniekiem jāizmanto skaidra un saprotama valoda, lai informētu par pakalpojumu mērķiem, ar pakalpojumiem saistītiem riskiem, pakalpojumu ierobežojumiem, izmaksām un pamatotām alternatīvām. Savukārt jebkuram klientam ir tiesības atteikties vai atsaukt piekrišanu. Jebkurā situācijā sociālajiem darbiniekiem jāpiedāvā klientiem iespējas uzdot jautājumus.

Lai runātu par informēto piekrišanu ar cilvēkiem, kam ir lasītprasmes vai valodas grūtības, un informētu klientus atbilstoši viņu izpratnes līmenim, sociālais darbinieks var izmantot tulka pakalpojumu, lietot vieglo valodu vai alternatīvās komunikācijas metodes. Strādājot ar klientiem ar GRT, daudz ko var nākties atkārtot vairākas reizes, un ir jāpieņem, ka klienti bieži var mainīt savas domas un atsaukt savu piekrišanu.

Jāatzīmē, ka cilvēki ar GRT bieži dod atļauju un piekrīt visam, jo baidās no sodīšanas par negatīvu atbildi. Tās ir stigmatizācijas sekas, un šādos gadījumos sociālajam darbiniekam jāpārlicinās, ka klients ir sapratis sarunas saturu.

Dažreiz trešā puse (aizgādānis) var piedalīties konkrēta dokumenta parakstīšanā vai parakstīt to klienta vietā, ja šādus ierobežojumus nosaka tiesa.

4.3.2. Empātiska komunikācija: kā izmantot sajūtas

Empātiska sazināšanās nozīmē, ka jūs ne tikai reaģējat uz klienta stāstu ar empātiju, bet arī paziņojat viņam par savu izpratni tā, lai klients jūs saprot, proti, komunikācijas laikā jūs varat 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 var kļūt svarīgs klienta dzīvē. Var reaģēt verbāli vai neverbāli tādā veidā, lai apliecinātu sociālā darbinieka izpratni par klienta iekšējo pieredzi. Svarīgi apzināties cilvēku emociju daudzveidību. Lai gan personas ar GRT ne vienmēr zina un spēj atpazīt savas emocijas, viņas var paļauties uz sociālo darbinieku empātiju.

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 pat intensitātē, kāda ir verbālajā komunikācijā;
- izmantot tādas frāzes kā: “Ja es pareizi saprotu, jūs jūtaties...”, “Kad es jūsos klausos, šķiet, ka jūs jūtaties...”;
- iemācīt klientam, kā sazināties empātiski.⁷⁰

Empātiska komunikācija ir noderīga dažādos sociālā darba posmos:

- sākotnējo attiecību noteikšanai (klienti, visticamāk, turpinās attiecības ar sociālo darbinieku, kurš sazinās empātiski);
- kontaktu ar klientu uzturēšanā (empātiska komunikācija palīdz pieskaņoties klientu emocionālajam stāvoklim);
- precīzai klientu problēmu izvērtēšanai (empātiska komunikācija noved pie uzticamām attiecībām, kurās klienti sāk atklāti runāt par savām problēmām un citām dzīves un situācijas detaļām);
- grūtību pārvarēšanas procesā (piemēram, ja persona runā pārāk daudz);
- dusmu un klienta vardarbīgas uzvedības pārvaldīšanā (empātiska reakcija palīdz izkļaidēt dusmas, sociālais darbinieks var sniegt empātisku atbildi uz dusmām vai klienta vilšanos, nevis vainot klientu par viņa jūtām, piemēram: “Es redzu, ka jūs esat dusmīgs un vilies.”).

4.3.3. Pašatklāsme

Pašatklāsme ir apzināta 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 slīktāks nekā citi jūsu klienti?). Sociālajam darbiniekam nav jāatbild uz katru no šiem jautājumiem, bet ir svarīgi katru reizi novērtēt, kāpēc atbildes būs vai nebūs noderīgas klientam.⁷¹

8. tabula. Pašatklāsmes plusi un mīnusi.

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

⁷⁰ Hepworth, D. H., Larson, J. A., Homewood, B. *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*. Pacific Grove: Brooks / Cole, 99–101.

Ir divu veidu pašatklāsmes:

- 1) sevis iesaistīšana procesā (piemēram, “Es vēlos dalīties savās emocijās par to, ko jūs tikko teicāt!”);
- 2) personīga pašatklāsmē (piemēram, “Manas meitas skolā mums arī ir problēmas ar skolotājiem.”).⁷²

Kā izmantot pašatklāsmi:

- 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 pārliecināties, ka tas tiek darīts atbilstoši klientu vajadzībām.

4.3.4. Kā vadīt komunikācijas procesu?

Karena Hīlija (*Karen Healy*) savā grāmatā⁷³ ir atzīmējusi, ka sociālie darbinieki, būdami komunikācijas speciālisti, zina, kā būt mērķtiecīgiem, refleksīviem un atsaucīgiem uz citu cilvēku komunikācijas vajadzībām:

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

1. Kāds ir labs komunikācijas process?
2. Sociālais darbinieks sarunas laikā galvenokārt klusē, ļauj klientam runāt, saprot, ko saka klients, un to parāda sociālā darbinieka ķermeņa valoda.
3. 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 vai ne pārāk tālu.
4. Sociālais darbinieks mierīgi klausās, ko klients saka, lai pārliecinātos, vai viņš saprot pareizi, dažkārt var atkārtot to, ko klients teicis, vai apkopot to, ko klients teicis.
5. Klients šādā komunikācijā jūt, ka sociālais darbinieks iedziļinās klienta stāstā un viņu nenosoda, ka velta klientam pietiekami daudz laika un ciena viņu.

Karena Hīlija rosina komunikāciju aplūkot dinamikā: darba aliansi starp sociālo darbinieku un klientu pastāvīgi ietekmē prakses konteksts (piemēram, konteksts organizācijā, kurā sociālais darbinieks strādā) un personiskie faktori, piemēram, kultūra un valoda, dzīvesveids, spējas un invaliditāte, un garīgās veselības problēmas.⁷⁴

Citiem vārdiem sakot, cieņpilnas komunikācijas noteikumi attiecas uz saziņu ar katru klientu grupu: ja kāds jūtas cienīts un sadzirdēts, viņš visticamāk arī komunicēs ar cieņu un uzklausa to, ko sociālais darbinieks grib pateikt. Klientu ar GRT situācijas ir unikālas. Piemēram, ja klientam ir halucinācijas, sociālajam darbiniekam jāapzinās, ka klienta halucinācijas vai murgi ir klienta realitāte. Tādēļ cieņpilna komunikācija šajā gadījumā varētu būt šāda: sociālais darbinieks parāda, ka viņš saprot, ka klients savas halucinācijas uzskata par realitāti, nemēģinot pārliecināt klientu, ka viņa realitāte nav reāla, vai nestāstot, ka sociālais darbinieks piedzīvo ko līdzīgu kā klients.

⁷¹ Knapp, H. 2008. *Introduction to Social Work Practice: A Practical Workbook*. London: Sage, 21–22.

⁷² Knapp, H. 2008. *Introduction to Social Work Practice: A Practical Workbook*. London: Sage, 10.

⁷³ Healy, K. 2018. *The Skilled Communicator in Social Work: The Art and Science of Communication*. London, 2.

⁷⁴ Healy, K. 2018. *The Skilled Communicator in Social Work: The Art and Science of Communication*. London, 4.

Kā atbalstīt vai pārtraukt komunikācijas procesu?

Komunikācijas procesa pamats ir personas uzklauššana un centieni saprast, ko viņš / viņa stāsta. Tas varētu būt izaicinājums, komunicējot ar personām ar GRT, jo stigmatizācijas vai klientu pieredzes izpratnes trūkuma dēļ sociālajiem darbiniekiem ir tendence “izslēgt” savas komunikācijas prasmes.

Tādēļ, lai atbalstītu saziņas procesu, vispirms svarīgi izmantot savas regulārās komunikācijas prasmes, mēģināt saprast un novērtēt, kādas klienta vajadzības sociālais darbinieks var palīdzēt apmierināt. Tomēr sociālajam darbiniekam jāapzinās, ka komunikācija ar personu ar GRT var aizņemt vairāk laika nekā komunikācija ar citas mērķgrupas pārstāvi.

Daži padomi komunikācijas uzsākšanai:

- kad jūs ar sevi iepazīstināt personu ar GRT, kura ir rīcībspējīga vai viņas rīcībspējas ierobežojums nav saistīts ar pārstāvību dažādās iestādēs, un viņas tuvinieku / asistentu, kurš pavada personu ar GRT uz dažādām iestādēm, jāautā pašai personai: “Vai vēlaties, lai jūsu tuvinieks / asistents paliktu šeit šīs vizītes laikā, piedalītos mūsu sarunā?”;
- vienkāršā valodā izskaidrojiet komunikācijas procesu un noskaidrojiet vizītes mērķi;
- ja persona izmanto alternatīvas saziņas metodes vai ir zināmas komunikācijas grūtības, tad pašā komunikācijas sākumā svarīgi noskaidrot: “Kā jūs sakāt “jā” un “nē”? Varat parādīt man savu piktogrammas ierīci?”

Protams, personas vairāk mēdz runāt par problēmām, kas viņām radušās, un tieši tāpēc viņas arī apmeklē sociālo darbinieku, bet, lai veicinātu komunikāciju, sociālajam darbiniekam jāizmanto pozitīvi komentāri un pozitīvi apstiprinājumi, uzmanība jāpievērš klienta spējām, nevis invaliditātei.

Kā rīkoties ar klienta intensīvām jūtām, dusmām vai sūdzībām komunikācijas procesā?

Svarīga prasme ir sarunas laikā reaģēt uz klienta dusmām, apstiprināt dusmu realitāti:

- atbildiet empātiski, lai atspoguļotu dusmas: “Es redzu, ka jūs esat dusmīgs uz mani...”;
- mēģiniet atklāti runāt par šo situāciju, lai izpētītu dusmu iemeslus;
- ja nepieciešams, runājiet arī par savu reakciju, sajūtām: “Es nezināju, ka jūs jutāties šādi...”, “Es priecājos, ka jūs par to runājat ar mani”);
- mēģiniet apspriest, kā turpmāk klients varētu izvairīties no šādām situācijām;
- apspriediet ar klientu šo komunikācijas modeli, ja tas bieži atkārtojas;
- mēģiniet arī saglabāt sociālā darbinieka robežas: “Es saprotu, kā jūs jūtaties šajā situācijā. Es varu būt gatavs ar jums sarunāties, kad neesat tik neapmierināts. Vai ir kādi veidi, kā jūs varat nomierināties? Vai varbūt mēs varētu par to runāt vēlāk?”

Gadījumā, ja personas emocijas jau ir pārāk intensīvas, svarīgi sekot šādiem noteikumiem:

- saglabājiet drošu attālumu – ne pārāk tuvu, ne pārāk tālu;
- nedraudiet klientam nekādā veidā;
- uzdodiet atvērtus, nevis slēgtus jautājumus, un mudiniet klientu sākt runāt – runāšana ir labāka nekā vardarbīga uzvedība;
- palīdziet klientiem sajūst, ka viņiem ir izvēle – cilvēki visbiežāk ir agresīvi, ja viņiem šķiet, ka viņiem ir maz vai nav izvēles;
- nerunājiet ar viņu, stāvot aiz muguras, – tas var būt bīstami, tāpat arī nemēģiniet klientam pieskarties un nodrošiniet iespēju aiziet;
- neuztveriet to, ko klients saka, personiski – tas var padarīt jūs agresīvu vai sevi aizsargājošu, tādējādi palielinot vardarbības iespējas.

Ja klients pastāvīgi sūdzas par citiem cilvēkiem, speciālistu rīcību, tam varētu būt dažādi iemesli. Tādēļ sociālajam darbiniekam nevajadzētu šīs sūdzības uztvert personīgi, speciālistam vajadzētu saglabāt konstruktīvu domāšanu.

Cilvēku ar GRT sūdzības dažreiz var attaisnot, jo šīs personas regulāri cieš no diskriminācijas. Sūdzības var būt veids, kā cilvēks iegūst kontroles sajūtu pār situāciju, kurā viņš atrodas, ja viņam nav citas izvēles. Sūdzības varētu būt arī konstruktīvāka uzvedības alternatīva agresijai. Pastāvīgas sūdzības var izraisīt arī izkropļota negatīvā domāšana.

Tāpēc, strādājot ar sūdzībām, sociālajam darbiniekam jāizprot individuālie GRT simptomi, aktīvi jāmeklē cēloņi, kuri ir sūdzību pamatā, lai rastu pozitīvus risinājumus.

Kā noteikt robežas komunikācijas laikā?

Robežas starp darbinieku un klientu noteikšana var tikt ieviesta jau lingvistiskā līmenī komunikācijas laikā.

Sarunas sākumā nepieciešams iepazīstināt klientu ar sevi – personīgā līmenī un profesionālā līmenī –, kas jūs esat un kā jūs varat palīdzēt, lai klients saprastu, ko sagaidīt un kādas ir jūsu darbības robežas.

Ar cilvēkiem ar GRT, it īpaši tiem, kuri no bērnības ilgstoši ir dzīvojuši iestādēs vai kuri ir cietuši no ļaunprātīgas izmantošanas vai traumas bērnībā, var rasties problēmas šādu ierobežojumu noteikšanā. Tas ir redzams valodas līmenī, piemēram, klients sociālo darbinieci sauc par “manu māti”, saka, ka sociālais darbinieks ir “viņam kā māte vai tēvs”, salīdzina sociālo darbinieku ar citiem radniekiem, ģimenes locekļiem vai draugiem.

Šo lomu pieņemšana rada lielu spiedienu uz sociālo darbinieku un potenciāli var kaitēt klientam. Svarīgi ir atklāti un godīgi runāt par sociālā darbinieka lomu klienta dzīvē, un darbinieks var atrast citu metaforu, lai aprakstītu sadarbību ar klientu, piemēram, “palīgs”, “padomnieks”, “partneris problēmu risināšanā”, “komandas loceklis problēmu risināšanā”, “atbalsta sniedzējs”.

Komunikācijas laikā sociālais darbinieks var noteikt robežas personai ar GRT tā, lai persona saprastu saziņas noteikumus, piemēram, “Man ir tikai piecas minūtes, lai ar jums runātu, pēc tam man jāiet”, “Ja jūs kliegsiet, es nevarēšu ar jums sarunāties”.

4.3.5. Komunikācija ar klientiem ar īpašām komunikācijas vajadzībām

NEVERBĀLĀ KOMUNIKĀCIJA, ĶERMEŅA VALODA

Pētījumos atklāts, ka līdz pat 85 % no komunikācijas notiek neverbāli.⁷⁵ Neverbālā komunikācija ir nepieciešama, lai attīstītu darba aliansi. Tāpēc tā ir katras komunikācijas būtisks aspekts, īpaši nozīmīga neverbālā komunikācija ir saziņā ar klientiem ar īpašām komunikācijas vajadzībām.

Neverbālās komunikācijas izaicinājums ir neapzināta uzvedība, daži šīs uzvedības modeļi var neatbilst konkrēta klienta vajadzībām vai arī neatbilst citiem sociālajiem apstākļiem.

Ķermeņa valoda ietver daudzus un dažādus neverbālās uzvedības aspektus – acu kontaktu (skatīšanos, izvairīšanos no acu kontakta), sejas izteiksmes (drūmu seju, smaidu, sašaurinātas lūpas, paceltas uzacis), balsi (toni, akcentu, intonāciju, pauzes), ķermeņa kustības (stāju, žestus), fizioloģiskas reakcijas (svīšanu, ātru elpošanu), izskatu (apgērbu). Neverbālā komunikācija var ietekmēt verbālo saziņu, vai nu neverbālā komunikācija apstiprina to, kas tiek teikts mutiski, vai sajauc to, kas tiek teikts.

⁷⁵ Healy, K. 2018. *The Skilled Communicator in Social Work: The Art and Science of Communication*. London, 45.



1. GADĪJUMS

Kliente ierodas sociālajā dienestā, lai pieteiktos uz sociālo pabalstu. Viņa ir sieviete gados, ģērbusies vecā, bet diezgan tīrā apģērbā. Runājot viņa neskatās acīs, viņas balss ir monotona, viņa atbild uz sociālā darbinieka jautājumiem ar lielām pauzēm. Sieviete sēž nemainīgā pozā, un viņas rokas visu laiku atrodas viņas priekšā. Sieviete stāsta, ka viņai ir invaliditāte, ka viņa dzīvo viena un vēlas saņemt pabalstu, lai samaksātu par komunālajiem pakalpojumiem. Sociālais darbinieks arī palēnina savu runas tempu, viņš nemeklē acu kontaktu, bet atkārto dažus jautājumus, lai pārliecinātos, ka viņš pareizi sapratis sievietes teikto.

Kaut arī sociālais darbinieks apzinās, ka šajā sarunā viņš nejūtas ērti, viņš cenšas kontrolēt savu ķermeņa valodu, sēžot nepiespiestā pozā un mierīgi runājot.

Kliente ir apmierināta ar sarunu un aizpilda iesnieguma veidlapu.



2. GADĪJUMS

Klients, apmēram trīsdesmit gadu vecs vīrietis, konsultācijas laikā pie sociālā darbinieka sāk raudāt. Raudot viņš runā par savu grūto dzīvi bērnū namā un pansionātā, kurā viņš ir piedzīvojis vardarbību. Viņš turpina savu stāstu par to, ka tagad netiek pieņemts sabiedrībā, ka viņu nemīl un viņam draud kaumiņi.

Arī iepriekšējās konsultācijās klients bieži šādi uzvedās, šķiet, ka šīm sarunām nav praktiska mērķa. Šodien sociālais darbinieks steidzas, pēc pusstundas viņam ir svarīga sapulce pilsētas otrā pusē. Kamēr klients stāsta savu stāstu, sociālais darbinieks kārtu somu un bieži skatās telefonā. Tad sarunas laikā birojā ienāk kolēģe, lai paņemtu mapi ar dokumentiem.

Sarunas beigās klients klusē un pārstāj reaģēt uz sociālā darbinieka frāzēm. Nolēmis, ka klients ir nomierinājies, sociālais darbinieks pārtrauc konsultāciju.

Sociālajam darbiniekam pašam jājūtas ērti savā lomā. Par to, ka sociālais darbinieks patiešām interesējas par klientu un viņa dzīvi, un bažām, liecina acu kontakts un uzmanība, klausoties un runājot. Sociālajam darbiniekam pilnībā jāvelta klientam uzmanība, jāvēro klienta ķermeņa valoda un jāreaģē uz to, piemēram, sakot: "Izskatās, ka jūs neērti jūtaties". Tā klients uzzina, ko sociālais darbinieks saprot, tas savukārt palīdz veidot uzticēšanos un būt atvērtākam konsultācijā.

9. tabula. Ieteikumi neverbālai komunikācijai.

NEVERBĀLA KOMUNIKĀCIJA ⁷⁶		
	Ieteicams	Nav ieteicams
Sejas izteiksme	• Tiešs acu kontakts (izņemot dažus gadījumus, piemēram, kad tas ir aizliegts kultūrā). • Siltums un bažas atspoguļojas sejas izteiksmē. • Acis ir tādā pašā līmenī kā klienta acis. • Atbilstošas daudzveidīgas un dzīvīgas sejas izteiksmes. • Mute nesavilkta, nepieciešamības gadījumā vēlams pasmaidīt.	• Izvairīšanās no acu kontakta. • Fiksēta skatīšanās uz cilvēku vai objektu. • Kritiski paceltas uzacis. • Pārmērīgi noliekta galva. • Žāvāšanās. • “Auksta” sejas izteiksme. • Nepiemērots smaids. • Lūpu kodīšana.
Poza	• Rokas mēreni izteiksmīgas, piemēroti žesti. • Ķermenis saliekts nedaudz uz priekšu.	• Nekustīgas ķermeņa pozas, rokas cieši saliektas. • Ķermenis pavērsts prom no klienta. • Šūpošanās krēslā. • Kājas novietotas uz galda. • Mute aizsegta ar pirkstu vai plaukstu. • Norādīt ar pirkstu!
Balss	• Skaidri sadzirdama, bet ne skaļa. • Silts balss tonis. • Balss modulēta, atspoguļo klienta sajūtas un emocionālo toni. • Mērens runas temps.	• Bubināt vai neskaidri runāt. • Runāt monotonā balsī. • Biežas gramatiskās kļūdas. • Ilgstošas pauzes. • Pārāk enerģisks runas tonis. • Lēna, ātra, saraustīta runa. • Nervozī smiekli. • Pastāvīgs klepus.
Fizisks tuvums	• Metrs, pusotrs metrs starp krēsliem.	• Pārmērīgs tuvums vai attālums. • Runāt pāri galdam vai izmantot citas barjeras.

⁷⁶ Hepworth, D. H., Larson, J. A., Homewood, B. *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*. Pacific Grove: Brooks / Cole, 165–166.

Viens no populārākajiem neverbālās komunikācijas modeļiem tiek saukts par SOLER pozīciju.⁷⁷ To izstrādāja Džerards Egans 2010. gadā, un šis modelis identificē noteiktas neverbālās iemaņas, apkopotas akronīmā SOLER. Tas var palīdzēt sociālajam darbiniekam radīt terapeitisko aliansi un pielāgoties klienta teiktajam:

S (*square*): sēdēt tā, lai jūs skatītos klientam sejā;

O (*open*): jums ir atvērta ķermeņa poza, rokas un kājas nav sakrustotas;

L (*leaning*): jūs esat nedaudz paliecies pret klientu;

E (*eye*): saglabājiēt labu acu kontaktu, bet “neblenziet”;

R (*relaxed*): relaksēta poza.

Tomēr šajā ļoti praktiskajā vispārējā modelī nav ņemtas vērā tādas nianšes kā sejas izteiksme, apģērbs, kultūras vai dzimuma īpašības. Šajā kontekstā sociālā darbinieka apģērbam reti tiek pievērsta uzmanība, kaut gan apģērbs ir svarīgs, jo īpaši darbā ar klientiem ar GRT. Klientiem ar GRT bieži ir traumatiska pieredze ar hospitalizāciju vai dzīvi iestādēs, kurās darbinieki parasti ģērbjas speciālās darba drēbēs. Tādēļ labāk nevalkāt darbā baltu mēteļi, kas ir līdzīgs slimnīcas personāla formai. Sociālā darbinieka drēbes var nodot klientam dažādas semantiskās ziņas, piemēram, sociālais darbinieks rūpējas par sevi (tīrs, kārtīgs apģērbs), sociālais darbinieks ir neformāls (apģērbs jauniešu stilā). Vispārējs ieteikums sociālajiem darbiniekiem – izvēlēties neitrālu apģērbu, kas piemērots dažādiem darba apstākļiem (darbā ar jauniešiem un viņu vecākiem).

Apģērbu iespējams izvēlēties, bet nav iespējams mainīt citus neverbālās komunikācijas faktorus, piemēram, sociālā darbinieka dzimumu vai vecumu, viņa valodu vai kultūru, ādas krāsu, augumu, balsi toni u. tml. Jāsaprot, ka šie faktori var ietekmēt arī klientus, un viņi var novērtēt sociālo darbinieku kā profesionāli pozitīvā, tā negatīvā veidā, piemēram, bieži vien klienti, kuri piedzīvojuši seksuālu vardarbību, nespēj efektīvi sazināties ar pretējā dzimuma sociālajiem darbiniekiem. Svarīgi ņemt vērā saziņas vajadzības un iezīmes, lai nekaitētu klientiem un efektīvi strādātu. Cilvēkresursu trūkuma situācijā, kad sociālais dienests nevar piedāvāt klientam citu sociālo darbinieku, jāatceras, ka klienta reakcija saziņā ar sociālajiem dienestiem balstās klienta pieredzē.

Daudzus minētos komunikācijas aspektus var identificēt, ja novēro klienta komunikāciju ar viņa ģimenes locekļiem, draugiem un citiem sociālajiem darbiniekiem.

Novērošana ir vēl viena svarīga komunikācijas prasme. Tā attiecas arī uz sociālo darbinieku pašu nekontrolējamo reakciju novērošanu, kā arī spēju pieņemt klientu un kolēģu atsauksmes. Piemēram, sociālā darbinieka negatīvā pieredze kādā gadījumā ar vecākiem ar GRT, kuriem bija problēmas bērnu aprūpē, ietekmē saziņu ar jauno klientu. Konsultācijā, uz kuru māte ar GRT pirmo reizi atnākusi pēc palīdzības, sociālais darbinieks sēž slēgtā pozā, neatbalsta acu kontaktu, runā monotoni.

Neverbālajā saziņā svarīga komunikācijas sastāvdaļa ir **pieskāriens**.⁷⁸ Sociālais darbinieks var izmantot pieskārienu, lai pārliecinātu klientu vai tuvinātos viņam. Pieskārieni jālieto uzmanīgi un ar cieņu:

- izmantojiet pieskārienu cieņpilni, balstoties uz personas vajadzībām, nevis jūsu vajadzībām;
- jums jārespektē klienta kultūra, vecums, etniskā piederība un dzimums;
- jāņem vērā, ka ne vienmēr var prognozēt klientu ar GRT reakciju uz pieskārieniem;
- ļoti svarīgi, lai tiktu ievērota klienta personiskā telpa;
- jābūt informētam par savu komforta līmeni, izmantojot pieskārienu.

⁷⁷ Morrissey, J., Callaghan, P. 2011. *Core communication skills in mental health nursing*. McGraw-Hill. <https://www.mheducation.co.uk/openup/chapters/9780335238705.pdf>

⁷⁸ Turpat.

ALTERNATĪVĀ 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 biroja vai pieskarties tiem, izpētīt biroja telpu.

Komunicējot ar cilvēkiem ar intelektuālas 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 (aizstāj valodu, ja persona vispār nerunā) un augmentatīvā komunikācija (papildina valodu, lai palīdzētu personai izteikties).

Komunikācija ir ļoti individuāls process, un, lai mācītu personai izmantot alternatīvo komunikāciju, nepieciešams atsevišķs speciālists.

Visbiežāk sastopamie alternatīvās komunikācijas līdzekļi:

- žesti, izteiksme, ķermeņa valoda, pieskārieni;
- atbalsta zīmes;
- individuālās atvieglotās zīmes;
- priekšmeti;
- attēli vai fotogrāfijas, zīmējumi;
- piktogrammas, *Bliss* simboli, PECS (attēlu sistēmas);
- komunikāciju tāfeles;
- attēlu grāmatiņas.⁷⁹

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 palīg līdzekļus.⁸⁰

VIEGLĀ VALODA

Vieglā valoda ir valodas forma, kura nodrošina veiksmīgu rakstisko komunikāciju ar personām ar GRT. Šī metode ietver īpašas gramatiskās formas, ilustrācijas, vārdu izvēli u. c. Rakstiskās informācijas pieejamību nodrošina rūpīgi rakstītie teksti, pareizi izvēlētie attēli un materiāla dizains.

Ir dažādi modeļi, taču Latvijā tradicionāli tiek izmantots organizācijas “Vieglās valodas aģentūra” izstrādātais vieglās valodas modelis. Šajā modeli ņemta vērā latviešu valodas specifika.

Vieglās valodas teksta veidošanas pamatprincipi:

- rakstiet konkrēti, neizmantojot abstraktu, tēlainu valodu;
- rakstiet tekstu loģiskā secībā;
- izmantojiet tikai dažus tēlus, bez gara ievada par katru no tiem;
- rakstiet par tiešām un vienkāršām darbībām – nav vajadzīgi gari paskaidrojumi vai sarežģītu paskaidrojumu ķēde;
- neizmantojiet metaforas;
- viena rinda – viens teikums;
- izvairieties no sarežģītiem vārdiem vai arī paskaidrojiet tos;
- sāciet teikumu ar vissvarīgāko;

⁷⁹ Silantjeva, A. 2017. Alternatīvā un augmentatīvā komunikācija – labākai saziņai no Senās Romas līdz mūsdienām. *SOS113*. <http://www.sos113.lv/alternativa-un-augumentativa-komunikacija-labakai-sazinai-no-senas-romas-lidz-musdienam/>

⁸⁰ Sk.: *Latvijas Audiologopēdu asociācija*. http://www.audiologopedi.lv/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=20

- neizmantojiet darbības vārdu ciešamo kārtu;
- izvairieties no nolieguma formām;
- izvairieties no skaitļiem vai arī paskaidrojiet tos.⁸¹

KOMUNIKĀCIJA AR CILVĒKIEM AR DAŽĀDIEM GARĪGA RAKSTURA TRAUCĒJUMIEM

Jāievēro dažas svarīgas nianšes, kuras var palīdzēt veidot efektīvu komunikāciju, ja sociālais darbinieks ir informēts par klienta veselības traucējumiem.

Personām ar depresiju ir nepieciešams ilgāks laiks izrunāties, nekā uz klausīt profesionālus padomus un spriedumus. Tomēr, ja visu laiku runāsit tikai par problēmām, tad atbalstīsiet izkropļotu negatīvu domāšanu. Sociālajam darbiniekam jāatrod īstais brīdis, lai pārietu no sarunas par problēmu uz sarunu par risinājumiem un turpmākajām darbībām. Personas ar depresiju var izraisīt dažādas jūtas sociālajos darbiniekos, piemēram, kaitināt vai radīt bezpalīdzību. Profesionālim jāapzinās, ka pastāvīgs zema līmeņa garastāvoklis un negatīva domāšana ir depresijas simptomi, nevis cilvēka īpašības, tādēļ jāizvairās no apgalvojumiem, kuri rodas automātiski: “Mēs visi cīnāmies ar grūtībām”, “Jums jābūt daudz pozitīvākam!”, “Jums ir tik daudz iemeslu, lai dzīvotu, kāpēc jūs gribat nomirt?”

Darbā ar **personām ar šizofrēniju** nav jādiskutē par kaut ko svarīgu, ja sociālais darbinieks ir dusmīgs vai satraukts. Vispirms sociālajam darbiniekam jānomierinās, lai spētu skaidri domāt un koncentrēties uz konstruktīviem risinājumiem. Sociālajam darbiniekam nevajadzētu komunicēt vairāk, nekā par vienu problēmu. Vienlaikus runājot par vairākām problēmām, klientu var pārslogot. Izvēlieties vienu problēmu, kura ir patiešām svarīga, tad koncentrējieties uz konkrētu darbību, kuru vēlaties mainīt. Piemēram, “Ieva, lūdzu, samaksājiēt rēķinu par elektrību!”, nevis “Ieva, jūs vienmēr aizmirstat samaksāt rēķinus!”



IETEIKUMI KOMUNIKĀCIJAI AR CILVĒKIEM AR ŠIZOFRĒNIJU

Neverbāla komunikācija ⁸²

Atrodieties tuvu klientam, bet neieejiet viņa / viņas personiskajā telpā!

Izrādiet interesi, rūpes un modrību, izmantojot ķermeņa valodu un sejas izteiksmi!

Saglabājiet acu kontaktu ar klientu!

Runājiet mierīgi un skaidri!

Pozitīvu emociju izteikšana

Skatieties uz personu!

Pasakiet tieši to, ko persona izdarīja, kas jums patika!

Pastāstiet cilvēkam, kā viņa uzvedība lika jums justies (nevis “Jūs esat labs saimnieks”, bet “Man patīk, kā jūs ļoti labi iztīrījāt virtuvi”)!

Pozitīva pieprasījuma izteikšana

Skatieties uz personu!

Sakiet tieši to, ko jūs vēlētos, lai persona darītu!

Pastāstiet, kā tas liek jums justies!

Izmantojiet frāzes, piemēram, “Es gribētu, lai jūs...”, “Es tiešām novērtētu, ja jūs...”!

⁸¹ Sagatavots pēc Viegļās valodas aģentūras izdales materiāliem.

⁸² Tips for Effectively Communicating with a Person Who has Schizophrenia. *Schizophrenia*. com <http://schizophrenia.com/pdfs/communicate.pdf>

Negatīvu emociju izteikšana

Skatieties uz personu!

Sakiet precīzi to, ko persona izdarīja, kas jūs apbēdina!

Pastāstiet personai, kā tas liek jums justies!

Iesakiet, kā persona varētu to novērst nākotnē (nevis “Jūs esat biedējoša persona”, bet “Es kļūstu nervoza, kad jūs staigājat apkārt istabai. Vai jūs varētu pasēdēt šeit?”)!

Dažas personas **ar paranoju** var būt nobijušās, tāpēc jāapzinās, ka viņām ir nepieciešams vairāk telpas nekā sociālajiem darbiniekiem.

Personām **ar trauksmi** ir vajadzība tikt uzklautām, tādēļ komunikācijas sākumā jālieto atvērti jautājumi, piemēram, “Kā jūs jūtaties?”, “Ko es varu darīt, lai jūs justos ērtāk?” Ilgāks laiks jāpavada izskaidrošanai – kas notiks, kā, kur u. tml. Svarīgi nevis ieteikt personai atpūsties vai nomierināties, bet gan atrast praktiskus veidus, kā atpūsties / nomierināties. Sazinoties ar trauksmes pārņemtu cilvēku, sociālajam darbiniekam jāapzinās arī savas emocijas, jo arī sociālais darbinieks var būt satraukts. Ieteicams pirms komunikācijas sākuma dziļi ieelpot un nomierināties. Arī labs humors var palīdzēt mazināt stresu sarunas laikā.

Daudzi klienti ar **autisma spektra traucējumiem** izvēlas izvairīties no acu kontakta, un sociālajam darbiniekam jāpieņem šī izvēle.

Ja **persona ar intelektuālās attīstības traucējumiem un īpašām komunikācijas vajadzībām** brīvi verbāli sazinās, jāievēro dažas nianšes.



IETEIKUMI VERBĀLAI KOMUNIKĀCIJAI AR PERSONĀM AR INTELKTUĀLAS ATTĪSTĪBAS TRAUCĒJUMIEM⁸³

Izmantojiet vienkāršu valodu! Izvairieties no žargona!

Izmantojiet īsus, vienkāršus teikumus!

Izmantojiet konkrētu, nevis abstraktu valodu, piemēram, “Parādiet man...”, “Pasakiet man...”, “Dariet (to)...”, ar žestu “Nāciet ar mani”!

Jautājiet “Vai jūs esat dusmīgs? Vai jūs esat noskumis? Vai jūs esat laimīgs?”, nevis “Kā jūs jūtaties?”

Konkretizējiet laiku, izmantojot piemērus no ikdienas un pazīstamām rutīnām (piemēram, brokastu laiks, pusdienu laiks, pirms gulētiešanas)!

Sazinoties neverbālajā līmenī, sociālajam darbiniekam jāsaprot, ka ir iespējamās grūtības izprast klientu ķermeņa valodu vai sejas izteiksmi klienta muskuļu tonusa dēļ. Sociālajam darbiniekam jāizvaicā tie cilvēki, kuri klientu labi pazīst un zina par klienta ķermeņa valodas īpatnībām.

⁸³ Health care for adults with intellectual and developmental disabilities. Toolkit for Primary Care Providers. Communicating effectively. *Vanderbilt University Medical Center*. <https://vkc.mc.vanderbilt.edu/etoolkit/general-issues/communicating-effectively/>

4.4. KONSULTĒŠANAS PRASMES DARBĀ AR PILNGADĪGĀM PERSONĀM AR GRT

Klientu konsultēšanas loma sociālajā darbā ir grūti definējama, un tā ir nepārtrauktas diskusijas temats pētniecības literatūrā.⁸⁴ Konsultēšana nav nejaušs, bet ir mērķtiecīgs process. Tas ir attīstības process, kurā viens indivīds (sociālā darba konsultants) nodod citai personai vai grupai (klientiem) vadlīnijas un iedrošinājumu, kā arī izaicinājumus un iedvesmu, radoši pārvaldot un risinot praktiskās, personiskās un attiecību problēmas mērķu sasniegšanā un pašrealizācijā.⁸⁵

Tādēļ konsultēšana ir specifiskāks un sarežģītāks process nekā vienkārši komunikācija ar klientu. Lai gan sociālajā dienestā sociālā darbinieka funkcijās bieži vien netiek dota iespēja pilnvērtīgai konsultēšanai, nevar ignorēt šo sociālā darba jomu, jo īpaši darbā ar pilngadīgu klientu ar GRT – konsultēšanas prasmes ir būtiskas krīzes situācijās vai pārejas periodos.

Bieži vien sociālais darbinieks izmanto konsultēšanas elementus visā sava darba laikā – pirmreizējā izvērtēšanā, kā arī piešķirot vai sniedzot pakalpojumu. Iepazīstinot klientu ar sevi, ir svarīgi ne tikai pateikt savu vārdu, bet arī pateikt, ko jūs varat piedāvāt, jo tas palīdz klientam iegūt reālu priekšstatu par to, ko var un ko nevar sagaidīt no sociālā darbinieka, un izvirzīt darba uzdevumu un virzienu.

4.4.1. Aktīvā un konstruktīvā klausīšanās

Klausīšanās pati par sevi ir ļoti terapeitisks process, jo tas palīdz klientam justies pieņemtam, nozīmīgam un cienītam, sadzirdētam un saprastam, saistītam ar citiem cilvēkiem. Klausīšanās veido uzticības sajūtu, pateicoties kurai, persona ir spējīga lūgt palīdzību un sniegt atgriezenisko saiti par saņemtajiem pakalpojumiem, izteikt emocijas, pilnvērtīgi piedalīties sociālā darba procesā.

Tieši tādēļ dažreiz cilvēki nāk pie sociālā darbinieka, lai vienkārši parunātos.

Aktīvā klausīšanās ir process, kura laikā speciālists aktīvi izmanto domāšanu, ķermeņa valodu un sajūtas, lai pilnībā pievērstu uzmanību tam, ko saka persona. Aktīvā klausīšanās ir prasme, kas jāapgūst, un tā sastāv no dažādām darbībām:

- atrast laiku, lai klients izstāstītu savu stāstu klusā un privātā telpā;
- klausīties, lai saprastu personas ziņu vai viedokli;
- pievērst pilnu uzmanību tam, ko persona saka, zinot, kā rīkoties ar ārējiem satricinājumiem, piemēram, ar trokšņiem, un ar iekšējiem satricinājumiem, piemēram, domām par to, ko teikt tālāk;
- sniegt verbālus un neverbālus norādījumus par to, ka sociālo darbinieku interesē stāsta turpinājums, piemēram, apliecinot ar “Jā!”, “Hmm...”, “Noteikti!”, “Es redzu!”, “Lūdzu, turpiniet!” u. tml.

Aktīvās klausīšanās procesā ļoti svarīgs ir klusums. Klusums nodrošina “telpu” klienta “iekšējam darbam” – padomāt un sajūst sevi. Sociālajam darbiniekam jābūt spējīgam uzturēt klusumu un būt mierīgam šādos brīžos.

Komunikācijā ar personām ar GRT klusums var būt daudz ilgāks nekā komunikācijā ar citām klientu grupām. Ja sociālais darbinieks zina, kā konsultēšanā pareizi izmantot klusumu, klients sajutīs, ka viņš sociālajam darbiniekam ir svarīgs, jo sociālajam darbiniekam ir laiks, lai paklusētu kopā ar klientu, kā arī klientam ir “telpa”, lai vienkārši būtu, bez nepieciešamības kaut ko steidzami darīt.⁸⁶

⁸⁴ Hill, M., Ford, J., Meadows, F. 1990. The place of counselling in social work. *Practice*. 4, 156–172. https://www.researchgate.net/publication/233209475_The_place_of_counselling_in_social_work

⁸⁵ Rowland, N. 1993. What is Counselling? No: *Counselling in General Practice*. London: Routledge, 17–30.

⁸⁶ Morrissey, J., Callaghan, P. 2011. *Core communication skills in mental health nursing*. McGraw-Hill. <https://www.mheducation.co.uk/openup/chapters/9780335238705.pdf>

4.4.2. Jautājumu formulēšana (atvērtie un slēgtie jautājumi), pārfrāzēšana

Pārfrāzēšanu biežāk izmanto profesionālajās konsultācijās nekā regulārajās, neformālajās sarunās. Precīza pārfrāzēšana liecina, ka sociālais darbinieks klausās uzmanīgi, jo pārfrāzēšana fokusējas uz klientu un klienta situāciju.

Neefektīva komunikācija

Klients: “Biju pie ārsta, un viņa attieksme pret mani bija pretīga! Esmu tik dusmīgs!”

Sociālais darbinieks: “Es arī dažkārt esmu dusmīga uz ārstiem, bet es kontrolēju savas sajūtas.”

Pārfrāzēšana

Klients: “Biju pie ārsta, un viņa attieksme pret mani bija pretīga! Esmu tik dusmīgs!”

Sociālais darbinieks: “Izklausās, ka jūs esat ļoti neapmierināts ar vizīti pie šī ārsta!”

Pārfrāzēšana dod speciālistam iespēju pārbaudīt, vai viņa izpratne ir pareiza, bet klientam – iespēju mainīt sociālā darbinieka izpratni.

Pārfrāzēšanai var būt dažādi veidi:

- īss paziņojums, kas atspoguļo mūsu izpratni par faktiem vai jūtām, par ko klients tikko mums stāstījis, piemēram, “Vakar bija brīnišķīga diena, jo es devos pie savas tantes un viņas ģimenes.” / “Jums bija prieks apmeklēt radus.”;
- atkārtojums, piemēram, “Es vispār nesaprotu, ko darīt!” / “Jūs nesaprotat, ko darīt.”;
- noskaidrošana, piemēram, “Tad Jānis ir jūsu labākais draugs?” vai “Vai es pareizi saprotu, ka sociālais dienests nepiedāvāja jums šo pakalpojumu?”

Svarīgi ir neizmantot pārāk daudz noskaidrošanas jautājumu, jo tie klientam var radīt iespaidu, ka sociālais darbinieks neklausās uzmanīgi, ka klientu ir grūti saprast.

Darbā ar cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem un tiem, kuriem ir īpašas saziņas vajadzības, sociālajam darbiniekam jāsaņem gan tas, ko viņš saprot, gan tas, ko nesaprot klienta teiktajā. Vienlaikus svarīgi ir pārbaudīt klienta izpratni. Klientiem, kuri brīvi runā, sociālais darbinieks var uzdot šādus jautājumus: “Vai jūs varat man atkārtot to, ko es tikko teicu?”, “Vai varat pateikt, ko es darīšu un kāpēc?”

Konsultācijas beigās jūs varat apkopot to, ko esat dzirdējuši, izmantojot klienta frāzes un vārdus. Šim kopsavilkumam ir gandrīz tāda pati funkcija kā pārfrāzēšanai, bet tas ir garāks, jo tajā minēti visi svarīgie temati un detaļas, un kopsavilkums var būt veids, kā sākt turpmāko darbību plānošanu. Konsultācijās pārāk daudzi kopsavilkumi pārorientē uzmanību no klienta stāsta uz speciālista interpretāciju.

Jautājumu uzdošana ir galvenā un visefektīvākā konsultāciju metode. Jautājumi koncentrē klientu uzmanību uz lietām, kas varētu būt noderīgas viņu situācijās. Tomēr ne visi jautājumi ir noderīgi. Tādēļ sociālajam darbiniekam jāzina, kuri jautājumi varētu būt noderīgi un kā veidot šos jautājumus.

Jautājumu veidi

Kognitīvie, afektīvie, uz uzvedību un laiku orientētie jautājumi.⁸⁷

- Kognitīvie jautājumi koncentrējas uz cilvēka domām vai uzskatiem:
Par ko jūs domājat, kad jums ir panikas lēkmes?
Kā jūs domājat, kāpēc bālsis saka šīs lietas?
- Afektīvie jautājumi koncentrējas uz cilvēka jūtām, garastāvokli:
Kā jūs jutāties, kad jums pateica par dēla diagnozi?
Kā jūs jutāties, kad bālsis jūs aizskar?
Kā jūs jutāties pēc tam, kad sagraizījāt sevi?

⁸⁷ Morrissey, J., Callaghan, P. 2011. *Core communication skills in mental health nursing*. McGraw-Hill. <https://www.mheducation.co.uk/openup/chapters/9780335238705.pdf>

- Uzvedības jautājumi koncentrējas uz personas uzvedību vai rīcību:
Ko jūs darījāt, kad bija panikas lēkme?
Ko dara jūsu dēls, kad viņš dusmojas?
Ko jūs varat darīt, lai mazinātu stresu, kuru izraisa bālsis?
- Uz laiku orientētie jautājumi koncentrējas uz tēmām, kas ir saistītas ar laiku, piemēram, pagātni, tagadni un nākotni:
Ko jūs agrāk darījāt, lai palīdzētu sev tikt galā ar bālsim?
Ko jūs varat darīt tagad, lai samazinātu vēlmi sagriezt sevi?
Ko jūs varētu darīt nākamā divu stundu laikā, lai justos droši?

Slēgtie jautājumi un atklātie jautājumi. Slēgtie jautājumi ir noderīgi, apkopojot informāciju, bet tiem ir ierobežota vērtība – ja tos izmanto pārāk daudz, tie rada iespaidu, ka klients tiek pratināts. Piemēram, “Vai jūs esat lietojis zāles? Vai jūs bijāt pie ārsta? Vai jūs dzirdat bālsis? Vai jūs bijāt slimnīcā? Vai jums patīk dzīvot institūcijā?”

Atklātie jautājumi var nebūt noderīgi, ja nepieciešama konkrētas informācijas iegūšana, vai tad, kad persona ir pārāk nomākta, lai atbildētu uz atvērto jautājumu (viņa ir šokā vai akūtā sērošanā), ja sociālajam darbiniekam nav īsti laika, lai klausītos ilgu atbildi. Pārējās situācijās jādod iespēja klientam izstāstīt savu stāstu, nevis tikai atbildēt ar “jā” vai “nē”. Atklātie jautājumi palīdz veidot sadarbības attiecības ar klientu, jo, uzdodot šādus jautājumus, parādām, ka klienti spēj paši novērtēt informāciju, ar kuru viņi vēlas dalīties, un ka sociālais darbinieks ir ieinteresēts viņu pieredzē. Šie jautājumi sākas ar vārdiem “kas”, “kā”, “kad” vai arī ar ierosinošām frāzēm, piemēram, “Vai jūs varat man pastāstīt mazliet vairāk par to, kas ietekmē jūsu noskaņojumu?”

Atklāto jautājumu piemēri⁸⁸

- Kad jūs pirmo reizi dzirdējāt bālsis?
- Cik bālsis jūs dzirdat?
- Ko bālsis jums saka?
- Kad bālsis ir visskaļākās?
- Kas zina, ka jūs dzirdat bālsis?
- Kā jūs jūtaties, kad bālsis saka...?
- Ko jūs darījāt, kad bālsis kļuva skaļākas?
- Kas palīdz jums tikt galā ar bālsim?

Papildu slēgtajiem jautājumiem ir vēl daži jautājumu veidi, kas var nebūt noderīgi.

Starp tiem ir **ierosinājumu jautājumi**, tie ietver sociālā darbinieka perspektīvas noteikšanu vai ierosinājumus un nepalīdz veidot efektīvu aliansi ar klientu, piemēram, “Es nedomāju, ka jūs esat apmierināts ar savu dzīvesveidu, vai ne?”

Uzdodot vairākus jautājumus reizē, rodas neskaidrības gan klientam, gan sociālajam darbiniekam, jo nevar saprast, uz kuru jautājumu klients atbildēja, piemēram, “Ko teica ārsts, kad teicāt viņam par savām panikas lēkmēm? Vai viņš runāja ar jums par zālēm un vai viņš nosūtīja jūs uz atbalsta grupu?”

Ar “**vai nu**” / “**vai**” jautājumi ir gan ierosinoši, gan ierobežojoši, jo piedāvātās iespējas ir tādas, kādas izvēlējies speciālists, nevis klients, piemēram, “Ko jūs vēlaties darīt, doties pastaigā vai apmeklēt atbalsta grupu?”

Jautājums ar “**kāpēc**” var izraisīt personas paš aizsardzības atbildi, jo neprasa aprakstu, bet paskaidrojumu, piemēram, “Kāpēc jūs negājāt uz NVA?”, “Kāpēc jūs turpināt tikties ar šo personu?” Šos jautājumus klients var uztvert tā, it kā sociālais darbinieks neticētu klientam vai arī sociālais darbinieks nejustu empātiju. Labāk izmantot citus formulējumus vārda “kāpēc” vietā, piemēram, “Kas jūs apturēja?”, “Kas notika, kas lika jums to izdarīt?”, “Kurš tā lika jums teikt?”

Daudziem klientiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem uztveres (izpratnes) komunikācijas

⁸⁸ Morrissey, J., Callaghan, P. 2011. *Core communication skills in mental health nursing*. McGraw-Hill. <https://www.mheducation.co.uk/openup/chapters/9780335238705.pdf>

prasmes ir spēcīgākas, nekā izteiksmes prasmes. Un otrādi, cilvēka izteiksme reizēm var radīt iespaidu par labāku izpratni nekā patiesībā ir, tādēļ ir svarīgi pārbaudīt klienta izpratni – jāpārfrāzē un jāatkārto jautājums, var to pat pierakstīt, ja klients māc lasīt. Ir arī jāņem vērā, ka daži klienti mēdz ilgi klusēt, pirms atbild uz jautājumu.

4.4.3. Informācijas izvēle un analīze konsultēšanā

Konsultācijas laikā sociālajam darbiniekam jāzina, kura informācija būs noderīga, kura nebūs noderīga turpmākajam darbam.

Lai gan tradicionālās konsultēšanas pieejas ir vairāk orientētas uz problēmām un ierobežojumiem, pašreizējās sociālā darba perspektīvas (piemēram, spēka perspektīva) ir vairāk orientētas uz klientu resursu, stipro pušu, pārvarēšanas stratēģiju un izņēmumu vai “unikālo rezultātu”⁸⁹ (momentu, kad klients spēj tikt galā ar problēmu) un vērtību meklēšanu. Darbā ar personām ar GRT, kuru problēmas galvenokārt ir saistītas ar viņu veselības stāvokli, koncentrēšanās tikai uz veselības stāvokli var novest strupceļā.

Sociālais darbinieks gan respektē un atzīst personas ciešanas, ir gatavs uzklaut klienta stāsta problemātisko daļu, gan aktīvi mēģina identificēt cita veida informāciju no klienta teiktā.

Jautājumi, kas var palīdzēt:

- Kā jūs to izdarījāt? Piemēram, kliente, kura cieš no trauksmes vai depresijas, izgāja no mājām, lai pavadītu kādu laiku kopā ar bērniem.
- Kā jums izdevās to izdarīt?
- Kad bija pēdējā reize, kad jums ir izdevies izdarīt to pašu? Kā jums izdevās to izdarīt?
- Ko jūs darījāt citādāk nekā parasti?
- Kas jums palīdzēja?
- Kurš nebūs pārsteigts, uzzinot, ko esat sasniegjis?
- Ko šie cilvēki zina par jums – par jūsu vērtībām, nodomiem, stiprām pusēm, spējām?

Klienta atbildes svarīgi ir apkopot un konsultācijas beigās sniegt klientam atgriezenisko saiti, izmantojot personas vārdus un formulējumus. Piemēram, “Jūs teicāt, ka jūsu māte zina, ka jūs spējat to izdarīt, jo viņa zina, ka bērni ir kā Dieva dāvana jums.” Informācijas kopsavilkumu var apvienot ar nelielu nākamo soli, ko klients varētu veikt uzreiz pēc konsultācijas virzienā uz savu mērķi vai vēlamu nākotni.

4.4.4. Izpratne par klienta problēmām, motivācijas veicināšana, sadarbības veidošana: modernās pieejas konsultēšanā⁸⁹

Izpratne par klienta problēmām, motivācijas veicināšana, sadarbības veidošana ir savstarpēji saistītas, tās tiek izmantotas modernajās konsultēšanas pieejās – naratīvajā pieejā un uz risinājumu orientētajā pieejā.⁹⁰

Garīga rakstura traucējumu stigmatizācija izpaužas tā, ka cilvēku identificē, vadoties pēc viņa problēmas, viņa diagnozes – viņš ir “psihs”, “šizofrēniķis” vai “garīgi atpalicis”. Lielākā daļa cilvēka dzīves notikumu tiek izskaidrota, balstoties uz šo identifikāciju. Šķiet, ka diagnoze un persona kļūst par vienu un to pašu. Kļūst neiespējami virzīties uz jebkādam pārmaiņām, jo cilvēks pats par sevi ir problēma.

Naratīvajā pieejā ir īpaša metode, ar kuras palīdzību tiek risināta šī problēma konsultēšanas laikā, – eksternalizācija⁹¹ jeb problēmas atšķiršana un izvēršanās ārpus klienta robežām.

⁸⁹ Кутузова, Д. 2009. Уникальные эпизоды. *Narrlibrus*. <https://narrlibrus.wordpress.com/2009/02/04/unique-outcomes/>

⁹⁰ *Rokasgrāmata: Metodes un pieejas sociālā darba jomā*. Kuldīga: Kuldīgas novada aģentūra “Sociālais dienests”, 2011. <http://www.sif.gov.lv/nodevumi/nodevumi/3167/rokasgramata.pdf>, <http://www.osta-centrs.lv/materiali/>

⁹¹ Turpat.

Eksternalizācijas jautājumi⁹²

- 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?
- Piemēram, cilvēks sauc depresiju par “skumjām”, un, kad tiek lūgts iedomāties, kā šīs skumjas izskatās, tās apraksta kā mazu melnu kaķi.
- Cik ilgi skumjas ir jūsu dzīvē?
- Kā skumjas ietekmē jūsu dzīvi?
- Kā skumjas ietekmē jūsu enerģiju ikdienas darbiem?
- Vai skumjas ietekmē jūsu attiecības ar citiem ģimenes locekļiem? Kā?
- Kā skumjas ietekmē jūsu bērna dzīvi?
- Vai jūs pieņemat to, ko skumjas dara?
- Vai šīs sekas ir pieņemamas jums vai nē?
- Kādēļ tā ir? Kāpēc jūs tā domājat par skumjām?
- Kā jūs vēlētos, lai būtu?
- Atceroties visu, ko tikko teicāt, kā varētu izskatīties nākamais mazais solis?

Naratīvajā pieejā un uz risinājumu orientētajā pieejā svarīgi ir runāt par vēlamu nākotni. Tas ir būtiski, lai veicinātu cilvēka motivāciju un virzību uz priekšu no problēmu radītā strupceļa. Uz risinājumu orientētā pieeja sniedz padomus, kā iegūt detalizētu un pilnīgu aprakstu par cilvēka iecerēto nākotni. Apraksts ir vizualizējams un ir tieši saistīts ar cilvēka individuālās dzīves realitāti.

Šos jautājumus ir būtiski uzdot pašā konsultācijas sākumā, lai motivētu klientu strādāt pie pārmaiņām un sadarboties ar sociālo darbinieku.

Jautājumi par vēlamu nākotni⁹³

- Kā jūs saprātīsiet, vai mūsu sadarbība bija noderīga?
- Kurp pēc jūsu cerībām (par sadarbību ar sociālo darbinieku) mūsu sadarbība aizvedīs?
- Kādas izmaiņas pēc jūsu cerībām (par sadarbību ar sociālo darbinieku) sadarbība radīs?
- Kā jūs pamanītu, kas jums liktu saprast, ka bija vērts nākt uz konsultācijām?

Vēlamā nākotne raksturojas kā nākotne, kurā klients ir sasniedzis to, ko viņš vēlas no sadarbības ar konsultantu, nevis nākotne, kurā viss kaut kādā veidā kļuvis pilnīgs, ideāls.

Konsultants aicina klientu ienākt šajā hipotētiskajā nākotnē un aprakstīt:

- kā cilvēks uzzinātu, ka viņa cerības no sadarbības ir attaisnojušās;
- ko ir ietekmējusi cerību īstenošanās.

Parasti klientu lūdz sākt izmaiņas aprakstīt ar brīdi, kad viņš otrā dienā no rīta pamostas, piemēram, “Pieņemsim, jūs rīt pamostaties un uzzināt, ka jūs spējat tikt galā ar savu dzīvi tā, kā jums ir nepieciešams...”

Klientu var motivēt, izmantojot skalas jautājumus. Tos var uzdot gan konsultēšanas sākumā, gan nākamajās tikšanās reizēs. Klientam lūdz nosaukt vietu uz skalas, kur viņš atrodas šobrīd attiecībā pret sasniegtajām cerībām par sadarbību ar sociālo darbinieku. Tālāk sociālais darbinieks var interesēties par atšķirībām starp klienta šī brīža vērtējumu un “0”:

- Kas norāda uz to, ka esat šajā pozīcijā, bet ne uz “0”?
- Ko jūs esat izdarījis, kas jums ir palīdzējis sasniegt šo pozīciju?

Būs brīdis, kad sociālais darbinieks vēlēties sākt sarunu par pavirzīšanos pa skalu uz augšu, palīdzēt klientam fokusēties uz nelielām tālāka progresā pazīmēm. Tomēr vispirms jāmeklē detalizētas pazīmes, kas saistītas ar progresu, kuru klients jau ir sasniedzis. Lai izzinātu šīs detaļas, sociālais darbinieks vairākas reizes uzdod jautājumu: “Un kas vēl?” Visas klienta nosauktās atbildes ir klienta resursi, klienta spēcīgās puses un iespējamais atbalsts.

Pēc tam klients var identificēt nākamo soli, ko viņš veiks. Sociālajam darbiniekam jāapzinās, ka šis solis patiešām ir kaut kas mazs, sasniedzams, kaut kas, ko klients var saskatīt.

⁹² Pielāgots no: Externalising Conversations. The Statement of Position Map – Version 1. *Re-authoring Teaching*. <https://reauthoringteaching.com/pages-not-in-use/externalising-conversations-handout/>

⁹³ Shennan, G. 2014. *Solution – Focused Practice. Effective Communication to Facilitate Change*. London: Palgrave Macmillan, 49–74.

5

Sociālais darbs ar pilngadīgām personām ar GRT

5.1. SOCIĀLĀ DARBA SPECIFIKA, STRĀDĀJOT AR PILNGADĪGĀM PERSONĀM AR GRT: KAS SOCIĀLAJAM DARBINIEKAM JĀZINA NO PAŠA DARBA SĀKUMA

Kad sociālais darbinieks sāk strādāt ar personām ar GRT, viņam jārikojas saskaņā ar mūsdienīgām teorijām un izpratni par GRT.

Mūsdienīgs sociālā darba viedoklis par invaliditāti, tostarp invaliditāti, kuras pamats ir GRT, balstīts uz invaliditātes sociālo modeli (sk. 4.1.3.). Zināms, ka invaliditāti rada mijiedarbība starp cilvēkiem ar traucējumiem un vidi ar fiziskiem, attieksmes, saziņas un sociāliem šķēršļiem. Lai cilvēki ar invaliditāti varētu piedalīties sabiedrībā vienlīdzīgi ar citiem, jāmaina fiziskā, attieksmes, saziņas un sociālā vide. Sociālais modelis oficiāli atzīts Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām.⁹⁴

Sociālajā modeli invaliditāte nav katra konkrētā cilvēka problēma, bet gan sabiedrības problēma, kas atbilst arī sociālā darba vispārējai perspektīvai. Sociālais darbs ir vienīgais, kurā var pilnībā izmantot un īstenot šo principu praksē, un sociālo darbinieku šajā jomā nevar aizstāt ar psihologu vai psihiatru, vai ar politikas jomu.

Tādēļ, uzsākot darbu ar personām ar GRT, sociālais darbinieks nekad nedrīkst zaudēt šo perspektīvu un domāt, ka medicīniskais modelis ir pietiekams, lai izskaidrotu visu, kas notiek ar personu un risinātu viņas problēmas.

⁹⁴ Kanter, A. 2015. *The Development of Disability Rights under International Law. From Charity to Human Rights*. London: Routledge, 7–8.

5.2. PAŠREIZĒJĀS TENDENCES SOCIĀLAJĀ DARBĀ AR KLIENTIEM, TOSTARP PERSONĀM AR GRT: VISPĀRĪGS APRAKSTS

5.2.1. Spēka perspektīva

Laika gaitā ir mainījusies izpratne par to, kas ir garīgā veselība, kā arī izpratne par to, kādi pakalpojumi ir vajadzīgi personām ar GRT – tas viss ir jāanalizē, izmantojot kritiskās refleksijas prasmes.

Kritiskais sociālais darbs ir moderna sociālā darba teorija, kurā valda uzskats, ka individuālie klienti saistīti ar plašāku sociālo un politisko sfēru, mērķis ir dziļāk izprast klientu situācijas un veicināt sociālās pārmaiņas. Kritiskais sociālais darbs vērsts uz sociālo taisnību, nevis koncentrēts uz atsevišķu personu problēmām.⁹⁵ Šāda pieeja ir ļoti svarīga, strādājot ar mazaizsargātām grupām, to skaitā personām ar GRT, jo tā liek kritiski reflektēt un palīdz mainīt sabiedrību, mazinot diskrimināciju.

Pret apspiešanu un diskrimināciju vērsta sociālā darba prakse ir starpnozaru pieeja, kas galvenokārt saņojas kritiskā sociālā darba praksē un ir vērsta uz sociālekonomiskās apspiešanas pārtraukšanu.⁹⁶ Praktizētajam kritiski jāizpēta varas attiecības saistībā ar sociokulturālo un politisko kontekstu. Lai izstrādātu stratēģijas un izveidotu vidi, kurā nav apspiestības, rasisma un citu diskriminācijas formu, ir jāsaistās juridiskā un politiskā līmeņa aktivitātēs. Vispārējā kopienas praksē tas nozīmē, ka ir jāreaģē uz apspiešanu no dominējošo grupu un indivīdu puses. Sociālajos dienestos pret apspiešanu un diskrimināciju vērsta sociālā darba pieeja regulē jebkuru iespējamo apspiešanas praksi un palīdz nodrošināt labklājības pakalpojumus iekļaujošā veidā.

Cilvēktiesībās balstīta prakse ir vēl viena no mūsdienu sociālā darba prakses pieejām, kas nodrošina, ka tiek izmantoti cilvēktiesību principi un standarti, kā arī tiek pārveidotas tradicionālās attiecības starp speciālistiem, t. sk. sociālajiem darbiniekiem, un personām, kas izmanto pakalpojumus. Prakses pamatprincipi ir: iekļaut cilvēktiesību principus un standartus politikas un plānošanas pamatā, nodrošinot atbildību, līdzdalību un iesaistišanos, nediskrimināciju un uzmanību mazāk aizsargātām grupām.⁹⁷

Spēka perspektīva⁹⁸ ir mūsdienīga alternatīva uz patoloģiju un problēmu orientētai pieejai. Lai nepievērstu pārāk daudz uzmanības klientu problēmām un trūkumiem, spēka perspektīva koncentrējas uz klientu spējām, talantiem un resursiem, indivīdu, ģimeņu, grupu un organizāciju raksturīgajām stiprajām pusēm, izceļot personiskās priekšrocības, lai palīdzētu klientam un saskatītu lielākas iespējas.

Spēka perspektīvā balstītās pieejas ir:

- uz risinājumu orientēta pieeja;
- uz stiprajām pusēm balstīta gadījuma vadība;
- naratīvā prakse;
- ģimenes atbalsta pakalpojumi.

⁹⁵ Barak, A. 2016. Critical Consciousness in Critical Social Work: Learning from the Theatre of the Oppressed. *The British Journal of Social Work*. 46, 1776–1792. <https://academic.oup.com/bjsw/article/46/6/1776/2422301>; Herz, M. 2011. Critical Social Work – Considerations and Suggestions. *Critical Social Work*. 12, 1. <http://www1.uwindsor.ca/criticalsocialwork/critical-social-work-%E2%80%93-considerations-and-suggestions>

⁹⁶ Okitkpi, T., Aymer, C. 2010. *Key Concepts in Anti-Discriminatory Social Work*. London: Sage, 184.

⁹⁷ Coppock, V., Dunn, B. 2010. *Understanding Social Work Practice in Mental Health*. London: Sage, 170.

⁹⁸ Hammond, W., Zimmerman, R. A. Strengths-Based Perspective. *Evergreen School Division*. https://www.esd.ca/Programs/Resiliency/Documents/RSL_STRENGTH_BASED_PERSPECTIVE.pdf

⁹⁹ Williams, P., Evans, M. 2013. *Social Work with People with Learning Difficulties*. London: Learning Matters, 2010.; Kopienas iesaistišanās: veselības un labklājības uzlabošana un nevienlīdzības mazināšana veselības jomā. Projekts apspriešanai. *NICE vadlīnijas*. 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/documents/draft-guideline>; A Guide to Community-centred Approaches for Health and Wellbeing. *Public Health England*. 2015. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/417515/A_guide_to_community-centred_approaches_for_health_and_wellbeing_full_report_.pdf

Kopienas iesaistīšanās / uz kopienu vērsta pieeja⁹⁹ sniedz iespēju klientiem pašiem kontrolēt savu dzīvi un piedalīties lēmumu pieņemšanā, uzlabojot klientu veselību un labklājību. Pieejas mērķis ir maksimāli palielināt sabiedrības līdzdalību vietējo iniciatīvu plānošanā, izstrādē, īstenošanā un novērtēšanā, jo sabiedrības dzīves kvalitāte, sociālais atbalsts un sociālie tīkli būtiski ietekmē klientu fizisko un garīgo veselību. Labas sociālās attiecības un klientu iesaistīšanās kopienas dzīvē veicina garīgās veselības uzlabošanos un var nodrošināt aizsardzību pret grūtībām vai stresa izraisītājiem.

5.2.2. Klients ir savas dzīves eksperts

Mūsdienās noris lielas pārmaiņas, kā sociālajā darbā redz un uztver klientu. Ideja par to, ka klients ir savas dzīves eksperts, radusies Karla Rodžersa izstrādātajā terapijā, kas ir uz klientu orientēta pieeja. Ideja ilgstoši attīstījās dažādās sociālā darba jomās, tostarp sociālajā darbā ar personām ar GRT. Šo ideju dažkārt formulē šādi: sociālais darbinieks ir sociālā darba procesa un metožu eksperts, un klients ir savas dzīves pieredzes eksperts. Praksē tas nozīmē, ka sociālais darbinieks jautā klientam:

- Ko klients vēlas, kam jāmainās viņa dzīvē? Pēc tam sociālais darbinieks pieņem paša klienta problēmas definīciju.
- Kas būs atšķirīgs klienta dzīvē, ja problēma atrisināsies? Sociālais darbinieks pieņem un ievēro paša klienta mērķus, kurus klients vēlas sasniegt savā dzīvē, un veidu, kā klients formulē šos mērķus (paša klienta vārdi).
- Sociālais darbinieks aicina klientu pastāstīt par gadījumiem, kad ir izdevies tikt galā ar problēmām. Sociālais darbinieks uzskata šos mirkļus par klienta iekšējiem resursiem (stiprajām pusēm) un par informācijas avotiem par personai pieejamiem ārējiem resursiem (atbalstu no citiem).¹⁰⁰

Ideja par to, ka klients ir savas dzīves eksperts, kļuvusi tik populāra, ka daži praktiķi un teorētiķi ierosinājuši aizstāt klasiskos terminus “klienti” vai “pakalpojumu lietotāji” ar terminu “eksperti pēc pieredzes”. Šis jēdziens tiek uzskatīts par pagrieziena punktu sociālā darba praksē (sk.10. tab.).

10. tabula. Galvenie principi un šķēršļi uz klientu orientētā praksē.¹⁰¹

UZ KLIENTU ORIENTĒTĀ PRAKSE	
Galvenie principi	Šķēršļi
Iespēju nodrošināšana – sadarbība ar klientiem, nevis darīšana klienta vietā. Izvairīšanās no paternālisma.	Patstāvīga klienta perspektīvas nepietiekama novērtēšana vai ignorēšana.
Partnerība – klienti tiek uzskatīti par “ekspertiem pēc pieredzes”. Klientiem ir tiesības definēt savu pieredzi un atrast savus risinājumus, nevis profesionāļi zina, kā ir labāk.	Nespēja atzīt daudzveidību.

Tabulas turpinājumu sk. 88. lpp.

¹⁰⁰ De Jong, P., Berg, I. 2002. *Interviewing for solutions*. Pacific Grove: Brooks/Cole, 18–19.

¹⁰¹ Coppock, V., Dunn, B. 2010. *Understanding Social Work Practice in Mental Health*. London: Sage, 21.

UZ KLIENTU ORIENTĒTĀ PRAKSE	
Galvenie principi	Šķēršļi
Empātiska pieeja – vēlme aplūkot situācijas no klientu skatpunkta.	Uzmanības trūkums, cilvēku pieredze un GRT izpausmes
Klientu un aprūpētāju iesaistīšana pakalpojumu izstrādē un sniegšanā.	Šaura medicīniskā modeļa nostiprināšana.

Dzīvesspēks¹⁰² (angļu val. *resilience*) ir vēl viena jauna koncepcija sociālajā darbā. Kas attiecas uz klientu – neprognozējams, īpaši veiksmīgi pielāgojams negatīviem dzīves notikumiem, traumām, stresam un citiem riska veidiem. Atbilstoši šai perspektīvai, ja sociālais darbinieks var saprast, kas ir tas, kas palīdz dažām personām ar invaliditāti labi funkcionēt paaugstināta stresa kontekstā, viņš var iekļaut šīs zināšanas praksē ar šīm personām.

Atlabšana,¹⁰³ runājot par garīga rakstura traucējumiem, šī ir moderna koncepcija, kurā uzsvērts un atbalstīts cilvēka atlabšanas potenciāls. Atlabšana parasti tiek uzskatīta par personīgo ceļojumu, nevis noteiktu rezultātu. Atlabšana var būt saistīta ar cerībām un drošības sajūtu, atbalstošām attiecībām, sociālo iekļaušanu. Atlabšanā simptomus uzskata par dažādiem normas veidiem, kuros vairs nav nošķiruma – “normāls” un “nenormāls”.

Atlabšanas process var ietvert:

- dzīves jēgas un mērķa atrašanu;
- pilna potenciāla sasniegšanu un sociālo saišu izveidošanu;
- pozitīvas personiskās un sociālās identitātes atklāšanu;
- kontroles par savu dzīvi atgūšanu;
- stratēģijas, lai pārvaldītu visas notiekošās grūtības.

Interesu aizstāvība invaliditātes jomā¹⁰⁴ 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, pārstāvēt 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 uzklašātam, 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.

¹⁰² Zimmerman, M. 2013. Resiliency Theory: A Strengths-Based Approach to Research and Practice for Adolescent Health. *Health Education & Behavior: the Official Publication of the Society for Public Health Education*. 40(4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3966565/>; Fraser, M., Galinsky, M., Richman, J. 1999. *Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice*. <https://rampages.us/hbse2/wp-content/uploads/sites/21370/2016/06/Fraser-Galinsky-Richman-1999.pdf>; Resiliences jeb dzīvesspēka pieeja. *Sociālo pakalpojumu aģentūra*. 2019. <http://www.krize.lv/kopienas-jauniesu-radosais-centrs/resiliences-jeb-dzivesspeka-pieeja/>

¹⁰³ Tew, J. 2011. *Social approaches to mental distress*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 198; WHO Quality Rights. Promoting recovery in mental health and related services. WHO. 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254810/1/WHO-MSD-MHP-17.10-eng.pdf?ua=1>

¹⁰⁴ Bigby, C., Frawley, P. 2010. *Social Work Practice and Intellectual Disability*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 238; Dalrymple, J., Boyan, F. 2013. *Effective Advocacy in Social Work*. London: Sage, 208; Williams, P., Evans, M. 2013. *Social Work with People with Learning Difficulties*. London: Learning Matters, 210.

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);
- kam var būt savi veidi, kā saglabāt dzīvesspēku un tikt galā ar grūtībām un traumatisku dzīves pieredzi, un šie veidi ir jāatklāj un jāatbalsta;
- kuram ir tiesības uz atlabšanu un pilnvērtīgu dzīvi (un personas diagnoze neizslēdz šo iespēju);
- kam ir tiesības uz pašreizstāvību un aizstāvību, aizstāvot savas un citu personu ar GRT intereses un tiesības un neesot tikai pasīvam pakalpojumu lietotājam bez balss tiesībām.

5.3. STARPTAUTISKĀ PRAKSE: DAŽĀDU METOŽU LIETOJUMS UN LIETDERĪBA DARBĀ AR PILNGADĪGĀM PERSONĀM AR GRT

5.3.1. Citu valstu pieredze deinstitucionalizācijas procesa īstenošanā un sabiedrībā balstītu pakalpojumu nodrošināšanā pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem

Pirmās institūcijas daudzviet pasaulē tika izveidotas 19. gs. beigās un 20. gs. sākumā kā terapeitiskas patversmes. Vairāk nekā gadsimtu vēlāk Eiropas Koālijā 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 atļauts izmantot šādu kontroli.”¹⁰⁵

Par deinstitucionalizācijas 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,¹⁰⁶ Skandināvijā un Lielbritānijā sabiedrību satrauca skandāli par apstākļiem institūcijās. Tāpat deinstitucionalizāciju rosināja jaunu, efektīvus rezultātus uzrādošu alternatīvu aprūpes modeļu veidošanās un pētījumi, kuros tika pierādīts, ka institucionālā aprūpe ir dārga,

¹⁰⁵ Eiropas Koālijas dzīvei sabiedrībā sociālās aprūpes institūcijas definīcija. *European Coalition for Community Living*. <http://www.community-living.info/?page=205>.

¹⁰⁶ 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.

un turklāt tā nenodrošina iemītniekiem pilnvērtīgu dzīves kvalitāti. Vairākās valstīs deinstitucionalizācija 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 par personu ar invaliditāti tiesībām 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.¹⁰⁷ 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 deinstitucionalizācija. Tas nozīmē, ka cilvēkam jānodod izvēles brīvība un kontrole pār savu dzīvi.¹⁰⁸

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.¹⁰⁹

Īstenojot deinstitucionalizāciju un plānojot pāreju no institucionālās aprūpes modeļa uz sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem, svarīgi ņemt vērā ikvienu, kuram ir vajadzība pēc attiecīgajiem pakalpojumiem. Daži 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.¹¹⁰ Tāpēc deinstitucionalizācijas procesā svarīgi ir izstrādāt tādu sabiedrībā balstītu pakalpojumu sistēmu, kura apmierinātu dažādas vajadzības.

Igaunija. Saskaņā ar DECLOC (*Deinstitutionalisation and Community Living: Outcomes and Costs*, latviešu val. “Deinstitucionalizācija un kopienas dzīve: rezultāti un izmaksas”) pētījumu 2005. gadā Igaunijā institūcijās dzīvoja 7243 personas. Pirmais deinstitucionalizācijas 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 ziņojumu, kas pamatots uz veikto izpēti trīs ciematos. Ziņojumā norādīts, ka ciemati parasti atrodas ģeogrāfiski diezgan 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 deinstitucionalizāciju, ir visai nošķirtas (segregētas) institūcijas, kurās iemītniekiem nav īstenu izvēles iespēju, un ir tikai daži jautājumi, kuros viņi lēmumus var pieņemt paši.

Šobrīd, līdzīgi kaimiņvalstīm, Igaunija ar Eiropas struktūrfondu finansiālo atbalstu īsteno deinstitucionalizācijas (DI) stratēģiju no 2014. līdz 2020. gadam. Stratēģijas ietvaros šobrīd ir “iesaldēts” vietu skaits institūcijās, kuras nodrošina ilgtermiņa (24/7) aprūpi. Saskaņā ar minēto DI stratēģiju pašreizējā ES struktūrfondu plānošanas periodā Igaunija līdz 2023. gadam plāno reorganizēt institūcijas, kuras nodrošina 24 stundu aprūpi un kurās ir vairāk nekā 30 vietas.¹¹¹

¹⁰⁷ Eiropas Savienības Pamattiesību aģentūra. *Choice and Control: The Right to Independent Living*, 2012, 7.

¹⁰⁸ Turpat.

¹⁰⁹ Atvērtās sabiedrības fonda (*Open Society Foundations*) vadlīnijas ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 19. panta ieviešanai – *A Community for All Checklist, Implementing Article 19th of the Convention of Persons with Disabilities*, 2011.

¹¹⁰ Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J., Beecham, J. 2007. *Ziņojums par Eiropas pētījumu Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study*. Vol. 2, Main Report. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent, 43.

¹¹¹ *Ministry of Social Affairs of Estonia, Special Care and Welfare Development Plan for 2014–2020*. Tallinn, 2014, 36. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/special_care_2014-2020.pdf

Lietuva. Lietuvā sociālās aprūpes institūcijās mīt aptuveni 6000¹¹² cilvēku ar invaliditāti. Lai gan deinstitucionalizācija kā mērķis pirmo reizi politikas dokumentos (piemēram, Lietuvas Valsts garīgās veselības stratēģijā) minēta 2012. gadā, tomēr saskaņā ar nevalstisko organizāciju datiem – Lietuvas forumu personām ar invaliditāti – nekādas reālas darbības tālāk nav sekojušas. 2012. gadā Lietuvas Sociālo lietu un darba ministrija sadarbībā ar nevalstiskajām organizācijām sagatavoja deinstitucionalizācijas 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 plāno izmantot pašreizējo ES struktūrfondu finansējumu deinstitucionalizācijas īstenošanai.¹¹³ 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 deinstitucionalizācijas procesa ietvaros 27 institūcijas ir izvēlētas pārveidei, taču nav skaidrs, vai tās tiks slēgtas vai tikai tiks samazināts iemītnieku skaits šajās institūcijās.¹¹⁴

Horvātija.¹¹⁵ Deinstitucionalizācijas 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.¹¹⁶ 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 garīga rakstura traucējumiem šī palīdzība var ietvert arī pieeju garīgās veselības aprūpei, ja tā tiek pieprasīta;
- 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.¹¹⁷

¹¹² Lietuvas foruma personām ar invaliditāti sniegtie dati ziņojumā ANO personu ar invaliditāti tiesību komitejai: 03.08.2015. *United Nations Human Rights Office of the High Commissioner*, 9. http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCRPD%2fICO%2fLTU%2f21462&Lang=en

¹¹³ Turpat.

¹¹⁴ Lietuvas foruma personām ar invaliditāti sniegtie dati ziņojumā ANO personu ar invaliditāti tiesību komitejai: 16.03.2016. *United Nations Human Rights Office of the High Commissioner*, 16. http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCRPD%2fCSS%2fLTU%2f23330&Lang=en

¹¹⁵ Horvātijas apraksts sagatavots pēc RC “ZELDA” veiktā pētījuma. Mburu, F. M. 2016. *Analysis of De-institutionalization Experiences: Good Practice Examples and Failures*. Rīga: RC “ZELDA”. http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/Deinst_research_FMMburu.pdf

¹¹⁶ Klein, J. E. 2014. *Ziņojums par deinstitucionalizāciju Horvātijā: Deinstitutionalization in Croatia: A Summary of Open Society Support*.

¹¹⁷ Organizācijas “Human Rights Watch” ziņojums par deinstitucionalizāciju Horvātijā: *Once you Enter you never leave: Deinstitutionalization in Croatia*. 2010, 23.

Saskaņā ar Pasaules Bankas 2014. gada ziņojumu par deinstitucionalizāciju 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 balstītus mājokļa pakalpojumus;
- deinstitucionalizēt 40 % bērnu un jauniešu ar uzvedības traucējumiem;
- par 30 % samazināt kopējo institūcijās mītošo pieaugušo personu ar invaliditāti skaitu.¹¹⁸

Zviedrija.¹¹⁹ Par deinstitucionalizācijas sākumu Zviedrijā var uzskatīt 20. gadsimta 60.–70. gadus, kad 1967. gadā tika reformēta valsts psihiatrisko slimnīcu sistēma, integrējot psihiatrisko palīdzību vispārējā profila slimnīcās.¹²⁰

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.¹²¹ 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 nodrošināt ilgtermiņa psihiatrijas pacientiem iespēju dzīvot ārpus institūcijām, kā arī integrēt šos pacientus sabiedrībā.¹²²

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 dzīvojamajos 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 tikla 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 dzīvojamajos rajonos. Lai sniegtu dažām specifiskām vajadzībām pielāgotu aprūpi, darbojas specializētas 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.¹²³

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 vispārējās tiesības pieprasīt atbalstu, “ja vajadzības nevar apmierināt citādā veidā”. Cilvēkam ir jānodrošina

¹¹⁸ Bogdanović, Z., Marušić, D. 2015. *Deinstitutionalization of children and adults Social Protection System Modernization Project: Component IV*.

¹¹⁹ Zviedrijas apraksts sagatavots pēc RC “ZELDA” veiktā pētījuma. Mburu, F. M. 2016. *Analysis of De-institutionalization Experiences: Good Practice Examples and Failures*. Rīga: RC “ZELDA”. http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/Deinst_research_FMMburu.pdf

¹²⁰ 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.

¹²¹ Tuori, T., Gissler, M., Wahlbeck, K. 2007. &(Nordic reference group). *Mental health in the Nordic Countries*; NOMESCO: Health Statistics in the Nordic Countries, 2005, 149–211; NOMESCO: Kopenhāgena.

¹²² Patana, P. OECD darba dokuments Nr. 82: *Mental Health Analysis Profiles* (MhAPs). Zviedrija, 2015. gada 3. jūlijs, 10.

¹²³ Caldas J. M., Killaspy, H. 2011. *Long term mental health care for people with severe mental disorders*.

“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.¹²⁴ Turklāt Zviedrija 1994. gadā pieņēma arī Personīgās palīdzības likumu,¹²⁵ 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.

Personīgās palīdzības likums garantē, ka katrai personai ir tiesības uz individuālu palīdzību neatkarīgi no ienākumiem. Personīgās 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.¹²⁶

Lielbritānija.¹²⁷ 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, ka visus pakalpojumus sniedz vispārēja profila slimnīcās 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.¹²⁸

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.¹²⁹

Lai gan pakalpojumu sniegšanu nodrošina decentralizētas valdības struktūras,¹³⁰ patstāvīgas dzīves stratēģija (*Independent Living Strategy*) nosaka, kā dažādos valdības līmeņos īstenot visus projektus Apvienotajā Karalistē, tomēr ļaujot brīvi izstrādāt savas ieviešanas stratēģijas.¹³¹ Aplūkojot Sabiedrībā

¹²⁴ Turpat.

¹²⁵ Turpat.

¹²⁶ Ratzka, A. 2012. *Personal Assistance: Key to Independent Living as illustrated by the Swedish Personal Assistance Act*. Prezentēts KPIT un ES struktūrfondiem veltītā kolokvijā *CRPD and EU Structural Funds: The way ahead for Independent Living*. ANO augstā komisāra cilvēktiesību jautājumos Eiropas reģionālais birojs, Brisele, 2012. gada 7. maijs.

¹²⁷ Lielbritānijas apraksts sagatavots pēc RC “ZELDA” veiktā pētījuma. Mburu, F. M. 2016. *Analysis of De-institutionalization Experiences: Good Practice Examples and Failures*. Rīga: RC “ZELDA”. http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/Deinst_research_FMMburu.pdf

¹²⁸ Glendinning, C. 2013. *Long Term Care Reform in England: A long and Unfinished Story*.

¹²⁹ 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. <https://publications.parliament.uk/pa/jt201012/jtselect/jtrights/257/257.pdf>

¹³⁰ 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.

¹³¹ 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. <https://publications.parliament.uk/pa/jt201012/jtselect/jtrights/257/257.pdf>

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, kas 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.¹³²

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 nolemto.

Itālija. Deinstitutionalizāciju Itālijā ietekmēja psihiatra Franko Basaglias (*Franco Basaglia*) radikālās idejas. Viņam bija liela ietekme uz 1978. gada Itālijas Garīgās veselības likuma izstrādi (Itālijas likums Nr. 180). Basaglia pētīja deinstitutionalizācijas neveiksmes Amerikā 20. gadsimta 50.–60. gados, kas noveda pie personu ar GRT piespiedu reinstitutionalizācijas, un viņš izveidoja savu skatījumu uz sabiedrībā balstītu aprūpi Itālijā.¹³³ Basaglia uzskatīja, ka garīgās slimības izraisa sociāli faktori, un tieši nepietiekama atbildes reakcija uz šiem sociālajiem faktoriem izraisa “trakumu”.¹³⁴ Tādējādi, pēc viņa domām, risinot personu ar garīgās veselības traucējumiem sociālās vajadzības, varētu ārstēt garīgās slimības.

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.¹³⁵ 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 slimnīcās tiek uzskatītas par nelikumīgām.¹³⁶

Basaglias 1978. gada psihiatriskā reforma noteica četrus galvenos virzienus:¹³⁷

- 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;

¹³² Glendinning, C. 2013. *Long Term Care Reform in England: A long and Unfinished Story*. 181.

¹³³ Palelmo, G. B. 1991. Italian Mental Health Law – a Personal Evaluation. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 84.

¹³⁴ Szasz, T. S. 1974. *The myth of mental illness*. New York: Harper & Row

¹³⁵ 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*.

¹³⁶ 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*.

¹³⁷ Turpat, 87.

- 3) ierobežojošākus kritērijus un administratīvās procedūras ieviešanai slimnīcā bez pacienta piekrišanas;¹³⁸
- 4) sabiedrībā balstītu garīgās veselības centru izveidi, kas sniegtu psihiatrisko aprūpi ģeogrāfiski noteiktās vietās.

Deinstitucionalizācija Itālijā bija veiksmīga, jo likumā Nr. 180 paredzēta starpdisciplināra pieeja problēmas risināšanai. Likums piešķir jēgu 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.¹³⁹

ASV.¹⁴⁰ Pārņemot Eiropas modeli, ASV institūcijas tika ieviestas ap 1860. gadu, un to izdārīja Samuēls Hovs (*Samuel Howe*).¹⁴¹ 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.”¹⁴²

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 institucionālās iestādes savienojumā ar stratēģisko tiesvedību¹⁴³ rosināja pakāpenisku institūciju slēgšanas procesu.¹⁴⁴ Šobrīd deviņās ASV pavalstīs un Kolumbijas apgabalā ir slēgtas visas valsts aprūpes institūcijas.

¹³⁸ Ieviešanas bez piekrišanas kritēriji: ir nepieciešama ārkārtas iejaukšanās; pacients atsakās no ārstēšanas; alternatīva ārstēšana sabiedrībā nav iespējama.

¹³⁹ Amadeo, 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.

¹⁴⁰ ASV apraksts sagatavots pēc RC “ZELDA” veiktā pētījuma. Mburu, F. M. 2016. *Analysis of De-institutionalization Experiences: Good Practice Examples and Failures*. Rīga: RC “ZELDA”. http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/Deinst_research_FMMburu.pdf

¹⁴¹ Conroy, J. W. *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). 2002.

¹⁴² Conroy, J. W. *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). 2002., 3.

¹⁴³ Deinstitucionalizāciju un piekļuvi sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem būtiski ietekmējusi arī tiesvedība pret piespiedu institucionālās iestādes. Vēsturiski nozīmīga ir lieta *Olmsteads pret L. C. (Olmstead v. L. C.)*, kurā bija iesaistītas divas sievietes, Luisa Kertisa (*Lois Curtis*) un Eleine Vilsone (*Elaine Wilson*), viņām abām bija psihiska saslimšana, un viņas brīvprātīgi tika uzņemtas valsts psihiatriskajā slimnīcā. Pēc ārstēšanas veselības aprūpes speciālisti viņām ieteica pāriet uz sabiedrībā balstītām programmām, bet viņas palika institucionālās iestādes, 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 likumu, kas paredz, 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*. <http://www.olmsteadrights.org/about-olmstead/>).

¹⁴⁴ Piemēram, Ņujorkā (ASV) izveidotās Viloubukas (*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 atlikušie iemītnieki bija uzsākuši dzīvi sabiedrībā.

Diemžēl ASV¹⁴⁵ ir viena no tām valstīm, kurās sākotnēji deinstitucionalizācijas 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.¹⁴⁶ Tas ir saistīts ar nepietiekamu piekļuvi finansiāli pieejamai veselības aprūpei vai sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem, un tādēļ cilvēki meklē alternatīvu aprūpi cietumu sistēmā.¹⁴⁷

Kanāda.¹⁴⁸ Kanāda ir viena no pirmajām valstīm, kas uzsāka deinstitucionalizāciju un sabiedrībā balstītas aprūpes nodrošināšanu personām ar invaliditāti. Deinstitucionalizācija 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 uzsvērti 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 slimībām vajadzības un ieteikts līdz 2003. gadam Veselības un ilgtermiņa aprūpes ministrijai novirzīt 60 % garīgās veselības finansējuma sabiedrībā balstītu pakalpojumu sniegšanai un atlikušos 40 % – 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 deinstitucionalizācijas 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 2007.–2015. gadam un Deinstitucionalizācijas un sociālās labklājības pansionātu transformēšanas plānā paredzēts nodrošināt dažādas alternatīvas personām ar invaliditāti. Valsts limenī 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 deinstitucionalizācijas projektu finansējumu. Turklāt valdība piešķir līdzekļus nevalstiskajām organizācijām, lai tās sniegtu sabiedrībā balstītus pakalpojumus un īstenotu deinstitucionalizācijas programmas, lai personām ar invaliditāti tiktu nodrošinātas plašas izvēles iespējas.¹⁴⁹

Šobrīd Kanādā vēl pastāv šķēršļi pilnīgai deinstitucionalizācijas 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.¹⁵⁰

¹⁴⁵ Conroy, J. W. *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). 2002.

¹⁴⁶ 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.

¹⁴⁷ Lowe, F. H. 2015. *Clinical Psychologist to head Cook County Jail, the nation's largest Mental health institution*. 2015. gada 20. maijs. <http://www.northstarnewstoday.com/news/clinical-psychologist-to-head-cook-county-jail-the-nations-largest-mental-health-institution/>

¹⁴⁸ Kanādas apraksts sagatavots pēc RC "ZELDA" veiktā pētījuma. Mburu, F. M. 2016. Analysis of De-institutionalization Experiences: Good Practice Examples and Failures. Rīga: RC "ZELDA". http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/Deinst_research_FMMburu.pdf

¹⁴⁹ Kanādas valdība: Federālā rokasgrāmata jautājumos, kas skar invaliditāti. *Canadian Government, Federal Disability Reference Guide*, 2013. https://www.canada.ca/content/dam/esdc-edsc/migration/documents/eng/disability/arc/reference_guide.pdf

5.3.2. Citu valstu pieredze pilngadīgu personu ar GRT spēju, prasmju un nepieciešamā atbalsta izvērtēšanā

Intelektuālā koeficienta noteikšana

Intelektuālā koeficienta testi galvenokārt tiek izmantoti, lai personai diagnosticētu intelektuālās attīstības traucējumus. Visplašāk pazīstamie ir Vekslera intelektuālais tests (WWISC-IV) un Vudkoka–Džonsona spēju tests. Citviet pasaulē Vekslera intelektuālais tests tiek izmantots gan bērniem no sešu līdz 16 gadu vecumam, gan pieaugušajiem. Testu 20. gadsimta 50. gados izveidoja psihologs Deivids Vekslers (*David Wechsler*).¹⁵¹ 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 intelektuālais koeficients ļauj secināt, vai bērnam ir intelektuālās attīstības traucējumi. Ja IQ ir 69–50, tad 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 intelektuālo 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 (AIS) un adaptēšanās spēju līmeņa mērījums

Atbalsta intensitātes skala 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, 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, koncentrējas uz to, ko cilvēks spēj un kā viņu labāk atbalstīt tajā, ko viņš spēj, nevis 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 deinstitutionalizācijas 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.¹⁵² 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.¹⁵³

¹⁵⁰ Organizācijas “First of Canada” un Kanādas Asociācijas dzīvei sabiedrībā darba grupa. *Institution Watch*. <http://www.institutionwatch.ca/about>

¹⁵¹ *Wechsler Intelligence Scale*. <https://geniustests.com/about-wechsler/wechsler-intelligence-scale>

¹⁵² Thompson, J. R. 2008. Using the Four-component Assessment and Planning Process in ISP Development and Monitoring. *AAIDD WhitePaper*. June.

¹⁵³ Diemžēl Latvijā, izmantojot AIS deinstitutionalizācijas procesā iesaistīto personu vērtēšanā, uz personu vērsta plānošana netika izmantota, jo vērtēšanā iesaistītie speciālisti nebija šajās metodēs apmācīti.

Uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodes

Uz personu vērstā 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 vērstā domāšana ir balstīta uz šādām vērtībām: neatkarību, tiesībām, kopproduktu, izvēli un kontroli, iekļaujošām un zinošām kopienām.¹⁵⁴ Uz personu vērstā 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 vērstā 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 tīkls, 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.¹⁵⁵

Uz personu vērstās 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 cilvēkam veidot viņa vietu vietējā kopienā.

Plāns rezultējas regulārā uzklaušīšanā, izpētē un turpmākās darbībās. Plānu īstenot nozīmē palīdzēt personai sasniegt dzīvē to, ko tā vēlas.¹⁵⁶

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.¹⁵⁷ 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).¹⁵⁸

¹⁵⁴ Sanderson, H., Lewis, J. 2012. *A Practical Guide to Delivering Personalisation: Person-Centred Practice in Health and Social Care*. Lodon: Jessica Kingsley Publisher, 24.

¹⁵⁵ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovskā, A., Skirmante, S. 2016. *Rokasgrāmata: Pirmie soļi atbalstītās lemtspējas ieviešanā Latvijā*. Rīga: RC “ZELDA”, 3. lpp. http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/ZELDA_LV_.pdf

¹⁵⁶ Smalls, M. RC “ZELDA” *apmācību prezentācijas materiāli*.

¹⁵⁷ Smull, M., Bourn, M. L. 2012. *The Importance of Environment: From Toxic to Healing*. <http://allenshea.com/wp-content/uploads/2016/10/importance-of-the-environment-final.pdf>

¹⁵⁸ Vairāk par vides nozīmi sk.: Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovskā, A., Skirmante, S. 2016. *Rokasgrāmata: Pirmie soļi atbalstītās lemtspējas ieviešanā Latvijā*. Rīga: RC “ZELDA”, 51.–52. lpp. http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/ZELDA_LV_.pdf

Zināmākās un visbiežāk izmantotās uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodes:¹⁵⁹

- kas ir svarīgi personai / kas ir svarīgi personas interesēs;
- rituāli;
- laba diena / slikta diena;
- attiecību aplis;
- komunikācijas tabula;
- virtulis;
- izzināšanas žurnāls, vienas lapas profili;
- piemērota atbalsta sniedzēja atrašana;
- kas darbojas / kas nedarbojas;
- 4+1 jautājums.

1. metode: **attiecību karte**. Šī metode palīdz uzsākt plānošanu un tuvāk iepazīt personu un viņas atbalsta loku. Metode detalizētāk ir aprakstīta šīs metodikas apakšnodaļā “Klienta sociālās situācijas izvērtējums”. 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.¹⁶⁰

2. metode: **kas ir svarīgi pašai personai un kas ir svarīgi personas interesēs no drošības un veselības viedokļa, – izšķiršana un līdzsvara atrašana**.

Šī 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.

1.attēls. Kas ir svarīgi pašai personai un kas ir svarīgi personas interesēs

Kas ir SVARĪGI personai?	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 ir viņam / viņai svarīgi. Tādējādi uz to, kas cilvēkam svarīgi norāda viss, kas ikdienā palīdz justies apmierinātam un laimīgam, – tie var būt līdzcilvēki vai attiecības; tas, ar ko cilvēks nodarbojas; vietas, kur cilvēks dodas; ikdienas rituāli; dzīves ritms; lietas, kas cilvēkam pieder.¹⁶¹ Kas ir svarīgi personai, to viņa izsaka ar vārdiem un savu rīcību. Ja vārdi ir pretrunā ar rīcību, jāpievērš uzmanība rīcībai.

¹⁵⁹ 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 vērsta apraksta lietošanas pamācība”. Abas rokasgrāmatas angļu valodā un latviešu valodā pieejamas RC “ZELDA” bibliotēkā.

¹⁶⁰ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovskā, A., Skirmante, S. 2016. Rokasgrāmata: *Pirmie soļi atbalstītās lemtspējas ieviešanā Latvijā*. Rīga: RC “ZELDA”, 53. lpp. http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/ZELDA_LV_.pdf

¹⁶¹ Smull, M., Bourn, M. L. *The Importance of Environment: From Toxic to Healing*. <http://allenshea.com/wp-content/uploads/2016/10/importance-of-the-environment-final.pdf>

“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.¹⁶²

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 pavadā 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 viņas drošību?¹⁶³

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 pievērsīs 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 un drošību”.¹⁶⁴

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., Pavlovskā, A., Skirmante, S. 2016. *Rokasgrāmata: Pirmie soļi atbalstītās lemtspējas ieviešanā Latvijā*. Rīga: RC “ZELDA”. http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/ZELDA_LV_.pdf
- Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovskā, A., Krātiņa, I., Vanaga, S. 2017. *Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem (neaprobētā versija)*. RC “ZELDA”. <http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/file/rokasgramata.pdf>

Izmantojot šeit minētās uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodes, personai tiek sagatavots atbalsta plāns,¹⁶⁵ kuru uzsāk veidot vispirms kopā ar personu, kam plāns tiek gatavots, nosakot personas mērķus, kurus tā ar plānošanas palīdzību vēlas sasniegt. Plāna ietvaros kopā ar personu tiek noskaidrots, kas viņai 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

¹⁶² Smull, M., Bourn, M. L. *The Importance of Environment: From Toxic to Healing*. <http://allenshea.com/wp-content/uploads/2016/10/importance-of-the-environment-final.pdf>

¹⁶³ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovskā, A., Krātiņa, I., Vanaga, S. 2017. *Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem (neaprobētā versija)*. RC “ZELDA”, 29.–30. lpp. <http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/file/rokasgramata.pdf>

¹⁶⁴ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovskā, A., Skirmante, S. 2016. *Rokasgrāmata: Pirmie soļi atbalstītās lemtspējas ieviešanā Latvijā*. Rīga: RC “ZELDA”, 54. lpp. http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/ZELDA_LV_.pdf

¹⁶⁵ Anonimizēts plāna paraugs pieejams RC “ZELDA” rokasgrāmatā. http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/ZELDA_LV_.pdf

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, gan sniedzot sociālo pakalpojumu – individuālās sociālās rehabilitācijas programmu –, gan atbalsta personas 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 stipri 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 grafīkis, kas palīdz visu procesu uzzīmēt uz papīra). MAPS plānošanas procesā vienmēr ir iesaistīta ne tikai pati persona, bet arī viņas tuvinieki, draugi vai profesionālie atbalsta sniedzēji, kam persona uzticas.

MAPS īstenošanas vadlīnijas¹⁶⁶

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, kas 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 pārdzīvojusi savā dzīvē.
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 bailu ietekmē un ir ļoti tālu no saviem sapņiem.
5. **Kas ir persona?** Sarunas vadītājs lūdz cilvēkus padomāt par personu, kam 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 viņas sapni un prom no viņas bažām.
8. **Rīcības plāns.** Rīcības plānā tiek konkrēti norādīts, kas darīs ko un līdz kuram laikam.

Resursi: interneta vietnē *Inclusive Solutions*: <https://inclusive-solutions.com/person-centred-planning/maps/> pieejamas MAPS instrukcijas un videostāsti angļu valodā.

¹⁶⁶ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovska, A., Krātiņa, I., Vanaga, S. 2017. *Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem (neaprobētā versija)*. RC “ZELDA”, 38.–39. lpp. <http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/file/rokasgramata.pdf>

Veidlapa MAPS metodes īstenošanai

2.attēls. MAPS metodes vizualizācija



Plānošanas metode PATH

PATH – *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.

PATH īstenošanas vadlīnijas¹⁶⁷

Procesu vada sarunas vadītājs, piemēram, sociālais darbinieks un kāds(-a) palīdz visu dzirdēto uzzīmēt.

1. Vīzija – šis posms sākas, lūdzot personu padomāt, par ko viņa sapņo, kas viņai ir vissvarīgākais, kad viņa domā par savu nākotni. Citi klātesošie atbalsta loka dalībnieki tiks lūgti pateikt, kā 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?

¹⁶⁷ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovskā, A., Krātiņa, I., Vanaga, S. 2017. *Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem (neaprobētā versija)*. RC "ZELDA", 37.–38. lpp. <http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/file/rokasgramata.pdf>

2. Mērķa novērtēšana – šajā posmā sarunas vadītājs lūdz visus klātesošos iedomāties, ka ir pagājis gads, kopš šīs tikšanas.

Uzdodamie jautājumi:

- Iedomāties, 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 labāka tagad?
- 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, ja viņi patiešām būtu ceļā uz atbalstāmās personas sapni.

3. Šeit (sk. 3. att.) – šis solis var parādīt starpību starp pozitīvo iespējamo nākotni un esošo situāciju. Tā ir saruna par to, kur persona atrodas šobrīd (apstākļi, fakti, resursi u. tml.).

Uzdodamie jautājumi:

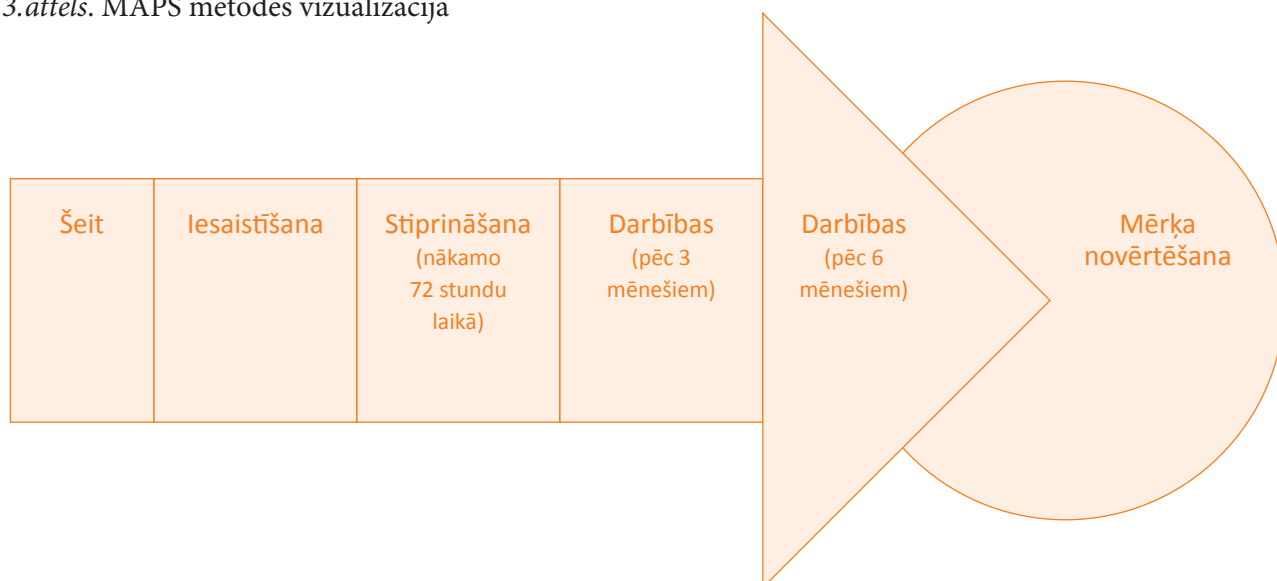
- Kur mēs esam tagad?
 - Vai ir kaut kas no tā, ko jūs vēlaties sasniegt, jau tagad?
4. Iesaistīšana – šajā solī sarunas vadītājs jautā dalībniekiem: “Kādi cilvēki mums būs vajadzīgi mūsu ceļojumā, lai sasniegtu pozitīvu nākotni?” Tā ir iespēja aicināt citus piedalīties personas nākotnē. Sarunas vadītājs 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 jādara, 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?

Resursi: *Inclusive Solutions*. <https://inclusive-solutions.com/person-centred-planning/path/> (PATH instrukcijas un videostāsti 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).

Veidlapa PATH metodes īstenošanai

3.attēls. MAPS metodes vizualizācija



Uz personu vērstās plānošanas metode PICTURE¹⁶⁸

PICTURE ir viena no uz personu vērstās plānošanas metodēm, kuru attīstīja Stīvs Holberns, Anne Gordona un Pīters Vīze. 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?”¹⁶⁹

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 koordinatoru 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 lomas 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.
2. PICTURE pieeja skata cilvēku kā vienu veselu, nekoncentrējoties 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 ne reti pārtop par pakalpojumu sniedzēju, kļūstot par darba devēju 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.

¹⁶⁸ Planning for Inclusive Communities Together Using Reinforcement and Evaluation.

¹⁶⁹ Holburn, S., Gordon, A., Vietze, P. M. 2007. *Person-Centered Planning Made Easy. The Picture Method*. Paul H. Brookes Publishing Co., 1.

10. Jāiesaista vietējās kopienas pārstāvji.

11. Īstena draudzība pastāv kopienā – daudziem cilvēkiem ar invaliditāti trūkst īstenu draugu, ne reti 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.¹⁷⁰

Plānošanas resursu komplekts (*Planning Resource Kit*)

Austrālijā izstrādātais Plānošanas resursu komplekts¹⁷¹ 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 pašreizējās 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 viņa 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 garīga rakstura traucējumiem ir arī cita veida invaliditāte, veselības vai uzvedības traucējumi, kā arī vides faktori, piemēram, sociālā 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 izvērtējums¹⁷² (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

¹⁷⁰ Holburn, S., Gordon, A., Vietze, P. M. 2007. *Person-Centered Planning Made Easy. The Picture Method*. Paul H. Brookes Publishing Co., 12–14.

¹⁷¹ Collings, S., Dew, A., Dowse, L. UNSW (2015). Being a planner with a person with disability and complex support needs: Planning resource kit. UNSW: Sydney. https://www.arts.unsw.edu.au/media/FASSFile/IDBS_SPF_ResourceKit.pdf

¹⁷² Camberwell Needs Assessment.

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).

Kembervela vajadzību izvērtējuma 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 izvērtējuma pamatā.
- 4) KVN balstās 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.

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 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 uzskot mājokli, pašaprūpe, aizņemība, 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.

Vērtētājam, 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).¹⁷³

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), 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

¹⁷³ 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*, 5.

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 izvērtēšanai, vērtējamai personai 22 jomu ietvaros kopā tiek uzdoti 88 jautājumi (četri jautājumi katrā jomā).

Kembervela vajadzību izvērtējuma saīsinātā versija¹⁷⁴

11. tabula. KVN instruments.

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 uzkopt mājokli	Vai jūs spējat uzkopt savu mājokli?				
4. Pašaprūpe	Vai jums ir grūtības uzturēt tīrību un kārtību?				
5. Aizņemtība	Kā jūs pavadāt dienu?				
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?				

¹⁷⁴ 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*, 5.

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 punktus;
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.

5.4. LATVIJAS SITUĀCIJAI PIEMĒROTAS, KĀ ARĪ PIEEJAMAS METODES PILNGADĪGU PERSONU AR GRT 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,¹⁷⁵ 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

¹⁷⁵ 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”.

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.¹⁷⁶

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.

Pēc kādiem kritērijiem aprūpes līmeņi nosakāmi un kā veicama personu izvērtēšana, reglamentēts 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 atbalsta intensitātes skalas 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 mājāsaimniecībā. Izvērtēšanai tiek izmantots "Fizisko un garīgo spēju izvērtēšanas un aprūpes līmeņa noteikšanas instruments", kura pamatā ir Dorotejas Oremas¹⁷⁷ izstrādātā pieeja, kas balstās 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",¹⁷⁸ šāds skatījums krasi atšķiras no iepriekšējā metodikas nodaļā aprakstītajiem citu valstu praksē izmantotajiem inovatīvajiem vērtēšanas instrumentiem, kuri – tieši pretēji – koncentrējas 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

¹⁷⁶ Grozījumi Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā, 20. pants. *Latvijas Vēstnesis*. 21(5848), 26.01.2017. <https://likumi.lv/ta/id/288297-grozijumi-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-likuma>

¹⁷⁷ Orem, D. E. *The Self-care Theory in Nursing*. United States, NY: Springer Publishing Co Inc.

¹⁷⁸ Latvijas Samariešu apvienības prezentācija "Par Ministru kabineta 21.04.2008. noteikumos Nr. 288 "Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanas kārtība" noteikto aprūpes līmeņu noteikšanu", 11. sl. <http://www.lm.gov.lv/text/3807>

kliniskie psihologi, vērtējot personas ar intelektuālās attīstības traucējumiem. AIS instruments tiek izmantots deinstitutionalizācijas 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”. Uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodes RC “ZELDA” lieto, gan sniedzot sociālo pakalpojumu – individuālo sociālās rehabilitācijas programmu –, gan arī sniedzot atbalsta personas pakalpojumu, kurš šobrīd tiek izmēģināts visā Latvijas teritorijā un līdz 2019. gada 30. novembrim būs pieejams vismaz 330 pilngadīgām personām ar GRT.

Vēl piedāvājam iepazīties ar šādu Latvijā adaptētu instrumentu – nodibinājuma “Fonds Kopā” grupu dzīvokļu klientu nepieciešamības pēc atbalsta izvērtējumu. Šo instrumentu modificējusi biedrība “Latvijas Kustība par neatkarīgu dzīvi”, un tā tiek Latvijā izmantota ar Vācijas organizācijas *IB Behindertenhilfe* atļauju un metodisko atbalstu.

12. tabula. KVN instruments.

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	Palīdzība nav nepieciešama vai nav vēlama (nedarīt cilvēka vietā)	Aktivitāte tiek veikta bez personāla palīdzības. Aktivitāte klientam nav nozīmīga. Klientam šobrīd nav intereses par šo aktivitāti vai tā nav nepieciešama.	Obligāti / noteikti	Iespējams (2 vai 3)	Iespējams (2 vai 3)
B	Nepieciešams verbāls atbalsts, asistēšana vai palīdzība aktivitātes organizēšanā	Skaidrojoša konsultācija, informācija, aktivitātes sagatavošana. Pārraudzība (netieša) aktivitāšu veikšanas laikā. Palīdzība aktivitātes organizēšanā var būt verbāla vai praktiska. Atbalsta apjoms laika gaitā samazinās (aktivitāte tiek iestrādāta).	Nav attiecināms	Obligāti / noteikti	Iespējams

Tabulas turpinājumu sk. 111. lpp.

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
C	Kompensēta vai daļēji izpildīta aktivitāte	Aktivitātes lielāko daļu veic atbalsta persona. Praktisks un mutisks atbalsts nodrošina aktivitātes iespējamību un realizēšanu.	Nav attiecināms	Obligāti / noteikti	Obligāti / noteikti
D	Vispārējs intensīvs atbalsts un / vai aprūpe	Kvalitatīvs un kvantitatīvs visaptverošs liela apjoma pastāvīgs atbalsts, aprūpe. Nepieciešama pastāvīga uzmanība un interence, lai nodrošinātu aktivitāti un drošību	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.

13. tabula. Nepieciešamības pēc atbalsta izvērtējums.

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 uzturēšanā 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. 113. 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 pirmreizēja 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.

14. 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 – ...

A Ikdienas aktivitātēs palīdzība un atbalsts nav nepieciešams (piemēram, pašaprūpē, iepirkšanās, ēdiena gatavošana). Ir nepieciešams psihosociālais atbalsts. Ir nepieciešams atbalsts sadarbībā ar institūcijām. Ir nepieciešams atbalsts brīvā laika plānošanā un piepildīšanā.	B Ir nepieciešams atbalsts un / vai palīdzība ikdienas aktivitātēs (piemēram, pašaprūpē, iepirkšanās, ēdiena gatavošana). Ir nepieciešams psihosociālais atbalsts. Ir nepieciešama palīdzība psihosociālo problēmu risināšanā. Ir nepieciešams atbalsts un / vai palīdzība sadarbībā ar institūcijām. Ir nepieciešams atbalsts un / vai palīdzība brīvā laika plānošanā un piepildīšanā. Intensīvāks atbalsts un / vai palīdzība ir nepieciešama noteiktās problēmsituācijās vai veselības pasliktinājuma gadījumos.
C Ir nepieciešama regulāra un / vai apjomīga palīdzība ikdienas aktivitāšu veikšanā (piemēram, pašaprūpē, iepirkšanās, ēdiena gatavošana). Ir nepieciešama regulāra pastāvīgā intervence izpratnes dēļ un / vai psihisko veselības traucējumu dēļ. Ir nepieciešams psihosociālais atbalsts. Ir nepieciešama palīdzība psihosociālo problēmu risināšanā. Ir nepieciešams atbalsts un / vai palīdzība sadarbībā ar institūcijām. Ir nepieciešams atbalsts un / vai palīdzība brīvā laika plānošanā un piepildīšanā.	D Kvalitatīvs un kvantitatīvs visaptverošs liela apjoma pastāvīgs atbalsts, aprūpe. Nepieciešama pastāvīga uzmanība un intervence, lai nodrošinātu aktivitāti un drošību. Ir nepieciešams psihosociālais atbalsts. Ir nepieciešama palīdzība psihosociālo problēmu risināšanā. Ir nepieciešams atbalsts un / vai palīdzība sadarbībā ar institūcijām. Ir nepieciešams atbalsts un / vai palīdzība brīvā laika plānošanā un piepildīšanā.

5.5. PERSONĀM AR GRT PIEMĒROTI SABIEDRĪBĀ BALSTĪTI PAKALPOJUMI

5.5.1. Sabiedrībā balstītu pakalpojumu sniegšanas principi

Normalizācijas princips nozīmē, ka personām ar garīga rakstura traucējumiem tiek padarīts pieejams ikdienas dzīvesveids, un dzīves nosacījumi tiek pielīdzināti tiem, kas pašlaik pastāv apkārtējā sabiedrībā vai arī faktiski padara tos vienādus.

Normāla dzīvesveida komponenti, ko princips aptver un uz kuriem personai ar garīga rakstura traucējumiem ir līdzvērtīgas tiesības tāpat kā pārējiem sabiedrības locekļiem, ir šādi:

- normāls dienas, nedēļas un gada ritms;
- cilvēka dzīves ciklam atbilstošas pieredzes veidošanās;

- normāla cieņa un pašnoteikšanās tiesības;
- normālas seksuālās normas, kas atbilst indivīda kultūras videi;
- normāli ekonomiskie un tiesību modeļi, kas atbilst tās valsts likumiem, kurā indivīds dzīvo;
- normālas vides un dzīvojamo ēku standartu prasības, kas atbilst sabiedrībai, kurā indivīds dzīvo.

Normalizācijas princips balstās 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 viņu 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.¹⁷⁹

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 individuālo pakalpojumu plānošanā, īstenošanā un saņemtā pakalpojuma 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 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 tiek nodrošināti secīgi, nepieļaujot situāciju, ka kādā no dzīves pārejas posmiem persona paliktu bez nepieciešamā atbalsta. Tas nozīmē arī to, ka pakalpojuma 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 vajadzībām atbilstošu pakalpojumu.

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.

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 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 spektru, gan to saturu.

Uz personu vērstās domāšanas¹⁸⁰ un plānošanas pieeja attiecas gan uz domāšanu un savstarpējās saziņas veidu, gan uz dažādu plānošanas metožu un dokumentācijas apgūšanu 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, kuriem viņai / viņam ir jāpielāgojas.

¹⁷⁹ *Dzīves apstākļu normalizēšana personām ar garīga rakstura un citiem funkcionāliem traucējumiem*. Karla Grunevalda redakcija. Velku fonds, 2003, 11.–12. lpp.

¹⁸⁰ 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.

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 tāds, ar kuriem persona pati raksturo savu dzīvi, kā arī pielāgojas personas komunikācijas veidam.

Uz personu vērsta plānošana nav vienkāršs process, bet gan dažādu instrumentu un metožu apvienojums, kas jāizmanto kopā ar personu, nevis viņas vietā. Visi šie instrumenti un metodes palīdz personai saprast, kas viņai ir būtiski un ko viņa vēlas sasniegt vai mainīt ar skatu uz nākotni. Šīs pieejas izmantošanā paredzēts, ka ikvienai personai, neatkarīgi no garīgo traucējumu esamības vai smaguma pakāpes, ir tiesības vārdiski vai ar savu rīcību paust viedokli par to, kā viņa / viņš vēlas dzīvot. Vienlaikus, izmantojot uz personu vērsta 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).¹⁸¹

5.5.2. 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.¹⁸²

Personai jābūt iespējai meklēt darbu, iesaistīties kopienas dzīvē, kontrolēt personīgos resursus, izdarīt izvēli par savu ikdienas dzīvi, saņemt visus tos pašus pakalpojumus, kurus var saņemt pārējie sabiedrības locekļi.

Mājokļa nodrošināšanas pakalpojumiem jābūt daļai no vietējās sabiedrības, un tiem jānodrošina personas pilnīga piekļuve vietējās sabiedrības dzīvei.

Pilnīga piekļuve vietējās sabiedrības dzīvei nozīmē, ka persona, līdzvērtīgi citiem sabiedrības locekļiem, pilnvērtīgi piedalās sabiedrības dzīvē un aktivitātēs, nevis personai tiek organizēti īpaši pasākumi mājokļa pakalpojumā.

Pakalpojuma lielums – klientu skaits, kas dzīvo vienuviet, mājvietas nodrošināšanas pakalpojumā 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.¹⁸³

¹⁸¹ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovskā, A., Skirmante, S. 2016. *Rokasgrāmata: Pirmie soļi atbalstītās lemtspējas ieviešanā Latvijā*. Rīga: RC "ZELDA", 50.–51. lpp. http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/ZELDA_LV_.pdf

¹⁸² 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.

¹⁸³ National Council on Disability (NCD). 2015. Home and Community-Based Services: Creating Systems for Success at Home, at Work and in the Community. <http://www.ncd.gov/publications/2015/02242015>

5.5.3. Mājokļa pakalpojumi

Grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojums. Šis pakalpojums ietver pilngadīgo personu ar GRT nodrošināšanu ar mājokli un individuālu atbalstu sociālo problēmu risināšanā. Pakalpojums var tikt sniegts mājā vai atsevišķā dzīvoklī.

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.

Jāņem vērā, ka grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojums nenodrošina nodarbinātības aktivitātes un personai var būt nepieciešams arī nodarbinātības pakalpojums.

Atbalstītās dzīves pakalpojums nodrošina iespēju personai ar GRT dzīvot tā, kā persona pati vēlas. Pakalpojums dod personai izvēles iespējas, ar ko dzīvot kopā, ja persona vēlas dzīvot kopā ar kādu citu; izvēli, kur dzīvot; un izvēli, kas personai sniegs atbalstu un kāds atbalsts ir nepieciešams. Atbalstītās dzīves pakalpojumā personām tiek sniegts atspaidis, lai persona varētu pati kontrolēt savu dzīvi.

15. tabula. Grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojums.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	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.
Pakalpojuma saturs, ja pakalpojums tiek sniegts personām ar GRT, kurām ir vidēji smagi funkcionālie traucējumi.	Diennakts uzraudzība, kuru veic vismaz viens darbinieks vai elektroniskās informēšanas sistēma, ar kuras lietošanu iepazīstināti visi klienti un kura ir ērti lietojama ārkārtas situācijā: • 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.
Pakalpojuma saturs, ja pakalpojums tiek sniegts personām ar GRT, kurām ir smagi / ļoti smagi funkcionālie traucējumi, un personām ar ierobežotu rīcībspēju.	Diennakts uzraudzība, kuru veic vismaz viens darbinieks: • palīdzība un atbalsts pašaprūpē; • sadzīves iemaņu apgūšana un uzturēšana; • sociālo prasmju pilnveide; • sabiedrībai pieņemamu saskarsmes iemaņu apgūšana; • sociālā darbinieka individuālās konsultācijas.

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.

Latvijā kā saturiski līdzvērtīgs pakalpojums ir biedrības RC “ZELDA” izstrādātā **individuālā sociālās rehabilitācijas programma**. Šā pakalpojuma mērķis ir palīdzēt personai ar garīga rakstura traucējumiem 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.

16. tabula. Individuālā sociālās rehabilitācijas programma.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	Līdzdalība programmā pakalpojuma saņēmējam nodrošina iespēju uzturēt un attīstīt sociālās funkcionēšanas prasmes, saņemot psihosociālo palīdzību un atbalstu iesaistoties aktīvā darba tirgū. Programmas ietvaros pakalpojuma saņēmējam ir iespēja saņemt palīdzību: • 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. Programmas ietvaros pakalpojuma saņēmēji tiek informēti un izglītoti par dažādām tēmām, piemēram, par: • 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. Pakalpojuma saņēmējam tiek nodrošināta palīdzība citu iemaņu un prasmju, kas nepieciešamas sociālās funkcionēšanas prasmju uzturēšanai un attīstībai, apguvē atbilstīgi personas individuālajām vajadzībām. Pakalpojuma saņēmējam tiek nodrošinātas iespējas papildināt zināšanas un prasmes ārpus formālās un interešu izglītības, īstenojot dažādus neformālus izglītības pasākumus, projektus un programmas.
--	--

Tabulas turpinājumu sk. 121. lpp.

Pakalpojuma saturs.	Vispirms personai tiek veikts sākotnējais vajadzību izvērtējums un atbilstība individuālās sociālās rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanas kvalitatīvajiem kritērijiem: • persona ir sasniegusi 18 gadu vecumu; • personai ir garīga rakstura traucējumi; • persona vēlas iesaistīties pakalpojumā brīvprātīgi. Persona ir vērsta uz sadarbību: • vēlas saņemt pakalpojumu; • aktīvi iesaistās palīdzības saņemšanā. Personas rīcībspēja netiek vērtēta, un rīcībspējas ierobežojumu noteikšana nevar būt šķērslis dalībai individuālās sociālās rehabilitācijas pakalpojumā. Personas kritika pret garīga rakstura traucējumu esamību netiek vērtēta, un kritikas trūkums nevar būt šķērslis dalībai individuālās sociālās rehabilitācijas pakalpojumā. 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. Individuālās sociālās rehabilitācijas plāns tiek sastādīts uz sešiem mēnešiem, reizi mēnesī veicot novērtējumu par sasniegtajiem mērķiem un nepieciešamām korekcijām plāna īstenošanā. Pakalpojums tiek sniegts, izmantojot atbalstītās lemtspējas un uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodes.¹⁸⁴ 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). Individuālās sociālās rehabilitācijas programmas pakalpojums var tikt pārtraukts, ja tiek konstatēts vismaz viens no šiem apstākļiem: • 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.
-----------------------------------	--

¹⁸⁴ Uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodes ir strukturētu metožu kopums, kas paredzēts atbalsta sniedzējiem, lai palīdzētu nodrošināt dzīves kvalitāti no atbalstāmas personas 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 tīkls, ietverot visus cilvēkus, kas personas dzīvē ir nozīmīgi. Šajā metodē persona tiek uzlūkota kā viens veselums, nefokusējoties uz medicīnisko vai funkcionālo modeli, kuros “izlabo” to, kas ir “nepareizs”. Tas ir veids, kā atklāt, aprakstīt un nodrošināt tādu dzīvi, kādu vēlas atbalstāmā persona, nevis personas ģimenes locekļi vai sociālo pakalpojumu sniedzēji.

5.5.4. Nodarbinātības pakalpojumi

Dienas aprūpes / nodarbinātības centrs. Dienas aprūpes centrā dienas laikā tiek nodrošināti sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumi, sociālo prasmju attīstība, izglītošana un tiek dotas brīvā laika pavadīšanas iespējas.

Kaut arī atbilstīgi Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumam pakalpojuma nosaukums ir “dienas aprūpes centrs”, pakalpojuma būtība ir nodrošināt jēgpilnas produktīvas aktivitātes personām ar GRT, kurām objektīvu apstākļu dēļ ir ierobežotas iespējas saņemt citu nodarbinātības pakalpojumu vai ar atbilstošu atbalstu iekļauties atklātā darba tirgū. Tāpēc metodikā tiek izmantots nosaukums “dienas aprūpes / nodarbinātības centrs”.

Normatīvajā regulējumā nav diferencēti dienas aprūpes / nodarbinātības 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 / nodarbinātības 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.

17. tabula. Dienas aprūpes centra pakalpojums.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	Pakalpojums dod iespēju personām ar GRT būt nodarbinātām 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.
Pakalpojuma saturs.	- Personas uzraudzība un individuāls atbalsts, palīdzība pašaprūpē atbilstīgi nepieciešamībai; - sociālā darba speciālista konsultācijas atbilstoši nepieciešamībai; - kognitīvo spēju uzturēšana vai attīstīšana; - nodarbinātību veicinošo 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.

Specializētās darbnīcas ir sociālās rehabilitācijas pakalpojums, kas nodrošina prasmes veicinošas aktivitātes un speciālistu atbalstu.

Specializētās darbnīcas veicina amata prasmju apguvi, un tās nodrošina nodarbinātību personām 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.

Specializētās darbnīcas pakalpojums var nodrošināt iespēju personai ar GRT apgūt atklātam darba tirgum nepieciešamās prasmes.

18. tabula. Specializētās darbnīcas pakalpojums.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	Pakalpojums dod iespēju personām ar GRT, kurām ir grūtības iekļauties atklātā darba tirgū, iesaistīties produktīvas nodarbinātības aktivitātēs. Tiek veicināta personu savstarpējās saskarsmes iemaņu attīstība un attīstīta spēja strādāt kolektīvā.
Pakalpojuma saturs.	• 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.

Atbalstītais darbs ir starptautiski atzīts atbalsta veids personām ar GRT, lai veicinātu personu ar GRT nodarbinātību atklātā darba tirgū.

Atbalstītais darbs ir personalizēts atbalsta modelis, lai persona ar GRT varētu iegūt un strādāt darbu atklātā darba tirgū. Atbalstītā darba pamatā ir partnerības stratēģijas modelis, lai veicinātu personu ar GRT ilgtermiņa nodarbinātību. Šī modeļa pamatā ir atziņa, ka ikviena persona var būt nodarbināta, ja persona pati to vēlas un ja tiek nodrošināts personas vajadzībām atbilstīgs atbalsts.¹⁸⁵

19. tabula. Atbalstītais darbs.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	Persona saņem pietiekamu 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.
Pakalpojuma saturs.	Persona saņem individuāli izstrādātu, personas vajadzībām atbilstošu atbalstu gan darba meklēšanas procesā, gan strādājot atalgotu darbu atklātā darba tirgū. Tiek nodrošināta nodarbinātības prasmju attīstība. Sniedzot atbalstu, tiek iesaistīts kā darba devējs, tā citi darba kolēģi. Tiek sastādīts attīstības plāns, kurā ir iekļauti individuāli mērķi.

¹⁸⁵ What is supported employment. Base. <https://www.base-uk.org/what-supported-employment>

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.¹⁸⁶ Nodarbinātības ilgums pasākumā ir 24 mēneši. Lai iesaistītos pasākumā, personai ir jāgriežas Nodarbinātības valsts aģentūras filiālē, kurā persona ir reģistrējusies kā bezdarbnieks.

20. 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.

Sociālais uzņēmums ir sabiedrība ar ierobežotu atbildību, kurai Sociālā uzņēmuma likumā noteiktajā kārtībā piešķirts sociālā uzņēmuma statuss un kura veic labvēlīgu sociālo ietekmi radošu saimniecisko darbību (sociālo pakalpojumu sniegšanu, iekļaujošas pilsoniskas sabiedrības veidošanu, izglītības veicināšanu, atbalstu zinātnei, vides aizsardzību un saglabāšanu, dzīvnieku aizsardzību vai kultūras daudzveidības nodrošināšanu). Sociālo uzņēmumu darbības spektrs un risināmo problēmu loks ir plašs.

Sociālais uzņēmums var darboties arī kā darba integrācijas uzņēmums vai kā uzņēmums, kas rada darbavietas kādai noteiktai personu grupai, piemēram, personām ar GRT.

21. 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.

Kluba māja. Kluba mājas psihosociālās rehabilitācijas modeli¹⁸⁷ ASV pagājušā gadsimta 40. gados izveidoja Ņujorkas Roklendā slimnīcas bijušie pacienti un brīvprātīgie. Pirmā kluba māja *Fountain House* tika atvērta 1948. gadā Ņujorkā. 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.

¹⁸⁶ Pasākums noteiktām personu grupām. *Nodarbinātības valsts aģentūra*. <http://www.nva.gov.lv/index.php?cid=433&mid=313&txt=2908&from=0>

¹⁸⁷ Kluba mājas psihosociālās rehabilitācijas modeļa apraksts sagatavots pēc Hänninen, E. 2012. *Choices for Recovery. Community-Based Rehabilitation and the Clubhouse Model as Means to Mental Health Reforms*; Jackson, R. L. 2001. *The Clubhouse Model. Empowering Applications of Theory to Generalist Practice* un Ievas Leimanes-Veldmeijeres 2002. gada mācību praksē *Fountain House* (Ņujorkā) gūtās pieredzes un materiāliem.

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*),¹⁸⁸ kas vērtē izveidoto klubu māju modeļu kvalitāti.

22. tabula. Kluba māja.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	Kluba māja sniedz cilvēkiem ar psihosociāliem traucējumiem iespēju pašrealizēties. Klubu māja nodrošina (ICCD 2011): • 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.
Pakalpojuma saturs.	Līdzdalība kluba mājas aktivitātēs ir pilnībā brīvprātīga, bez laika ierobežojumiem. Kluba mājai ir pastāvīga atrašanās vieta. Tā nav saistīta ar nevienu 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 pieņem kopā kluba mājas biedri un personāls. 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 saņemtiem tālruna 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.

Tabulas turpinājumu sk. 126. lpp.

¹⁸⁸ Vairāk informācijas sk. Starptautiskā kluba mājas attīstības centra ICCD (*International Center for Clubhouse Development*) mājaslapā: <http://www.iccd.org>

Pakalpojuma saturs.	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, apmācīšanās 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.
-----------------------------------	--

5.5.5. Individuālā atbalsta pakalpojumi

Aprūpes mājās pakalpojums ir mājas vidē sniegts aprūpes pakalpojums pamatvajadzību apmierināšanai personām, kuras objektīvu apstākļu dēļ nevar sevi aprūpēt.

Aprūpes mājās pakalpojuma apjoms tiek nodrošināts atbilstīgi individuālo vajadzību izvērtējumam un izstrādātajam aprūpes plānam.

Pakalpojuma sniedzējs, kas nodrošina aprūpi mājās, ja nepieciešams, sociālā pakalpojuma sniegšanā iesaista aprūpētāju, sociālo aprūpētāju un darbinieku, kurš koordinē aprūpes personāla darbību.

23. 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.	• Palīdzība personiskās higiēnas nodrošināšanā (mazgāšanās, inkontinences līdzekļu nomaiņa, ķemmēšanās, skūšanās, protēžu kopšana); • palīdzība apģērbties un noģērbties, gultas veļas nomaiņa, • palīdzība iekļūt gultā un izkļūt no tās, pozicionēšana,

Tabulas turpinājumu sk. 127. lpp.

Pakalpojuma saturs.	• 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 apmaksa); • kurināmā piegāde telpās, krāsns kurināšana; • citi pakalpojumi atbilstīgi noslēgtajam līgumam starp personu un pakalpojuma sniedzēju vai atbilstīgi sociālā dienesta noteiktajam veicamo darbu apjomam.
----------------------------	--

Asistenta pakalpojums pašvaldībā ir atbalsts mobilitātei ārpus mājokļa. 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 kādas kvalifikācijas prasības.

24. tabula. Asistenta pakalpojums.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	Asistenta pakalpojums veicina personu ar GRT mobilitāti un iesaistīšanos sabiedriskajā dzīvē, kā arī atslogo personu ar GRT ģimenes locekļus.
Pakalpojuma saturs.	Palīdzība pārvietojoties vidē ārpus dzīves vietas, palīdzība orientēties ārējā vidē.

Atbalsta personas pakalpojums ir personai ar garīga rakstura traucējumiem sniegts atbalsts lēmumu pieņemšanā, lai palīdzētu tai vienlīdzīgi ar citiem īstenot savu tiesībspēju un rīcībspēju. Atbalsts lēmumu pieņemšanā ļauj atbalstāmajai personai pašai pieņemt sev nozīmīgus lēmumus, palīdz paplašināt savu dabisko atbalsta loku, palīdz pilnveidot spējas pārstāvēt sevi un aizsargāt savas intereses, kā arī paplašina atbalstāmās personas zināšanas un izpratni par savām tiesībām.

Atbalsta personas pakalpojuma mērķis ir nodrošināt 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.

Atbalsta personas 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.¹⁸⁹

¹⁸⁹ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovska, A., Krātiņa, I., Vanaga, S. 2017. *Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem (neaprobētā versija)*. RC "ZELDA", 24. lpp. <http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/file/rokasgramata.pdf>

25. tabula. Atbalsta personas pakalpojums.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	Atbalsta personas pakalpojuma saņēmējam: • ir iespēja paust savu 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.	Atbalsta personas pakalpojuma ietvaros personām ar garīga rakstura traucējumiem tiek sniegts atbalsts sešās dzīves jomās. 1) Juridiskās palīdzības jomā, piemēram: • 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; • ar rīcības spējas 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. 2) Finanšu jomā, piemēram: • iknedēļas vai ikmēneša budžeta plānošana (atkarībā no atbalstāmai 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 kredītsaistību uzņemšanos). 3) Ikdienas dzīves prasmju apgūšanas un attīstības jomā, piemēram: • atbalsts lēmumu pieņemšanā attiecībā uz pašreizējās 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 atbalstāmai personai pārrunāt ar Nodarbinātības valsts aģentūras 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: • atbalstu komunikācijā ar ģimenes locekļiem; • drošas komunikācijas ar sabiedrību apgūšanu; • konfliktu risināšanas pamatu un prasmju apgūšanu.

Tabulas turpinājumu sk. 129. lpp.

Pakalpojuma saturs.

- 4) Veselības aprūpes jomā (līdz ārsta kabinetam), piemēram:
 - 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.
- 5) Sociālās aprūpes jomā, piemēram:
 - atbalsts lēmumu pieņemšanā, lai saņemtu sociālos pakalpojumus:
 - 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;
 - atbalstāmas 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).
- 6) Atbalsta loka veidošanā, piemēram:
 - hobiju un interešu noskaidrošana;
 - atbalsta sniegšana jaunu draugu un paziņu meklēšanā, palīdzot atrast interešu izglītības un brīvā laika pavadīšanas iespējas;
 - komunikācijas prasmju attīstīšana.

Atbalsta personas pakalpojumu var saņemt:

- pilngadīga persona;
- ar garīga rakstura traucējumiem;
- kurai ir I vai II invaliditātes grupa;
- kura šobrīd dzīvo sabiedrībā un ir vērsta uz sadarbību.

Uzsākot personai sniegt pakalpojumu, vispirms ar uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodēm tiek noskaidrotas atbalsta sniegšanas jomas un apjoms, un personai tiek sagatavots individuālais atbalsta plāns. Atkarībā no izvērtējuma personai tiek piedāvāts saņemt pakalpojumu no sešām līdz trīsdesmit stundām mēnesī (ar iespēju īpašās situācijās izmantot papildu desmit atbalsta stundas mēnesī).

Ģimenes asistenta pakalpojums nodrošina personai atbalstu un apmācību sociālo prasmju apgūšanā, bērna aprūpē un audzināšanā, mājsaimniecības vadīšanā saskaņā ar individuāli izstrādātu sociālās rehabilitācijas plānu.

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.

26. 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.	- Personas esošo resursu aktivizēšana, lai veicinātu personas spēju funkcionēt patstāvīgi; - pamatvajadzību nodrošināšanas prasmju attīstība (ēdiena gatavošana, droša vide, obligāto maksājumu veikšana, budžeta plānošana).

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 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 starpinstitutionālās sadarbības īstenošana. Gadījuma vadītājs parasti ir izglītības iestāde, kas veido sadarbību starp izglītības iestādī, citām institūcijām un pakalpojumu sniedzējiem. Tieši starpinstitutionālā 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 patstāvīgs pakalpojums, nav ieviestas.¹⁹⁰

Atbalsta grupas un grupu nodarbības. Atbalsta grupās, saņemot psihologa atbalstu un palīdzību, kā arī daloties savstarpējā pieredzē, tiek pārrunātas aktuālākās grūtības un meklēti risinājumi.

27. tabula. Atbalsta grupas un grupu nodarbības.

Pakalpojuma saņēmēja ieguvumi.	Personai tiek dota iespēja saņemt atbalstu no līdzīgā situācijā esošiem grupas dalībniekiem. Tas veicina personas spēju labāk izprast problēmsituācijas un rast tām risinājumu. Atbalsta grupa dod iespēju satikt cilvēkus ar līdzīgiem funkcionāliem traucējumiem, tā palīdz veidot kopības sajūtu un grupas dalībniekiem kļūt atvērtākiem jaunām idejām un risinājumiem.
Pakalpojuma saturs.	Atbalsta grupa darbojas saskaņā ar grupas darbības noteikumiem, kuri ir pieņemami visiem grupas dalībniekiem. Grupās darbības pamatnoteikums ir konfidencialitāte. Atbalsta grupu vada vadītājs – persona, kura veicina grupas darba procesu. Atbalsta grupas tikšanās ir regulāras.

¹⁹⁰ Individual transition plan. *Cal State LA*. <http://www.calstatela.edu/academic/ccoe/programs/cats/individualized-transition-plan-itp>

5.5.6. 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.

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.

28. 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.	- 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.

5.5.7. Līdzinieku sniegti (*Peer-led*) pakalpojumi

Līdziniekus vieno līdzīga nozīmīga dzīves pieredze. Termins "līdzinieks" nozīmē, ka persona ir pieredzējusi līdzīgas grūtības pagātnē kā psihiatrijas pakalpojumu lietotājs(-a).¹⁹¹ 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 garīga rakstura traucējumiem (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 garīga rakstura traucējumiem tiesībām; organizācijas vadīšanas iemaņām).

¹⁹¹ Erdmane, A., George, D., Leimane-Veldmeijere, I. 2010. *Rokasgrāmata psihiatrijas pakalpojumu lietotājiem "Līdzīgs palīdz līdzīgam"*. RC "ZELDA", 10. lpp. <http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/Rokasgramata.pdf>

Sastopamas arī līdzinieku vadītas specializētas atbalsta sniegšanas organizācijas, kas paredzētas konkrētu individuālu problēmu, piemēram, krīzes situāciju, bezdarba, mājokļa trūkuma risināšanai.¹⁹²

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 tribunālā¹⁹³ sēdes laikā.¹⁹⁴

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.¹⁹⁵

Zviedrijā kopš 2000. gada darbojas personiskā ombuda pakalpojums. Ļoti labi funkcionējošu šī pakalpojuma modeli ir izveidojusi nevalstiskā organizācija *PO Skåne*, kuru izveidoja personu ar garīga rakstura traucējumiem organizācija (*the Swedish National Association for Social and Mental Health*) un ģimenes organizācija (*the Swedish Schizophrenia Fellowship Association*). *PO Skåne* pilnībā vada personas ar psiho-sociāliem 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.¹⁹⁶ 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 ir labas attiecības un viņi viens otram uzticētos.¹⁹⁷

5.5.8. Kopprodukta veidošanas princips sabiedrībā balstītu pakalpojumu plānošanā, sniegšanā un izvērtēšanā¹⁹⁸

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

¹⁹² Erdmane, A., George, D., Leimane-Veldmeijere, I. 2010. *Rokasgrāmata psihiatrijas pakalpojumu lietotājiem "Līdzīgs palīdz līdzīgam"*. RC "ZELDA", 14. lpp. <http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/Rokasgramata.pdf>

¹⁹³ Garīgās veselības tribunāls (*Mental Health Tribunal*) pieņem lēmumu, vai persona ievietoama un ārstējama psihiatriskajā slimnīcā bez piekrišanas.

¹⁹⁴ Erdmane, A., George, D., Leimane-Veldmeijere, I. 2010. *Rokasgrāmata psihiatrijas pakalpojumu lietotājiem "Līdzīgs palīdz līdzīgam"*. RC "ZELDA", 22.–24. lpp. <http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/Rokasgramata.pdf>

¹⁹⁵ Turpat, 28.–29. lpp.

¹⁹⁶ Apraksts sagatavots saskaņā ar Mata Jespersona sniegto informāciju, pieejama *PO Skåne* mājaslapā. <http://po-skane.org/in-foreign-languages/>

¹⁹⁷ A New Profession is Born – Personlight ombud, PO. *Socialstyrelsen*. 2008, 16. <https://www.personlightombud.se/publikationer/pdf/A%20New%20Profession%20is%20Born.pdf>

¹⁹⁸ Co-production in social care: What it is and how to do it. *Social care institute for excellence*. 2013. <https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide51/what-is-coproduction/index.asp>

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. Pieejamība nozīmē to, ka ikvienai personai ir līdzvērtīgas iespējas aktīvi piedalīties procesā tādā veidā, kas personai atbilst vislabāk. Runa ir ne tikai par vides pieejamību, bet arī par informācijas pieejamību un procesuālo pieejamību. Savstarpīguma princips nozīmē to, ka cilvēki, kaut ko dodot, arī saņem pretī, tā īstenojot cilvēku vēlmi justies novērtētiem un nepieciešamiem.

5.6. SOCIĀLĀ DARBA AR PERSONĀM AR GRT UN VIŅU TUVINIEKIEM DAŽĀDĀS FORMAS – SOCIĀLAIS DARBS AR INDIVĪDU, AR ĢIMENI, AR GRUPU

5.6.1. Sociālā gadījuma vadīšana pilngadīgai personai ar GRT

Šī metodiskā materiāla sadaļa ir balstīta uz gadījuma vadīšanas modeli, kas tiek izmantots sociālajos dienestos Latvijā, un kas nav specifiski pielāgots sociālajam darbam ar personām ar GRT. Protams, ir arī specifiski gadījuma vadīšanas modeļi šai mērķa grupai, bet lielākā daļa no tiem ir izstrādāti izmantošanai veselības aprūpes iestādēs – stacionārā vai ambulatorā veselības aprūpes iestādē.

Prakses pamatā sociālajam darbiniekam sociālos dienestos jābalstās uz savu regulāro praksi. Piedāvātas tiek dažas nianšes, alternatīvas un jauni instrumenti vai viedokļi katrai gadījuma vadīšanas stadijai darbā ar pilngadīgām personām ar GRT.

KĀ SAGATAVOTIES UN IESAISTĪT KLIENTU DARBA PROCESĀ

Tikšanos / konsultāciju ar klientu plānošana. Objektīvi runājot, ne vienmēr ir iespējams plānot pirmo tikšanos ar klientu, jo klienti visbiežāk ierodas pie sociālā darbinieka, lai lūgtu palīdzību krīzes situācijās, un nav vairs laika sagatavoties.

Tikšanās sākumā sociālais darbinieks var pārdomāt savas gaidas no tikšanās:

- klienti, kas nonāk sociālajā dienestā, jau ilgi ir cīnījušies ar problēmu, kuru viņi nevar atrisināt, tādēļ bieži vien ir skeptiski, bezcerīgi vai neuzticīgi;
- daudzi klienti, kuri nonāk sociālajā dienestā, nav brīvprātīgie klienti.

Sociālais darbinieks var interpretēt šos faktus ar izpratni – tā ir sociālās palīdzības sistēmas pazīme. Sociālais darbinieks var pāris minūtes pārdomāt, ko klients, kurš atnācis pirmoreiz, jūt, un arī pārdomāt, kā pats varētu reaģēt ar izpratni uz dažādām klienta nepatīkamajām sajūtām.

Dažreiz pirmais kontakts notiek, runājot pa tālruni.



Atcerieties, ka sarunas laikā jūs neredzat neverbālo saziņu.

Palūdziet īsu palīdzības pieprasījuma aprakstu, lai saprastu, vai konkrētajā gadījumā sociālais pakalpojums var palīdzēt klientam, neprasot sīkākus paskaidrojumus.

Ja jūs runājat ar nebrīvprātīgo klientu, ierobežojiet sarunu ar jautājumiem par tikšanās datumu un vietu.

Pārliecinieties, ka klients atceras jūsu vārdu, sociālā dienesta adresi un tikšanās laiku. Dažreiz ir lietderīgi nosūtīt izsiņu vai vēstuli par plānotās konsultācijas detaļām.

Ja ģimenē ir vardarbības risks, pajautāji, vai varmāka zina, ka klients ir zvanījis un meklējis palīdzību, noskaidrojiet, vai lūgums pēc palīdzības pakļauj klientu vardarbības riskam.

Ja jūs saprotat, ka klients nav riska situācijā, varat ieteikt aicināt uz konsultāciju vēl kādu no klientam svarīgām personām – ģimenes locekļus vai draugus, tas palīdz izvērtēt situāciju un veidot klienta atbalsta tīklu.

Vide tikšanās laikā (birojā, arī sociālajā dienestā vai NVO, mājās, institūcijā – iestādē, kurā tiek nodrošināta personas ilgtermiņa aprūpe). Ļoti svarīgas sākotnējam kontaktam ar klientu ir telpas. Vairāki faktori var ietekmēt klienta uztveri – vai ir ērta gaidīšanas zona organizācijas birojā (sociālajā dienestā vai NVO), vai personāls ir pieklājīgs un smaida, vai klienta klātbūtnē, kamēr viņš gaida konsultāciju, notiek kādi konflikti.

Telpu pieejamība nozīmē, ka klientam ir iespējas ieiet un pārvietoties iestādē. Ja klients, izmantojot savus tehniskos palīg līdzekļus, birojā var pārvietoties patstāvīgi, sociālais darbinieks nepiedāvā palīdzību, ir pacietīgs un gaida, lai cilvēks justos komfortabli. Ja klientam ir problēmas ar redzi, sociālais darbinieks var izskaidrot, kā izvietotas mēbeles, vai ir citi šķēršļi birojā, un brīdināt par tiem. Pat ja klientam ir tikai garīga rakstura traucējumi, nevis funkcionāli traucējumi, tas nenozīmē, ka birojs nav jāpielāgo viņa vajadzībām.²⁰⁰

Klientiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem ir diezgan lēns izpratnes un reakcijas laiks par dažādiem uzdevumiem, telpām. Tādēļ pastāv sociālā atbildība par vides izmaiņām (piemēram, par sociālā dienesta telpām), lai nodrošinātu pilnīgu piekļuvi un līdzdalību. Birojā uz sienām jābūt norādījumiem vieglajā valodā un piktogrammām, kuras palīdz orientēties telpās – tai vajadzētu būt sistemātiskai vizuāli grafiskās komunikācijas sistēmai.

Dažiem klientiem ar autismu un klientiem ar GRT ir grūti koncentrēt dzirdes uzmanību, jo viņiem ir mainījusies iekšējās auss darbība un skaņu apstrāde, tādēļ tikšanās laikā ir svarīgi aizvērt durvis, lai ārējie trokšņi netraucētu.

Vēl viens šķērslis pakalpojuma pieejamībai klientiem ar GRT, un it īpaši klientiem ar autiskā spektra traucējumiem, ir sensorā pārslodze. Atsevišķas telpas mazu grupu diskusijām var palīdzēt novērst pārmērīgu sensoro pārslodzi personai ar autismu.²⁰¹ Sociālos dienestos varētu iekārtot īpašas telpas – sensorās atkāpšanās telpas (angļu val. *sensory retreat rooms*) –, kurās persona var viegli tikt galā ar pārslodzi (šādām telpām nedrīkst tuvumā atrasties skaļas ierīces, piemēram, lifti vai citi trokšņa avoti). Birojā varētu būt vienreizēji lietojamas austiņas, kas palīdzētu klientiem ar autismu novērsties no skaņām. Vajadzētu arī izvairīties no intensīvām smaržām birojā.

Klienti ar GRT bieži cieš no epilepsijas lēkmēm, tādēļ dabiskais apgaismojums ir labāks nekā dienasgaismas apgaismojums, spuldzes nedrīkst mirgot.

¹⁹⁹ Sheafor, B., Horejsi, C. 2007. *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. Boston: Allyn & Bacon, 200–201.

²⁰⁰ Yalon-Chamovitz, Sh. 2009. Invisible Access Needs of People With Intellectual Disabilities: A Conceptual Model of Practice. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 47(5), 395–400. <http://5.100.250.220/~akim13/images/pdf/invisible.pdf>

²⁰¹ Autistic Access Needs: Notes on Accessibility. *AUCD*. http://www.aucd.org/docs/add/sa_summits/ASAN.pdf

Pirms tikšanas sociālais darbinieks var vispirms sakārtot biroja krēslus. Ja tikšanās ir tikai ar klientu, krēslus labāk likt vienu otram pretī, ja uz tikšanos nāks ģimene, krēslus labāk likt aplī, lai klātesošie varētu atrasties tādā pašā līmenī kā speciālists un varētu psiholoģiski labāk kontrolēt situāciju. Jāpievērš uzmanība arī temperatūrai telpā, tai nevajadzētu būt pārāk augstai vai zemei. Jāpārliecinās, vai birojā ir pieejams ūdens dzeršanai.

Daži klienti ar GRT vēlēties tikties, izmantojot lietojumprogrammu *Skype* vai tālruni, piemēram, rakstot īsziņas, nevis apmeklējot biroju. Ja klienti ar GRT saslimšanas dēļ nevar iziet no mājām, sociālajam darbiniekam jāiet mājas vizītē, jo sociālā darba pakalpojumiem jābūt pieejamiem. Mājas vizīte joprojām ir viena no galvenām metodēm darbā ar ģimenēm un ar bērniem, tostarp ģimenēm, kurās dzīvo klienti ar GRT. Pētījumu dati liecina, ka mājas apmeklējumi bieži notiek gadījumos, kad persona cīnās ar garīgās veselības problēmām.²⁰²

Mājas vizītes laikā sociālais darbinieks nevar kontrolēt klienta vidi, bet viņš var pievērst uzmanību lietām, kas atrodas mājās, kā arī ietekmēt saziņas procesu. Sociālais darbinieks mājas vizītē novēro un iegūst informāciju, piemēram, atšķirības starp to, kā māja izskatās (mājas stāvoklis, smaržas, virsmu tīrība), un to, kā klients raksturo savas vajadzības. Sociālais darbinieks var uzreiz izvērtēt, vai mājas vide ir pielāgota klienta ar GRT un funkcionāliem traucējumiem vajadzībām.

Pirms vizītes sociālajam darbiniekam jāapkopo informācija par vardarbības iespējām no klienta un viņa ģimenes locekļu puses. Drošības nolūkos sociālais darbinieks var informēt kolēģus par apmeklējuma vietu un laiku, vienmēr ņemt līdzi mobilo tālruni, kā arī iet mājas vizītē kopā ar citu dienesta darbinieku. Svarīgi, lai sociālais darbinieks uz mājas vizīti ierastos laikus, sagatavojies klienta īpašajām vajadzībām, piemēroti apģērbies, kā arī nodrošinot privātumu (piemēram, vizīte tiek piedāvāta laikā, kad mājās nestrādā cits speciālists). Ieejot mājās, sociālajam darbiniekam jājautā, kurš vēl pašlaik atrodas mājās. Ienākot istabā, jālūdz atļauja apsēsties. Tas klientam ļauj iegūt kontroles sajūtu un palīdz veidot aliansi. Nedrīkst aizmirst, ka viesmīlības rituāli var ietekmēt sociālā darbinieka profesionālo lomu – jāizmanto pašrefleksijas prasmes.

Lai kur persona dzīvotu – mājās vai institūcijā – svarīgi pareizi ievērot attālumu. Ja persona ir gultā vai izmanto ratiņkrēslu, jāsež klienta acu līmenī, nedrīkst atrasties augstāk par klientu, jo klientam gan fiziski, gan psiholoģiski būs grūtības.

Starpt **mājas** un **institūcijas** vizītēm ir būtiskas atšķirības. Ja sociālais darbinieks ir iesaistīts deinstitutionalizācijas procesā, viņš var apmeklēt personu iestādē DI procesa pirmajos posmos. Sociālajam darbiniekam jāzina, ka uzvedību un dzīvesveidu institūcijā ietekmē represīvā vide, kura pieprasa pasīvu paklausību autoritātei, pasīvu lomu jautājumos par personisko dzīvesveidu un preferencēs novērš kritiskās domāšanas un individuālo lēmumu pieņemšanas iespējas, liedz izteikt savas domas un jūtas.²⁰³ Institūcijas varas līdzsvars starpt klientu un speciālistu arī ir ļoti atšķirīgs, piemēram, vienošanās par vizīti jāveic ar iestādes darbiniekiem, nevis ar pašu klientu (kas būtu citādi, ja klients dzīvotu mājās).

Tādēļ izvērtējums par klientu, izmantojot tikai novērojumus iestādē, nevar būt uzticams informācijas avots.

Tikšanās ar klientu piespiedu kārtā. Visticamāk, klienti, ar kuriem tikšanās notiek piespiedu kārtā, būs nemotivēti, dusmīgi vai pat naidīgi. Klienti var izrādīt dusmas, ja nav pārliecināti, ka sociālais darbinieks zina, ka viņi tās jūt. Tāpēc, ja tikšanās notiek vidē, kuru sociālais darbinieks nevar kontrolēt (piemēram, mājas vizītes laikā), ieteicams veikt papildu drošības pasākumus, piemēram, nedoties uz mājās vizīti vienam, netikties ar klientu virtuvē, kurā varētu būt naži un citi bīstami priekšmeti.

Sociālajam darbiniekam būtu jāapzinās savas cerības, un, lai gan naidīgi klienti nevēlas sadarboties ar sociālo darbinieku, vismaz paredzēt viņu reakciju un uzvedību. Jāsaprot, ka lielākajai daļai speciālistu, kurus

²⁰² Allen, S., Tracy, E. 2008. Developing student knowledge and skills for home-based social work practice. *Journal of Social Work Education*. https://cdn.ymaws.com/www.naswma.org/resource/resmgr/Safety/Safety_Allen.pdf

²⁰³ Ir daudz pētījumu, kas parāda dzīves negatīvo ietekmi uz cilvēku labklājību un garīgo veselību. Šie pētījumi arī palīdzēja attīstīt sabiedrībā balstītus pakalpojumus. Chow, W. S., Priebe, S. 2013. Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3702490/>

nemotivēts klients satiek savā dzīvē, ir bijusi represīva loma, tādēļ sociālajam darbiniekam nevajadzētu izvirzīt apsūdzības, labāk izmantot atklātus jautājumus un izzināt, ko klients domā. Ja kāds no tuviniekiem, kuram ir labas attiecības ar klientu, sniedz informāciju par klientu, sociālais darbinieks var uzsākt saziņu, atsaucoties uz tuvinieka vārdu. Šādi var rosināt klientu uz sarunu, jo klients saistīs sociālo darbinieku ar cilvēku, kam viņš uzticas.

KLIENTA SOCIĀLĀS SITUĀCIJAS IZVĒRTĒJUMS

Vispārējos izvērtējumos sociālajā darbā jāņem vērā visus cilvēka sociālās dzīves aspektus, un garīgās veselības problēmas sakņojas cilvēku sociālajā dzīvē. Tādēļ, strādājot ar personām ar GRT, regulārie instrumenti, kurus sociālie darbinieki jau izmanto, būs noderīgi un lietojami.

Tā kā ir svarīgi reflektēt par jau pastāvošo praksi, sociālajiem darbiniekiem un viņu vadītājiem jāpārbauda, vai viņu pašreizējiem izvērtējumiem piemīt visas laba izvērtējuma pazīmes.

Laba izvērtējuma pazīmes²⁰⁴

Īsums – cieniet savu un citu personu laiku!

Skaidrība un vienkāršība – jums jāizvairās lietot žargonu un speciālista valodas stilu, labāk fiksēt klienta uzvedības piemērus.

Lietderība – izvērtējums jāraksta, ņemot vērā izvērtējuma mērķi.

Organizācija – izvērtējumā iekļautā informācija jāraksta loģiskā secībā.

Konfidencialitāte un pieejamība klientam – sociālajam darbiniekam jārespektē klienta privātā dzīve, izvērtējums jāraksta, pieņemot, ka klients var vēlēties to izlasīt, un viņam ir tiesības to darīt.

Objektivitāte – sociālajam darbiniekam jāizvēlas precīzi un nevērtējoši vārdi, jāspēj atšķirt viedokli no fakta.

Atbilstība – dokumentam jābūt saistītam ar klienta pašreizējām vajadzībām.

Koncentrēšanās uz klienta stiprajām pusēm – izvērtējumā nav jāpievērš uzmanība patoloģijai, disfunkcijai, vājībām un ierobežojumiem, bet jāapraksta klienta stiprās puses, lai varētu plānot nākamās intervences.

Sociālā darba ar personām ar GRT izvērtējumos vienmēr tiks ņemts vērā GRT aspekts, dažkārt šis aspekts būs izvērtēšanas centrā.

Tālāk piedāvājam dažus instrumentus, kas varētu padarīt gadījuma vadīšanas praksi vēl efektīvāku.

IEGŪTĀS INFORMĀCIJAS IZVĒRTĒJUMS

Atlabšanas modeļa ietvaros klienta ar psihosociālajiem traucējumiem sociālās situācijas izvērtējums ietver ne tikai klienta pakalpojuma atbilstības izvērtējumu, kurš sastāv no standarta vajadzību un riska novērtējuma, bet arī ārstēšanas un aprūpes jautājumus, tādēļ izvērtējuma priekšmetu šajā instrumentā labāk identificē kā klienta sūdzību.

Pēc sākotnējā izvērtējuma jāseko tālākajam, visaptverošajam izvērtējumam.

²⁰⁴ Sheafor, B., Horejsi, C. *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. 8th ed., 242–243.



Kā izpaužas psihiskā saslimšana (balsis, paškaitējums vai depresija un trauksme, kas pārslogo personu)? Kāpēc tā ir problēma un kā tā ietekmē ikdienas dzīvi personai un apkārtējiem (dzirdot balsis, var būt problēma tikai tad, ja balsis ir draudīgas vai pārāk spēcīgas)?

Kāds stress vai dzīves notikumi var pasliktināt pašreizējās grūtības?

Cik lielā mērā persona jūtas spējīga kontrolēt vai pārvaldīt savu saslimšanas pieredzi? Kādas ir labākās pieejamās pārvarēšanas stratēģijas?

Vai ir kāds kaitējuma risks? Ja ir, kas var palīdzēt nodrošināt lielāku drošību?

Ko cilvēki, kuri atrodas šajā situācijā, uzskata par pozitīvu iznākumu vai pašreizējo grūtību risinājumu?

Jomas, kas jāietver tālākā izvērtējumā

Pašreizējā sūdzība un tas, ko tas nozīmē visiem iesaistītajiem.

Kas var būt izraisījis vai veicinājis pašreizējo situāciju – dzīves notikumi, sociālie apstākļi un īpašs stress (piemēram, kas notika jūsu dzīvē, kad jūs pirmo reizi sākat dzirdēt balsis)?

Pašreizējais sociālais konteksts – kultūra, nodarbošanās, mājoklis, ienākumi, piekļuve sociālajam kapitālam, diskriminācija vai sociālā atstumtība.

Ģimenes un starppersonu attiecības.

Kādas attiecības ir atbalstošas un pozitīvas?

Kur var būt spriedze vai konflikti?

Kādas attiecības ir zaudētas?

Pieredzes ietekme uz pašsajūtu un sociālo identitāti.

Stiprās puses, resursi un pārvarēšanas stratēģijas.

Varas attiecības, personiskā efektivitāte un iespējas mobilizēt sadarbību un spēku, lai aizsargātu neaizsargātos cilvēkus.

Virzība uz priekšu – visu iesaistīto personu idejas un centieni.

ĢIMENES IZVĒRTĒJUMS

Strādājot ar klientiem ar GRT, visspēcīgākais resurss ir līdzcilvēki, sabiedrība. Lielākā daļa personu ar GRT dzīvo izolācijā un vientulībā. Viņi ir neaizsargāti un viegli var kļūt par ļaunprātīgas izmantošanas, manipulāciju un ļaunprātīgas izturēšanās upuriem. Tādēļ ir ļoti svarīgi saprast, kādi ir ģimenes locekļi un sociālais tīkls.

Ģimenes izvērtējumā regulāri tiek izmantotas Latvijā plaši lietotas metodes **genogrammas** un **ekokartes**. Tomēr sociālajā darbā ar pilngadīgām personām ar GRT ģimenes struktūras analīze varētu būt nepietiekama vai pat nedot nepieciešamo informāciju, jo priekšplānā ir pilnvērtīga dzīve sabiedrībā, nevis sociālā izolācija.

SOCIĀLĀ ATBALSTA TĪKLA IZVĒRTĒJUMS

Sociālais tīkls ir visi indivīdi un grupas, ar kurām cilvēks regulāri mijiedarbojas.

Sociālā tīkla lielums vai apjoms ne vienmēr ir saistīts ar viņam pieejamā atbalsta apjomu vai kvalitāti, jo daži kontakti ar personām un grupām no sociāla tīkla var pat kaitēt personai. Ja tiek mobilizēti sociālā tīkla dalībnieki, kuri sniedz atbalstu, tostarp sociālie darbinieki, tas palīdz mobilizēt resursus, sniegt informāciju, noteikt krīzes garīgās veselības stāvokli, mazināt stresu un sociālo izolāciju, kā arī ietekmēt pakalpojuma izmantošanu.²⁰⁶

²⁰⁵ Tew, J. 2011. *Social approaches to mental distress*. London: Palgrave, 158–159.

²⁰⁶ Pinto, R. 2006. Using social network interventions to improve mentally ill clients' well-being. *Clinical Social Work Journal*. 34(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2808640/>



SOCIĀLĀ ATBALSTA IZVĒRTĒJUMS: NODERĪGI JAUTĀJUMI²⁰⁷

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 noderīgi, pozitīvi ietekmē jūsu dzīvi?
- 3) Kurus no šiem cilvēkiem jūs regulāri satiekat, kam jūs zvanāt pa tālruni 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 uzticiaties 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!

Svarīgi saprast, ka reizēm tikai zinot, ka ir pieejams atbalsts, pat to neizmantojot, tam jau ir terapeitiska ietekme uz personu.



GADĪJUMA APRAKSTS

Toms visu laiku dzīvoja sabiedrībā, bet pagājušajā gadā pēc sava tēva nāves tika ievietots psihoneiroloģiskajā slimnīcā uz ilgu laiku. Tēvs daudzus gadus rūpējās par Tomu, pēc viņa nāves Toms palika viens. Drīz vien sekoja veselības krīze un hospitalizācija.

Katru piektdienu Toms zvina savai bijušajai sociālajai darbiniecei Antrai, lai uzzinātu, kā pagājusi viņas nedēļa, un pastāstītu par savu ikdienas dzīvi slimnīcā.

Lai gan zvani neietilpst ieplānotajā sociālā darba procesā un nevarētu radīt būtiskas izmaiņas Toma dzīvē, tie sniedz Tomam lielisku morālo un psiholoģisko atbalstu, dodot viņam sajūtu, ka viņš ir svarīgs un vajadzīgs.

ATTIECĪBU KARTE

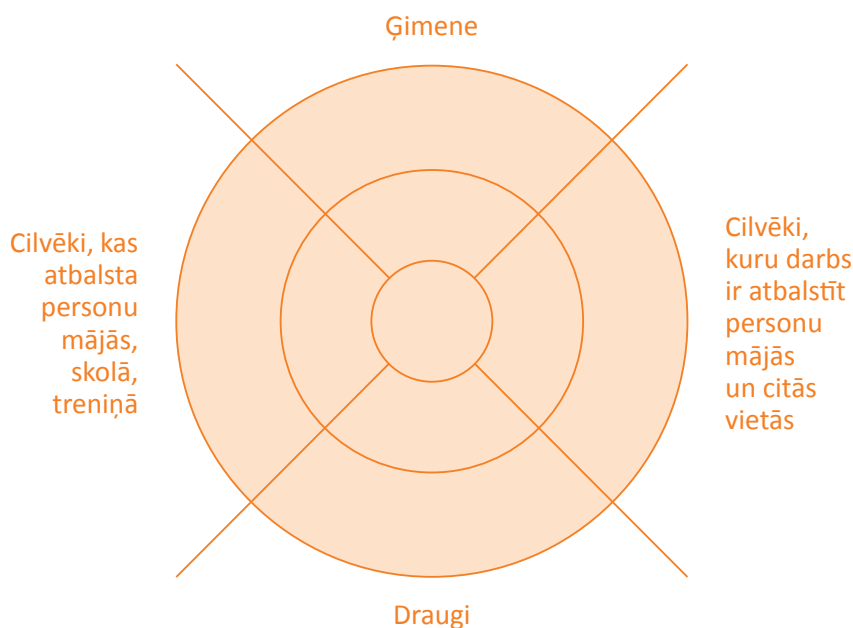
Attiecību karti sociālais darbinieks aizpilda kopā ar klientu vai kopā ar klientu un klienta uzticamības personu, lai saprastu, kuri cilvēki un kādās jomās atbalsta klientu, cik tuvi vai tāli viņi ir klientam. Sociālais darbinieks izjautā par katru sociālā tīkla personu, tie varētu būt ne tikai draugi un ģimenes locekļi, bet arī tie, kuri nodrošina sociālos un medicīniskos pakalpojumus, vai pat kopienas locekļi. Savukārt klients norāda, cik tuvu vai tālu šie cilvēki atrodas no apļa centra. Daži sociālā tīkla dalībnieki, kuri būtu identificēti citās vērtēšanas metodēs, piemēram, genogrammā, šeit neparādītos, jo attiecību karte parāda uzticības līmeni un tuvību. Attiecību karti var arī izmantot, ja sociālais darbinieks vēlas uzzināt par klienta attiecībām ar psihiatru vai ģimenes asistentu, vai cita atbalsta sniedzēju u. tml.

Analizējot iegūto informāciju, sociālais darbinieks uzzina, kurus cilvēkus aicināt uz plānošanas tikšanos ar klientu, kādas attiecības ir vērts attīstīt, t. i., klienta ārējos resursus.²⁰⁸

²⁰⁷ Sheafor, B., Horejsi, C. *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. 8th ed., 242–243.

²⁰⁸ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovskā, A., Skirmante, S. 2016. *Rokasgrāmata: Pirmie soļi atbalstītās lemtspējas ieviešanā Latvijā*. Rīga: RC "ZELDA", 53. lpp. http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/ZELDA_LV_.pdf

4. attēls. Attiecību karte ir viena no uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodēm



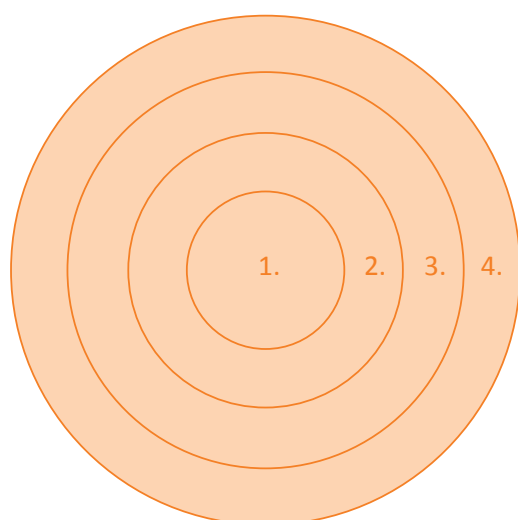
VECĀKI AR GRT UN BĒRNU DROŠĪBAS PROBLĒMAS

Sociālajā darbā ar vecākiem ar GRT sociālā atbalsta sniegšanai ir būtiska nozīme. Šādās ģimenēs bērniem nepieciešama drošības un atbalsta tīkla identifikācija un attīstīšana, atbilstīgu personu iesaistīšana. Atbalsta tīklu veido ģimene, draugi un profesionāļi, kuri rūpējas par bērniem un ģimeni un ir gatavi sadarboties ar ģimeni un bērnu aizsardzības speciālistiem.

Sonja Parkere no Rietumāustrālijas izstrādājusi instrumentu “Drošības un atbalsta loki”. Šis instruments palīdz izskaidrot vecākiem, kādēļ drošības un atbalsta tīkls ir nepieciešams, kāda loma ir atbalstu sniezošajiem cilvēkiem, tas palīdz kopā ar vecākiem identificēt, kuri varētu būt vispiemērotākie cilvēki atbalsta tīklam.²⁰⁹

Izvērtēšanas pamatā ir ideja, ka atbalsta tīkls vienlaikus var nodrošināt bērna drošību – jo vairāk cilvēku zina par problēmām un ir gatavi piedalīties ģimenes un bērnu dzīvē, jo mazāks ir risks bērniem.

5. attēls. Instruments “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?

²⁰⁹ Parker, S. Circles of Safety and Support. A tool to help parents identify people for their family's safety & support network. *Partnering for safety*. https://www.partneringforsafety.com/uploads/2/2/3/9/22399958/circles_of_safety_and_support_tool_updated.pdf

Pirmajā solī sociālais darbinieks runā ar vecākiem par to, kas ir drošības un atbalsta tīkls, ka identificētās personas būs arī iesaistītas drošības plānošanā. Pēc tam vecāki identificē cilvēkus, kuri jau zina, kas ir noticis, un šo cilvēku vārdi tiek ierakstīti iekšējā lokā.

Nākamajā solī ir otrā apla (personas, kuras zina mazliet no tā, kas ir noticis) un trešā apla (neko nezina par to, kas noticis) izveidošana. Ja iekšējā lokā nav pietiekamu / piemērotu cilvēku, nākamais procesa posms ir izpētīt, kuras personas vecāki vēlētos pārvietot no diviem ārējiem apliem uz iekšējo apli, pastāstot viņiem par savām problēmām un palūdzot atbalstu. Atbalsta tīklam vajadzīgo cilvēku skaits ir jānosaka, pamatojoties uz problēmu nopietnību un raksturu, bērnu vecumu un neaizsargātību.

KLIENTA IEKŠĒJO RESURSU (STIPRO PUŠU) IZVĒRTĒJUMS

Klienta iekšējo resursu izvērtējums ir pamats turpmākajam darbam, jo, izvērtējot iekšējos resursus, intervence būs veiksmīga – tā būs balstīta uz klienta stiprajām pusēm. Sociālais darbs ar personām ar GRT bieži vien ir vērsts uz ierobežojumiem, kas ir iestrādāti medicīnas diagnozes koncepcijās, tādēļ šie jautājumi prasa mainīt speciālistu domāšanu.



JAUTĀJUMI IZVĒRTĒJUMAM

- 1) Ko jūs domājat, kādas ir jūsu stiprās puses?
- 2) Kādas ir jūsu spējas? Kas jums padodas?
- 3) Pastāstiet man par laiku, kad jums gāja vislabāk! Ko jūs darījāt, lai būtu tik labi?
- 4) Pastāstiet par gadījumu, kad veiksmīgi atrisinājāt līdzīgu problēmu!
- 5) Kā jūs to izdarījāt?
- 6) Kur jūs atradāt drosmi un enerģiju, lai risinātu šo problēmu?
- 7) Kā jums izdevās tikt galā līdz šim?
- 8) Par spīti jūsu pašreizējām problēmām, kurās dzīves jomās viss notiek diezgan labi?
- 9) Kas jūsos patīk citiem cilvēkiem?
- 10) Kādas stiprās puses cilvēki saredz jūsu attieksmē pret dzīvi?
- 11) Ko jūs nemainītu sevī, situācijā, savā dzīvē? Kas jums ir vissvarīgākais?

Ir vairākas jomas, par kurām ir svarīgi iegūt informāciju, piemēram, par veselību (viss, kas ir pozitīvs klienta dzīvē attiecībā uz veselību), attiecībām (kā viņš / viņa spēj tās veidot un uzturēt), lēmumu pieņemšanu, emocionālām stiprajām pusēm (piemēram, optimismu, neatlaidību), talantiem / interesēm, intelektuālām spējām, izglītību, ikdienas dzīves prasmēm un pašapkalpošanos, pastāvīgo mājokli, nodarbinātības vēsturi, garīgumu / reliģiju, dzīvesveidu utt.

Dažas stiprās puses var izvērtēt atsevišķi, izmantojot specifiskus izvērtējumus.

Īsa dzīvesspēka un pārvaldīšanas skala²¹⁰

Turpmāk minētie jautājumi attiecas uz to, kā jūs parasti reaģējat uz grūtām situācijām, ar kurām sastopaties dzīvē.

Novērtējiet, cik labi šie apgalvojumi apraksta jūsu uzvedību, no “neapraksta mani vispār” līdz “apraksta mani ļoti labi”.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Neapraksta mani vispār Apraksta mani ļoti labi

- 1) Es meklēju radošus veidus, kā mainīt grūtās situācijas.
- 2) Par spīti tam, kas notiek ar mani, uzskatu, ka varu kontrolēt savu reakciju uz to.
- 3) Es uzskatu, ka es varu pozitīvi attīstīties, risinot sarežģītas situācijas.
- 4) Es aktīvi meklēju veidus, kā kompensēt dzīves laika radušos zaudējumus.

Interpretācija:

zems dzīvesspēks un pārvaldīšana 4–13 punkti;
vidējs dzīvesspēks un pārvaldīšana 14–16 punkti;
liels dzīvesspēks un pārvaldīšana 17–20 punkti.

KLIENTA GARĪGO VESELĪBU IETEKMĒJOŠI RISKĀ FAKTORI

Ja sociālais darbinieks strādā ar personām ar GRT, izvērtēšanas laikā svarīgi pievērst uzmanību dažādiem riska faktoriem.

Dubultā diagnoze nozīmē, ka persona vienlaikus cieš no vairākiem traucējumu veidiem (piemēram, no garīgās slimības un attīstības traucējumiem) vai no GRT un atkarības no narkotikām vai alkohola.

GRT un atkarība no narkotikām vai alkohola ir ļoti izplatīta, līdz 65 % cilvēku ar atkarībām ir vismaz viens garīga rakstura traucējums, 51 % cilvēku ar garīga rakstura traucējumiem ir vismaz viena atkarība (no narkotikām vai alkohola).²¹¹

Attiecībā uz dubulto diagnozi ir svarīgi izvērtēt:²¹²

- vielas lietošanas traucējumu veidu un apmēru;
- garīgās veselības traucējumu veidu (-us), smagumu un ilgumu;
- saistītu medicīnisku problēmu klātbūtni;
- saistītu invaliditāti vai citas sociālās problēmas, kas rodas no vielu lietošanas, piemēram, korekcijas sistēma, nabadzība vai bezpajumtniecība.

Attiecīgo faktoru kombinācija klientiem rada grūtības, to dēļ persona nevar saņemt nepieciešamo medicīnisko palīdzību. Daži no psihiatriskajiem simptomiem var rasties kā vielu lietošanas rezultāts vai arī vielu lietošana var būt veids, kā persona mēģina pati ārstēties un atbrīvoties no psihiatriskajiem simptomiem.

Ja izvērtējumā ir konstatēta dubultā diagnoze, sociālajam darbiniekam jāzina, ka ir metodes, kas vienlaikus palīdz risināt abas problēmas, piemēram, **motivējošā intervēšana**.²¹³

²¹⁰ Sinclair, V. G., Wallston, K. A. 2004. The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*. 11, 94–101.

²¹¹ Ouimette, P. Co-Occurring Mental Health and Substance Abuse Disorders. *Washington State Department of Social and Health Services*. 245–246. <https://www.dshs.wa.gov/sites/default/files/BHSIA/dbh/documents/cobestpract.pdf>

²¹² Hepworth, D. H., Larson, J. A., Homewood, B. *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*. 212–213.

²¹³ Motivējošā intervēšana (MI). 2013. *Konsultantu apmācība. PRP Cycle*. 10-13. <http://www.rdsd.lv/uploads/media/560b98ce39096.pdf>; Miller, W. R., Rollnick, S. 2013. *Motivational interviewing: Helping people change*. New York: Guilford Press.

PAŠNĀVĪBAS RISKS

Garīga rakstura traucējumus konsekventi identificē kā pašnāvības un pašnāvības rīcības riska faktoros.

Skala “SKUMJAS PERSONAS”²¹⁴ (angļu val. *SAD PERSONS*) ir bieži lietots instruments, lai pārbaudītu pašnāvības risku. Augsts rādītājs nozīmē, ka ir vērts nosūtīt personu uz konsultāciju pie psihiatra, lai veiktu rūpīgāku riska izvērtējumu.

SAD PERSONS (skumjas personas)²¹⁵

S Sex – dzimums (vīrietis – 1)

Vīrieši nogalina sevi četras reizes biežāk nekā sievietes, lai gan sievietes mēģina izdarīt pašnāvību trīs reizes biežāk nekā vīrieši.

A Age – vecums (<19 vai >45 – 1)

Augsta riska grupas ir vecumā no 15 līdz 24 gadiem, no 45 gadiem un vecāki.

D Depression – depresija (ja ir – 2)

Depresija ir ļoti izplatīta starp tiem, kuri mēģina izdarīt pašnāvību. Garastāvokļa traucējumi, jo īpaši depresijas fāzē, ir visbiežāk saistīti ar nāvi, kuru izraisa pašnāvība.

P Previous attempts – iepriekšējie mēģinājumi (ja ir – 1)

Iepriekšējs pašnāvības mēģinājums ir viens no galvenajiem riska faktoriem turpmākiem pašnāvības mēģinājumiem un nāves gadījumiem.

E Ethanol – alkohols (ja lieto – 1)

Alkohols ir pašnāvības riska faktors. Pētījumos konstatēts, ka alkohola lietošana ir bijusi 20–50 % pašnāvības gadījumos (Amerikas Psihiatrijas asociācijas dati, 2003).

R Rational thinking loss – racionālas domāšanas zudums (ja ir – 2)

Jebkuri garīgie traucējumi (piemēram, psihoze, halucinācijas vai murgi) stipri ietekmē spriedumu un racionālu domu un apdraud indivīdu.

S Social supports lacking – sociālā atbalsta trūkums (ja ir – 1)

Uz pašnāvību vērstai personai bieži trūkst nozīmīgu cilvēku (draugu, radnieku), jēgpilnu nodarbinātību un kopienas atbalsta.

O Organized plan – organizētais plāns (ja ir – 2)

Īpaša pašnāvības plāna (datums, vieta un līdzekļi) klātbūtne nozīmē, ka personai ir liels pašnāvības risks.

N No spouse – persona nav precējusies (ja ir – 1)

Pētījumi liecina, ka indivīdiem, kuri ir atraitņi, šķīrušies vai vieni, ir lielāks risks nekā tiem, kuri precējusies.

S Sickness – slimība (ja ir – 2)

Hroniska, novājinoša un smaga slimība arī ir riska faktors.

²¹⁴ Working With the Client Who is Suicidal: A Tool for Adult Mental Health and Addiction Services. *British Columbia: Ministry of Health*. 2001, 33. https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/MHA_WorkingWithSuicidalClient.pdf

²¹⁵ 0–5: varētu droši ļaut doties mājās (atkarībā no apstākļiem), 6–8: iespējams, nepieciešama psihiatriskā konsultācija, > 8: iespējams, nepieciešama uzņemšana slimnīcā.

Visaptveroša pieeja pašnāvības novēršanai ietver šādus trīs posmus:

- 1) Ja klients atrodas pašnāvības krīzes vidū, vispirms intervencei jākoncentrējas uz tūlītēju klienta stabilizāciju un drošību. Augsta vai nenovēršama riska gadījumā stabilizācija var būt stacionārā hospitalizācijā. Šis posms ietver arī drošības plāna izstrādi.
- 2) Tiklīdz ir nodrošināta klienta drošība, svarīgi izprast faktorus, kas veicinājuši klienta pašnāvības krīzi. Rūpīgi jāizvērtē faktori, kas ir saistīti ar krīzi (piemēram, situācijas faktori, strīds ar laulāto vai zaudēts darbs), kā arī vispārīgāki faktori (piemēram, atkārtotas panikas lēkmes, pašnāvību ģimenes vēsture).
- 3) Suiciditātes novēršana turpmāk prasa nepārtrauktu gadījuma vadību un aktīvo problēmu risināšanu, ieskaitot medicīnisko ārstēšanu un problēmu risināšanu, koncentrējoties uz pārvarēšanas spēju uzlabošanu.

ĻAUNPRĀTĪGA IZMANTOŠANA

Ļaunprātīga izmantošana ir nepareiza varas izmantošana. Personu ar GRT ļaunprātīga izmantošana ir nepārejoša problēma, kura pagaidām nav atrisināta pakalpojumu līmenī un sabiedrības līmenī (naida noziegumi, seksuāla vardarbība, krāpšana).

Personas ar GRT bieži kļūst par ļaunprātīgas izmantošanas upuriem un šajos gadījumos īpaši raksturīga:

- institucionāla ļaunprātīga izmantošana un vardarbība;
- finansiāla ļaunprātīga izmantošana;
- seksuāla ļaunprātīga izmantošana un vardarbība.

Runājot par pilngadīgām personām ar GRT, piekrišana, informētā piekrišana, autonomija un lēmumu pieņemšana ir vissvarīgākie jēdzieni, lai pareizi analizētu šo ļaunprātīgas izmantošanas risku – lai izvērtētu personas brīvprātīgumu un izpratni katrā situācijā.

Ļaunprātīga izmantošana un vardarbība var radīt traumu. Lai gan daudziem cilvēkiem ar GRT ir grūti paziņot par to, kas ar viņiem ir noticis, ir vizuālās pazīmes un uzvedība, kas norāda, ka personas varētu būt cietušas no vardarbības vai ļaunprātīgas rīcības, un to sociālajam darbiniekam būtu jāņem vērā izvērtēšanas procesā.

Traumas pazīmes:

- regresija no jau apgūtām prasmēm;
- klients nevēlas doties uz noteiktu vietu vai ar noteiktu personu, nevēlas iziet no mājas;
- klients uzdod jautājumus par dzimumu, grūtniecību;
- seksuālas uzvedības pieaugums;
- svara pieaugums vai zudums;
- ginekoloģiskās un uroloģiskās, un gremošanas problēmas;
- klients atkārtoti agresijas aktu pret sevi un pret citiem;
- paškaitējums;
- depresija, skumjas un jaunas bailes;
- aizkaitināmība, dusmas;
- problēmas ar domāšanu, atmiņu, spēju koncentrēties;
- miega traucējumi;
- apetītes izmaiņas;
- grūtības mācīties;
- jauni traucējumi: psihiatriskie, fiziskie, sensorie, komunikācijas traucējumi u. c.;
- izmaiņas komunikācijā, ieskaitot selektīvu mutismu (ja iepriekš runājošs cilvēks vairs nerunā).

NOSŪTĪJUMS UZ PSIHOLOĢISKO IZPĒTI (NOVĒRTĒŠANU)

Ja ir grūti saprast, vai klients piedzīvo lielu stresu, vai radušās psihiskas problēmas, sociālais darbinieks var piedāvāt klientam aizpildīt vienkāršu skrīninga instrumentu,²¹⁶ kurš ir pielāgots, balstoties uz *10QS screening tool for mental health*.

Skrīninga instrumentu var izmantot gan izvērtēšanas posmā, gan darbības posma plānošanā. Šis instruments ir domāts, lai sāktu dialogu ar klientu par viņa garīgo veselību un lai nonāktu pie kopīgas izpratnes par to, vai personai var būt vai nav nepieciešama speciāla palīdzība. Instrumenta izmantošana nenozīmē, ka sociālais darbinieks klientam noteiks kādu diagnozi.

29. tabula. Skrīninga instruments.

Nr.	Jautājumi	Jā	Nē
1.	Vai dažas no jūsu domām un jūtām šķiet nekontrolējamas?		
2.	Vai jums ir kādas problēmas saistībā ar ēšanu un miegu?		
3.	Vai esat galējā situācijā, kad vairs nevarat tikt galā ar ikdienas spriedzi un jūsu dzīves prasībām?		
4.	Vai jūs nesen zaudējāt enerģiju vai interesi?		
5.	Vai jūs izvairāties no tādām sociālajām situācijām, ar kurām agrāk jūs būtu spējuši tikt galā?		
6.	Vai jūs jūtat, ka cilvēki pārbauda jūs, mēģina sekot jums?		
7.	Vai jūs jūtaties kā iesprostots un nespējat mainīt savu situāciju?		
8.	Vai jūs vairāk nekā parasti esat noraizējies par ikdienas problēmām?		
9.	Vai jūs reizēm jūtat vajadzību nodarīt kaitējumu sev vai ievainot sevi?		
10.	Vai jums bija grūtības koncentrēties lasīšanai, skatīties televīziju vai sekot sarunām?		
11.	Vai jūs kādreiz esat jutis, ka nav vērts dzīvot? Vai jūs kādreiz esat jutis, ka vēlaties visu izbeigt?		
12.	Vai jūs kādreiz esat jutis, ka rīkojaties neparasti, piemēram, atkārtoti pārbaudāt lietas, atkal un atkal?		
13.	Vai jums kādreiz ir panikas lēkmes vai intensīvas bailes?		
14.	Vai kāds ir teicis, ka jūsu runa ir kļuvusi kļūdaina vai nesaprotama?		
15.	Vai kādreiz esat dzirdējis cilvēku balsis, kad šķiet, ka apkārt neviena nav?		

²¹⁶ Tew, J. 2011. *Social approaches to mental distress*. London: Palgrave, 112–113.

Ja persona atbild “jā” uz kādu no jautājumiem, sociālajam darbiniekam ir jāvelta vairāk laika, lai izpētītu problēmu. Ja ir vairāki “jā”, šai personai, visticamāk, nepieciešama palīdzība (sk. “Agrīnā iejaukšanās” un “Krīzes pārvarēšana”).

Sociālais darbinieks varētu nosūtīt klientu uz psiholoģisko izpēti (novērtēšanu) arī citu mērķu dēļ, piemēram:

- lai izprastu klienta intelektuālās spējas;
- lai izprastu trauksmes vai depresijas līmeni;
- lai izprastu klienta dominējošās personības iezīmes vai uzvedību.

Nosūtot klientu uz psiholoģisko izpēti, ir svarīgi:

- sagatavot klientu tam, kas sagaidāms, kur un cik ilgi izpēte notiks;
- saprast, ka tests, visticamāk, apstiprinās tikai tādas lietas, ko sociālais darbinieks vai tuvinieki jau ir novērojuši klientā;
- izprast testēšanas procedūras stiprās puses un ierobežojumus, lai saprastu, vai tests ir ticams.²¹⁷



GADĪJUMA APRAKSTS

Marks ir jauniešs, kurš tikko sāka dzīvot sabiedrībā. Viņam ir intelektuālās attīstības traucējumi un problēmas ar uzvedību. Lai labāk izprastu viņa uzvedību, sociālais darbinieks nosūtīja Marku uz psiholoģisko izpēti.

Marks ir analfabēts. Veicot testu, psihologs sāka lasīt jautājumus un iezīmēt pareizās atbildes. Tests bija ļoti garš un sarežģīts, un plānots uz trim stundām. Pēc pusstundas Marks nogura un nevarēja koncentrēties jautājumiem. Lai padarītu procedūru ātrāku, Marks uz visiem jautājumiem atbildēja: “Es nezinu.”

Kad sociālais darbinieks uzzināja par testēšanas gaitu, viņš nolēma neņemt vērā testa rezultātus.

GADĪJUMA PLĀNOŠANA, VIENOŠANĀS AR KLIENTU

KLIENTA PROBLĒMAS UN VAJADZĪBAS

Klienta **pašnoteikšanās pamatprincips** paredz, ka klientam ir tiesības izvēlēties problēmas, kas jārisina. Tiesības izvēlēties ir svarīgas klienta motivācijas saglabāšanā (atcerieties līdzsvaru starp “svarīgi personai” un “svarīgi personas interesēs” no sadaļas “Uz personu vērstās domāšanas un plānošanas metodes”).

Pat ja klients nav brīvprātīgais, 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 noteikums**, kurā noteikts, ka nav produktīvi mēģināt vienlaikus risināt vairāk nekā trīs problēmas. Tādēļ pēc problēmu vai vajadzību saraksta sagatavošanas sociālais darbinieks un klients var izvēlēties tās trīs problēmas, kurām katrs dod prioritāti un kuru risināšana sniegs dzīvē pozitīvas pārmaiņas.

Ir dažādi veidi, kā organizēt informāciju par vajadzībām un problēmām, lai veiktu efektīvu plānošanu. Viens no visizplatītākajiem veidiem ir sarakstu veidošana.

Piemērs ar vajadzību sarakstu pilngadīgām personām ar GRT, kuri grib uzsākt neatkarīgu dzīvi sabiedrībā.

²¹⁷ Sheafor, B., Horejsi, C. *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. 8th ed., 200–201.

²¹⁸ Turpat, 331.



- 1) Mājoklis, kas piemērots klienta mobilitātes un fizisko ierobežojumu līmenim (kāpnes, ratiņkrēslu pieejamība).
- 2) Droša apkure un elektriskā sistēma, tualete, kuru ir viegli izmantot.
- 3) Mājās ir nepieciešamās mēbeles.
- 4) Mājās ir spilveni, segas, palagi u. c.
- 5) Personai ir apģērbs un apavi visiem gadalaikiem.
- 6) Mājās ir ēdiens, vieta, kur glabāt pārtiku, un plīts.
- 7) Personai ir tālrunis vai cits veids, kā lūgt palīdzību.
- 8) Mājās ir nepieciešamie priekšmeti pārtikas pagatavošanai.
- 9) Personai ir nepieciešamie priekšmeti personiskajai higiēnai.
- 10) Personai ir finanšu resursi / finanšu vadības sistēma.
- 11) Personai ir pieejams transports.
- 12) Personai ir pieejama medicīniskā un zobārstniecības palīdzība.
- 13) Personai ir pieejamas zāles un, ja nepieciešams, devas uzraudzība.
- 14) Sociālie kontakti un izklaides pasākumi.
- 15) Rūpes un interese, ko parāda ģimene, draugi un kaimiņi.
- 16) Aizsardzība pret kaitējumu vai ekspluatāciju.
- 17) Atbilstošs uzraudzības līmenis.
- 18) Apmācība (darbam, prasmju apgūšanai utt.).
- 19) Nodarbinātība vai ar darbu saistītas darbības.
- 20) Palīgīdzekļi (dzirdes aparāti u. c.).
- 21) Terapija un citas īpašas ārstēšanas metodes (logopēdija, fizioterapija u. c.).
- 22) Kultūras un etniskās izcelsmes uzturēšana.
- 23) Piedalīšanās garīgajās un reliģiskajās aktivitātēs.
- 24) Juridiskas konsultācijas.

SOCIĀLĀ GADĪJUMA VADĪŠANAS MĒRĶIS

Pārformulēt problēmu mērķi nav vienkāršs uzdevums. Mērķim vajadzētu būt pozitīvam, ne tikai “lai nebūtu problēmas”. Mērķi ne vienmēr ir vienādi saistīti ar problēmām katras personas gadījumā. Tie ir dziļi saistīti ar personai svarīgām lietām (ko cilvēks grib, kam tic, ko novērtē), un, protams, šīs lietas dos personai motivāciju strādāt. Izprast mērķi var palīdzēt vienkāršs jautājums: “Ja jūsu dzīvē nebūtu šīs problēmas, ko jūs tās vietā darītu?”

Ja jums nebūtu komunālo parādu, kā jūs varētu mainīt savu dzīvi?

Ko tad būtu iespējams izdarīt?

Man būtu iespēja ceļot un apciemot savu māti.

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.

GADĪJUMA PLĀNOŠANA

Gadījuma plānošanas posmā, pēc tam, kad **mērķi** ir definēti, sociālais darbinieks piedāvā **aktivitātes** mērķu sasniegšanai, kā arī tiek noteikti **sociālā darbinieka un klienta pienākumi** un noteikts **izpildes laiks**.

Gadījuma plānošanas process ar personām ar GRT ir tāds pats kā sociāla gadījuma vadīšanā ar jebkuru citu mērķa grupu. Tomēr, piemēram, Intensīvas gadījuma vadīšanas modelis (angļu val. *Intensive Case Management*), kas tiek izmantots darbā ar personām ar smagiem psihosociāliem traucējumiem, parāda, ka sociālā darbinieka slodze nedrīkst pārsniegt 20 klientus un atbalstam ir jābūt pieejamam 24 stundas diennaktī, lai darbs būtu efektīvs. Rezultātā klienti kļuva ievērojami stabilāki, izmantoja pakalpojumu, atrada darbu, nedzīvoja uz ielas, retāk tika hospitalizēti un uz īsāku laiku.²¹⁹ Tādējādi pats process nav atšķirīgs, bet atšķiras sociālā darbinieka iesaistīšanās **intensitāte**, kas būtu jānosaka jau plānošanas posmā.

Lai strādātu ar personām ar GRT, sociālajā darbā pieejamas dažādas plānošanas metodes, kuras var izmantot gadījuma vadīšanai, piemēram, uz personu vērsta plānošanas metodes.

Savukārt gan uz personu vērsta plānošana, gan rīcības plānošana atlabšanas modeļa ietvaros, pašas par sevi ir tradicionālai gadījuma vadīšanai alternatīvi plānošanas veidi. **Rīcības plānošanas** gaitā katrs klients var definēt pats, ko viņam nozīmē atlabšana, piemēram, atgūt kontroli pār savu identitāti un dzīvi, lai būtu cerība uz savu dzīvi un iespēja dzīvot dzīvi, kurai ir nozīme (piemēram, nodarbinātība, attiecības, garīgums, iesaistīšanās sabiedrībā u. tml.). Plānošanas pamatā ir ideja, ka personas, kurām ir psihosociālie, intelektuālie un kognitīvie traucējumi, par spīti traucējumiem var dzīvot piepildītu dzīvi.

Rīcības plāns palīdz cilvēkam izpētīt, kas pašlaik ar viņu notiek, kādas sāpes un problēmas viņam ir, kā virzīties tālāk. Rīcības plānošanas procesam ir konkrēts mērķis, un strukturētā sistēma ļauj novērot satraucošos simptomus. Izmantojot atbildes, mērķis var palīdzēt personām samazināt, mainīt vai likvidēt šos simptomus. Plānā ir norādīts, kā persona vēlas, lai citi reaģētu, ja simptomi ir padarījuši personu ar GRT par nespējīgu turpināt pieņemt lēmumus, rūpēties par sevi vai saglabāt sevi drošībā. Vienlaikus plānā ietvertas daudzas iespējamās grūtības, kuras persona var piedzīvot, piemēram, izolāciju, nabadzību, bezdarbu un diskrimināciju.

Labsajūtas un atlabšanas rīcības plānošanas modeli (WRAP) izstrādāja personas, kuras daudzus gadus dzīvoja ar dažādiem psihosociāliem traucējumiem un kuras nopietni strādāja pie tā, lai labāk justos un dzīvotu pilnvērtīgi. Šajā metodiskajā materiālā ir ietverts PVO izstrādāts plāns, kas balstīts uz WRAP dokumentāciju.²²⁰

Rīcības plānošana ir alternatīva aprūpes plānošanai, kurā ekspertiem jā rūpējas par personu ar GRT un personas vietā jāpieņem lēmumi. Rīcības plānošanas filozofija ir ļoti līdzīga uz personu vērstai plānošanai, un dažus **uz personu vērsta plānošanas** instrumentus var izmantot rīcības plānošanā.

Rīcības plānu klients var aizpildīt patstāvīgi. Sociālais darbinieks var informēt klientu par šo instrumentu un atbalstīt personu ar GRT, aizpildot plānu un paziņojot par plānu atbalsta tikla dalībniekiem. Bet ļoti svarīgi ir atcerēties, ka šis dokuments pieder personai, nevis speciālistam. Šis dokuments var palīdzēt arī dažādos pārejas posmos, piemēram, ja persona ir hospitalizēta vai maina dzīves vietu u. tml.

Plānus var izstrādāt dažādām situācijām:

- agrīnas brīdināšanas un recidīva (relapsa);
- krīzes;
- atlabšanas no krīzes, labas dzīves uzturēšanas.

²¹⁹ Dieterich, M., Irving, C., Park, B., Marshall, M. 2010. Intensive case management for severe mental illness. The Cochrane database of systematic reviews. *The National Center for Biotechnology Information*, 10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4233116/>

²²⁰ Sk. šā metodiskā materiāla 1. pielikumu.

Plānošanas process noslēdzas ar **līgumu** ar klientu. Līgumā apraksta visus iepriekš minētos elementus: problēmas, mērķus, aktivitātes mērķu sasniegšanai, sociālā darbinieka un klienta pienākumus, izpildes laiku, kā arī situācijas, kurās tiek veikti papildus novērtējumi vai tiek pārskatīts vai izbeigts līgums. Līgums ir rakstisks, un, ja nepieciešams, tas jāraksta vieglajā valodā.

Līgumā var minēt gan citus pakalpojumu sniedzējus, gan atbalsta tīkla dalībniekus, kuri ir gatavi piedalīties šajā procesā.

KLIENTA RESURSU (IESKAITOT ATBALSTA TĪKLU, ĢIMENI) IESAISTĪŠANAS INSTRUMENTI

Daudzi klienti būtu atvērtāki, ja saņemtu atbalstu nevis no profesionāļiem, bet gan no neformāla sociālā tīkla. Neoficiāla atbalsta saņemšana ir dabisks process, kurā cilvēku savstarpējās attiecības ir vienlīdzīgas, un personai nav jāatbilst kritērijiem atbalsta saņemšanai.

Lai labāk saprastu, kurš no atbalsta tīkla dalībniekiem varētu būt ieinteresēts un iesaistīts atbalsta sniegšanā, izmantojot informāciju no attiecību kartes (sk. šajā materiālā iepriekš), ir ieteicams uzdot šādus jautājumus:

- Kas jums patīk jūsu tuviniekā?
- Ko jūs viņā apbrīnojat?
- Kad jums pēdējo reizi kopā bija jautri? Kad jūs pēdējo reizi kopā labi pavadījāt laiku? Ko jūs darījāt?²²¹

Viens no ietekmīgākajiem ģimenes iesaistīšanas instrumentiem ir **ģimenes grupu konference**. Instruments tika izstrādāts Jaunzēlandē un galvenokārt izmantots bērnu aizsardzības un nepilngadīgo tiesvedības jautājumos.

Pašlaik šis instruments tiek izmantots arī lēmumu pieņemšanai un plānošanai sociālajā darbā ar personām ar GRT. Instrumenta pamatā ir ideja, ka cilvēki, kas visvairāk interesējas par personas ar GRT labklājību un vislabāk zina personas stiprās puses un ierobežojumus, ir ģimene un tuvākie draugi. Tāpēc šādā tīklā izstrādātais plāns, visticamāk, tiks labāk pieņemts un īstenots, nekā tas, ko piedāvā speciālisti.²²²

Citi instrumenti, kurus var izmantot, lai iesaistītu atbalsta tīklu, jo īpaši darbā ar personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem, ir MAP, PATH un PICTURE.

AKTIVITĀTES MĒRĶU SASNIEGŠANAI UN MONITORINGS

Latvijas sociālā darba praksē plānā paredzētās aktivitātes diemžēl visbiežāk nozīmē pakalpojumu sarakstu, kas ir izstrādāts un piedāvāts personām ar GRT. Pat ja plāni ir vairāk vai mazāk individualizēti (kas arī bieži nav laika un speciālo zināšanu trūkuma dēļ), pakalpojumi tiek standartizēti, tas nozīmē, ka persona ir jāpielāgo pakalpojumam, nevis pakalpojums var pielāgoties personai, kurai ir īpašas vajadzības. Tāpēc ne vienmēr var sasniegt plānā noteiktos individuālos mērķus.

Turpinājumā – par to, kā pakalpojumus / aktivitātes (kuras nevajadzētu ierobežot tikai ar pakalpojumiem) var vairāk personalizēt, lai tās būtu efektīvākas. Analīzē tiek izmantoti visbiežāk sastopamie mērķi personām ar GRT.

²²¹ Leimane-Veldmeijere, I., Mazapša, A., Pavlovskā, A., Krātiņa, I., Vanaga, S. 2017. *Rokasgrāmata atbalsta personas pakalpojuma sniedzējiem (neaprobētā versija)*. RC "ZELDA", 31. lpp. <http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/file/rokasgramata.pdf>

²²² Procesa apraksts (angļu val.): *The Family Group Conference process*. <https://www.frg.org.uk/the-family-group-conference-process>

MĀJAS ATRAŠANA

Normāli process, cilvēkam sākot dzīvot neatkarīgi (atstājot vecāku mājas), ir ļoti individuāls, un tas var notikt dažādos dzīves posmos. Neatkarīgas dzīves uzsākšanas process personām ar GRT ir saistīts ar dažādiem noteikumiem (vai persona ir sasniegusi noteiktu vecumu, vai viņa atbilst pakalpojuma prasībām), arī ar kritiskiem dzīves notikumiem (smaga garīgās veselības krīze, vecāku nāve, vardarbība).

Sarp mājokli (dzīvesvietu) un mājām ir atšķirība.

Mājas nozīmē, ka:²²³

- cilvēks var kontrolēt vidi (piemēram, personai ir atslēga, var iekārtot vidi, kā vēlas);
- vide atspoguļo cilvēka personību (gaumi, stilu, tajā ir piemiņas lietas);
- cilvēks pats, nevis pakalpojumu sniedzējs, izvēlas, ar ko kopā dzīvot.

Pasaulē vērojama tendence, ka notiek izmaiņas mājokļu pakalpojumos personām ar GRT, – samazinās klientu skaits (līdz 1–2 personām) un pašam klientam tiek piedāvāta lielāka kontrole par savu dzīves vietu. Pētījumos šī tendence ir atbalstīta, tā liecina par labāku dzīves un pakalpojumu kvalitāti.

Kas nepieciešams, lai mājokļa pakalpojums personai ar GRT būtu kvalitatīvs:

- atbalsts indivīdam, nevis viņa gatavība pakalpojumam – pakalpojuma saņemšana nav atkarīga no cilvēka spējas, bet no cilvēka tiesībām uz mājokli;
- vēršanās uz personu – vara tiek pārcelta no pakalpojuma uz pakalpojuma lietotāju, pakalpojums tiek pielāgots cilvēka pasaules uzskatiem, pakalpojumā ir individuāla budžeta sistēma, personāls ir atbildīgs attiecībā uz pakalpojuma lietotāju, nevis tikai uz darba devēju;
- kompetences pieņemums – klienti var piedalīties pakalpojumā, vadīt to un pieņemt lēmumus par to;
- iekļaušana – personālam vajadzētu būt “savienotājam”, personāls pastāvīgi klientus ar GRT “savieno” ar sabiedrību, nevis vienkārši sniedz pakalpojumu kādā telpā;
- kontrole – nevis klientam ir jāpārceļas no vides, kuru klients kontrolē, uz pakalpojumu, kurā viņam nav nekādas kontroles, bet pakalpojumam ir jāpārceļas pie personas;
- viss nozīmē visu – invaliditātes esamība nav piemērojama pakalpojuma kritērijiem.²²⁴

Protams, lai Latvijā sasniegtu šādu pakalpojumu līmeni, nepieciešama revolūcija visā pakalpojumu jomā. Tomēr virzība uz šo mērķi jau sākusies (piemēram, grupu mājas pakalpojuma attīstība). Šodienas apstākļos sociālajam darbiniekam jābūt radošam, lai palīdzētu personai ar GRT sasniegt savu mērķi, un refleksīvam, lai saprastu, kāpēc kāds pakalpojums klientam neder, nevis jāvaino klients vai jāapzīmogo klients kā “bezcerīgs”.

²²³ Hunter, S., Rowley, D. 2015. *Social Work with People with Learning Difficulties: Making a Difference*. London, 82–83.

²²⁴ Turpat, 85–86.



GADĪJUMA APRAKSTS

Daigai ir trīsdesmit trīs gadi. Līdz šim viņa dzīvoja kopā ar saviem vecākiem nelielā dzīvoklī pilsētas centrā. Katru darba dienu Daiga apmeklēja dienas centru, daudzus gadus viņas dzīve bija stabila, ar noteiktiem rituāliem, kuri viņai bija svarīgi un deva mieru. Daiga mīl mūziku, svētdienās apmeklēja baznīcu. Dzīvojot kopā ar vecākiem, viņa iemācījās gatavot vienkāršu ēdienu brokastīm, iemācījās izvēlēties piemērotu apģērbu. Viņa pati var rūpēties par savu higiēnu, bet vannošanās laikā viņai ir nepieciešama palīdzība.

Daiga nevar izturēt skaļus trokšņus un konfliktus starp cilvēkiem. Tad viņa kļūst ļoti satraukta un var sākt sev kaitēt.

Vecāki raizējās par Daigas nākotni, tomēr vienmēr atlika un izvairījās no jebkura lēmuma, domājot, ka institūcija būs vienīgā iespēja.

Īsā laika posmā Daiga zaudēja abus vecākus. Dienas centra darbinieki un kaimiņi, kuri ilgu laiku atbalstījuši ģimeni, informēja sociālos dienestus par Daigas situāciju.

Standarta risinājums

Lai sasniegtu standarta mērķi “dzīvesvietas jautājumu risināšana”, Daigai tika piedāvāta vieta grupu mājās tālu no pilsētas centra – tajā brīdī tur bija pieejama viena brīva vieta. Daigai bija jādala istaba ar citu klientu, kurš viņai nepatika. Grupu mājas klienti regulāri iesaistījās dažādos konfliktos. Daigai sākās problēmas ar baznīcas un dienas centra apmeklējumu – agrāk Daiga gāja kājām pa vienu un to pašu maršrutu, bet tagad jāizmanto sabiedriskais transports, kurā viņai vienmēr sākas trauksme un bailes.

Viena mēneša laikā Daiga kļuva depresīva un sāka demonstrēt pašagresiju (kost un sist sevi). Darbinieki sauca ātro medicīnisko palīdzību aizvien biežāk, un beidzot ievietoja Daigu psihiatriskajā slimnīcā uz ilgstošu ārstēšanu.

Radošs risinājums

Sociālais darbinieks izvērtējuma procesā ir identificējis tās lietas, kuras Daigai ir svarīgas, un Daigas resursus, spējas un atbalsta tīklu.

Plānošanas posma galvenais mērķis bija Daigas personīgais mērķis “palikt mājās”. Uz plānošanas sanākumi tika uzaicināti sociālā tīkla dalībnieki (baznīcas kopienas biedri, kaimiņi, radnieki, kuri dzīvoja citās pilsētas daļās, dienas centra darbinieki).

Sociālais darbinieks ierosināja organizēt Daigai aprūpi mājās divas reizes nedēļā, aprūpes laikā Daiga saņēma palīdzību, lai varētu vannoties. Lai gan pašvaldībā nav pieejams ģimenes asistenta pakalpojums, viens no dienas centra darbiniekiem piekrita kļūt par Daigas asistentu. Katru vakaru kaimiņi pārbaudīja Daigu, katru nedēļas nogali baznīcas locekļi sagādāja bezmaksas zupu nākamajai nedēļai, nedēļas nogalēs kāds no radniekiem atbrauca, lai palīdzētu Daigai ar iepirkšanos.

Daiga ir saglabājusi savu māju, savus regulāros rituālus un maršrutus, un, lai gan pēc vecāku nāves viņai bija depresija, Daiga ne reizi netika hospitalizēta.

DARBA IEGŪŠANA

Stabilas darba vietas atrašana personām ar GRT ir viena no būtiskākajām problēmām lielākajai daļai to sociālo darbinieku, kuri ar viņām strādā. Ilgtermiņa bezdarbs bieži tiek skaidrots kā pašas personas darba nespēja vai zemā motivācija, kā darba vietu trūkums vai kā kopienas stereotipi, kuri ietekmē darba devējus.

Tomēr pastāv risinājumi, kas ir efektīvi, strādājot ar klientu mikrolīmenī, jo tiek izmantoti klienta resursi. Uz personu vērsta pieeja, risinot personu ar GRT nodarbinātības jautājumus, nozīmē, ka sociālais darbinieks nemudina personu sūtīt CV vai doties tur, kur ir vakance, bet gan to, ka sociālais darbinieks kopā ar atbalsta tīkla dalībniekiem un speciālistiem izstrādā profesionālo profilu,²²⁵ rūpīgi saskaņojot individuālo profilu ar darba aprakstu.

Latvijas kontekstā šo aktivitāti var kombinēt ar subsidēto darbu. Šādā gadījumā sociālajam darbiniekam jāveido alianse ar klienta ģimeni, ar citiem pakalpojumu sniedzējiem, jo citādi viņi varētu iebilst pret personas nodarbinātību.

Protams, sociālais darbinieks un personas tuvinieki var nodrošināt atbalstu darba devējam, lai persona ar GRT un darba devējs spētu sadarboties kā partneri.

Faktiski personas ar GRT pieņemšana darbā darba devējam ir izdevīga. Ja personas ar GRT saņem nepieciešamo atbalstu, par kuru darba devējam nav jāmaksā, un ja darbs sakrīt ar personas interesēm un profilu, tad darbinieki ir ļoti motivēti darbu nezaudēt. Svarīgi atzīmēt, ka subsidētais darbs ir nepietiekams, vēl lietderīgāks būtu atbalstītā darba modelis un individuālais budžets, kuru varētu izmantot tieši darba vietas apstākļos – atbalstam un treniņam. Tomēr pat visattīstītākajās nodarbināšanas sistēmās, piemēram, Lielbritānijā, joprojām pastāv tendence norādīt, ka persona ar GRT var iegūt darbu, taču savu potenciālu pilnībā attīstīt nevar: personām ar GRT vienmēr tiek piedāvātas viszemākās pozīcijas, un pat ja personas ar GRT ir strādājušas ļoti ilgu laiku, viņām nav karjeras izaugsmes iespēju, un gandrīz nekad netiek piedāvātas augstākas pozīcijas.²²⁶

Uz izmaiņu iespējām nodarbinātības jomā norāda izņēmumi: pašnodarbinātības un uzņēmējdarbības gadījumi, kuros personas ar GRT attīsta savas intereses un vaļaspriekus savā uzņēmējdarbībā, un vienlaikus ir nodrošināts sociālais tīkls un pat piešķirts papildu finansiālais atbalsts (dotācijas).

FINANŠU PLĀNOŠANA

Izmantojot visas standarta aktivitātes, kuras jau darbojas vispārējā sociālā darbinieka praksē, svarīgi meklēt papildu līdzekļus un metodes, lai atbalstītu personu ar GRT finanšu plānošanā, jo šīm personām var būt nepietiekamas skaitļošanas prasmes un problēmas ar abstrakto domāšanu vai laika izpratni.

Problēmas ar parādiem ir ne tikai materiālas, tās var rasties dažādu citu faktoru dēļ – psihiskas slimības simptomu (piemēram, maniakālas epizodes), psiholoģisko grūtību (piemēram, zemas pašcieņas, emocionālu vajadzību), personisko vērtību un iepirkšanās uzvedības dēļ.

Viens no visizplatītākajiem budžeta plānošanas paņēmieniem ir **aploksņu budžeta veidošana**. Klientu lūdz nosaukt galvenās savu izdevumu kategorijas: komunālie maksājumi, pārtika, apģērbs, cigaretes utt. Klients kopā ar sociālo darbinieku sadala savus mēneša ienākumus aploksnēs (izdevumu kategorijās) un uzglabā vienkopus kastē. Mēneša laikā klients ņem naudu no aploksnēm un tērē, atzīmējot, cik daudz naudas palicis. Naudas pārlikšana no vienas aploksnēs uz citu nav ieteicama, lai gan reizēm ir nepieciešama (piemēram, vairs nav naudas ēdienam).

Ir arī izstrādātas formas finanšu plānošanai, kuras var sistemātiski ik mēnesi izmantot darbā ar personām ar GRT.

²²⁵ Viens no piemēriem (angļu val.) ir pieejams šeit: *Using the Vocational Profile for Students with Disabilities*. <http://www.nj.gov/education/specialed/transition/VocationalProfile.pdf>

²²⁶ Hunter, S., Rowley, D. 2015. *Social Work with People with Learning Difficulties: Making and Difference*. 108.

MANS PERSONĪGAIS UZSKATS PAR IENĀKUMIEM UN IZDEVUMIEM

Mēnesis: _____

1. solis: Manas vajadzības	Apraksts	Summa
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
2. solis: Manas kopējās vajadzības		_____
3. solis: Manas vēlmes	Apraksts	Summa
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
4. solis: Manas kopējās vēlmes		_____
5. solis: Manas kopējās vajadzības + manas kopējās vēlmes		_____
6. solis: Mani kopēji mēneša ienākumi		_____

²²⁷ Apraksts, kā izmantot šīs veidlapas un papildu veidlapas: *Cents and sensibility. A guide to money management for people with disabilities*. <https://fliconline.org/documents/patffinancialeducationbooklet-final.pdf>

PERSONĪGAIS BUDŽETS

Mēnesis: _____

Manas vajadzības	Apraksts	Plānotās izmaksas	Faktiskās izmaksas
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____

Manas kopējās vajadzības

Manas vēlmes	Apraksts	Plānotās izmaksas	Faktiskās izmaksas
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____

Manas kopējās vēlmes

Manas kopējās vajadzības + manas kopējās vēlmes

Mani kopēji mēneša ienākumi

BĒRNU AUDZINĀŠANA

Jebkurā vietējā sociālajā dienestā ir sociālie darbinieki, kas strādā ar ģimenēm, kurās vecākiem ir garīga rakstura traucējumi. Kopējā situācija Latvijā neatšķiras no citām valstīm, kurās pastāv tendence izņemt bērnus no ģimenēm. Galvenokārt uzmanība tiek pievērsta trūkumu noteikšanai, nevis ģimeņu stipro pušu attīstīšanai un atbalstīšanai.

Personas ar GRT bieži formulē savus mērķus tāpat, kā to darītu citi cilvēki: “būt labiem vecākiem saviem bērniem”, “saglabāt bērnus ģimenē”. Sociālajā darbā ar ģimenēm ar bērniem ir līdzsvars starp atbalstu ģimenei un risku novērtējumu, un galvenā prioritāte – bērna intereses.

Ģimenēm, kurās vecākiem ir GRT, liels atbalsta resurss ir ģimenes asistenta pakalpojums. Tas gan ir nepietiekams. Arī kursi vecākiem nav pielāgoti vecākiem ar GRT.

Labākās intervences ģimenēm, kurās vecākiem ir GRT, būtu:²²⁸

- atbalsta tīkla attīstība un uzturēšana, lai vecāki varētu saņemt pastāvīgu neformālu palīdzību;
- īpašie izvērtēšanas un novērtēšanas instrumenti, kuri jāizmanto visa procesa laikā;²²⁹
- dzīvošana mājās, nevis iestādē, un uz mājas ikdienas aktivitātēm balstīta prasmju praktiskā apmācība, kurā izmantoti konkrēti piemēri, modelēšana un lomu spēle;
- ilgtermiņa atbalsts;
- piekļuve neatkarīgai vecāku tiesību aizstāvībai un juridiskiem pakalpojumiem;
- labas sadarbības nodrošināšana starp sociālo darbinieku un medicīnas pakalpojumu sniedzējiem: vecmātēm, pediatriem un ģimenes ārstiem.

MONITORINGS

Monitorings ir aktīvs un nepārtraukts process, kurā:

- identificē plānoto mērķu efektivitāti un atbilstību, koncentrējoties uz panākumiem;
- dod iespēju pielāgot plānu, lai risinātu jebkādas neparedzētas problēmas.

Par monitoringa darba veidu ir jāvienojas plānošanas procesā kopā ar klientu un viņa atbalsta tīklu.

Sociālais darbinieks runā ar personu, viņa atbalsta tīkla dalībniekiem un visiem, kas ir iesaistīti plāna īstenošanā, lai pārbaudītu progresu, kas panākts saistībā ar mērķiem un darbībām. Tomēr, ņemot vērā mūsdienu tendences (aprakstītas šajā metodoloģijā), procesa galvenais virzītājspēks ir personas ar GRT izteiktais viedoklis. Tāpēc gadījuma un monitoringa dokumentācijai jābūt pieejamai personām ar GRT, un tajā nevajadzētu izmantot profesionālo leksiku.

Monitoringā var izmantot skalas jautājumus.

NOVĒRTĒŠANA UN IZBEIGŠANA

IZMAIŅU UN EFEKTIVITĀTES NOVĒRTĒJUMS

Lai gan pastāv empīriski novērtēšanas veidi, kā novērtēt efektivitāti (dažādas skalas, aptaujas un kontrolesraksti), to izmantošana prakses kontekstā var nesasniegt vēlamos rezultātus. Gandrīz katram instrumentam, lai to apgūtu, vajadzīga speciāla sociālo darbinieku apmācība, kā arī jāizvirza sociālais darbinieks par ekspertu, kas novērtē personu kā objektu. Tas var kaitēt aliansei starp sociālo darbinieku un personu ar GRT.

Lai gan daudzu sociālo dienestu un organizāciju politika pieprasa standartizētu novērtēšanu (un dažos gadījumos tas patiešām ir vajadzīgs), sociālajam darbiniekam šajā procesā jācenšas iekļaut uz personu vērstus vērtēšanas elementus.

²²⁸ Hunter, S., Rowley, D. 2015. *Social Work with People with Learning Difficulties: Making and Difference*. 123.

²²⁹ Daži instrumenti šeit ir pieejami angļu valodā: Morgan, P., Goff, A. Learning curves. The Assessment of Parents with a Learning Disability. *Norfolk Area Child Protection Committee*. <https://www.norfolkscb.org/wp-content/uploads/2015/09/Corrected-Learning-Curves.pdf>

Labu izmaiņu un efektivitātes novērtējumu raksturo šādi elementi:²³⁰

- Sasniegumi. Kas ir sasniegts? Piemēram, vai šī persona ir vairāk iesaistīta kopienā, vai viņa ir drošāka un pašpārliecinātāka? Kas nav sasniegts? Kāpēc un ko varēja darīt citādi?
- Atbilstība. Vai sasniegumi ir saistīti ar sākotnējiem mērķiem?
- Izmaiņas. Vai kaut kas izmainījās, piemēram, izmaiņas personīgajos vai ģimenes apstākļos, veselības stāvoklī?
- Rezultāti. Kuri personai bija vissvarīgākie pozitīvie rezultāti? Kā rezultāti ietekmēja personas dzīvi?
- Nākamie soļi. Kādus jautājumus var risināt nākotnē?

Svarīgākie efektivitātes kritēriji darbā ar personām ar GRT – vai no personas viedokļa mērķi ir sasniegti, vai personām ir spējas dzīvot un pieņemt lēmumus patstāvīgi vai ar dabisko tikla atbalstu.

IZBEIGŠANAS PROCESS

Ja sociālais darbinieks gatavojas izbeigt lietu, viņam vajadzētu ņemt vērā:

- Gadījuma izbeigšana nedrīkst būt pārsteigums personai ar GRT. Klients ir sagatavots, kas nozīmē: ka klients kopā ar sociālo darbinieku pārskatīja plānu un atzina sasniegumus; ka klients zina, kādus resursus savā atbalsta lokā var izmatot un pie kādiem speciālistiem vēl jāvēršas; ka klients kopā ar sociālo darbinieku ir identificējis tās problēmas, kuras var rasties nākotnē; ka klients un viņa dabiskais tikls zina, kā sazināties ar sociālo darbinieku, ja viņiem tas būs nākotnē vajadzīgs.
- Dažreiz personas un viņu ģimenes vēlas lietu izbeigt paši. Jāpievērš uzmanība situācijām: kurās rodas jebkādas bažas par personu ar GRT drošību vai citu cilvēku drošību; ja ģimenē ir bērns, kas ir pakļauts riskam vai ir bažas par iespējamu risku.

Ja minētās situācijas nepastāv, būtu lietderīgi nosūtīt vēstuli personai un ģimenei, lai saņemtu apstiprinājumu kontakta pārtraukšanai un lai sniegtu iespēju sazināties, ja viņi to vēlas.²³¹

5.6.2. Sociālais darbs ar grupām ar pilngadīgām personām ar GRT

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 (starp personu komunikācijas, jūtīguma apmācības vai motivācijas apmācības grupas);
- **terapeitiskās grupas** – atvieglo veselīgu dzīvi 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).²³²

Dažas grupas var apvienot vairākas funkcijas, piemēram, terapeitiskās un izglītojošās.

Ja sociālais darbinieks mēģina organizēt grupu, svarīgi saprast, kādas kompetences viņam ir, lai to darītu, kā arī kāda veida lomu viņš plāno pārņemt grupas darbā. Pastāv pašpalīdzības grupas, kuras organizē

²³⁰ Case Management Practice Guide. 7 Phases of Case Management. 2010. *Ageing, Disability and Home Care, Department of Human Services NSW*. http://www.abistafftraining.info/PDF/Case_Management_Practice_Guide_7_Phases_March2010.pdf

²³¹ Turpat.

²³² Hepworth, D. H., Larson, J. A., Homewood, B. *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*. 284–285.

un vada tikai pašas grupas pārstāvji – personas ar GRT vai viņi tuvinieki un ģimenes locekļi. Šajā gadījumā sociālais darbinieks var palīdzēt uzsākt šāda veida grupu – nodrošināt grupu ar telpu, palīdzēt izplatīt informāciju par grupu kopienā u. tml. Pastāv arī dažas pašpalīdzības grupas, kurās sociālais darbinieks var uzsākt grupas darbu kā grupas vadītājs un pēc tam nodot šo lomu grupas pārstāvim, atkāpjoties no procesa un turpinot palīdzēt tikai organizatoriskos jautājumos. Ir atbalsta grupas, kuras vada divi vadītāji – persona ar GRT un profesionāls sociālais darbinieks.

Pastāv grupas, kuras vada profesionāls sociālais darbinieks vai sociālais darbinieks kopā ar citu speciālistu (psihologu, pedagogu, psihiatru), – šīs varētu būt atbalsta, izglītojošās, izaugsmes vai socializācijas grupas.

Lai vadītu jebkāda veida grupas, sociālajam darbiniekam nepieciešama īpaša apmācība, jāapzinās grupas struktūra, noteikumi, dinamika u. tml. Lai vadītu terapeitiskās grupas, sociālajam darbiniekam jāiegūst daudz nozīmīgāka izglītība. Sociālais darbinieks var apkopot informāciju par terapeitiskām grupām, lai turp nosūtītu klientu.

Vispārēji grupu attīstības posmi un izvērtējums grupu darbā ir pieejami šajā interneta vietnē: <http://www.sif.gov.lv/nodevumi/nodevumi/3167/rokasgramata.pdf>

Mūsdienās ir daži grupu modeļi, galvenokārt atbalsta grupas, ko ar sociālā dienesta atbalstu var izveidot pašas personas ar GRT.

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 pasaulē.²³³

NAMI “Līdzīgs līdzīgajam” pašpalīdzības grupas – pašpalīdzības, aizstāvības un izglītojošās grupas – 10 nedēļu apmācības kurss tiem, kuriem diagnosticēti psihosociālie traucējumi, ar mērķi mācīt dalībniekiem praktiskās prasmes un zināšanās par GRT. Ir gan personu, gan viņu ģimeņu grupas.²³⁴

Recovery International grupas – pašpalīdzības terapeitiskās grupas, kas pamatojas 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.²³⁵

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.²³⁶ 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 atveseļošanās modelis, kurā cilvēki iemācās tikt galā ar balsīm, izmantojot kognitīvi biheiviorālo terapiju un pašpalīdzības metodes.

Paranoia Network grupas – atbalsta un aizstāvības grupas personām, kurām ir pieredze dzīvošanai ar paranoju. Šīs grupas ir daļa no *Paranoia Network* kustības, kas veicina atveseļošanos.

Personu ar demenci pašpalīdzības grupas (*Projekts Housing 21*),²³⁷ *Singing for the Brain* grupas²³⁸ – pašpalīdzības grupas 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.

²³³ Creating peer support groups in mental health and related areas WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health. *World Health Organization*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254813/WHO-MSD-MHP-17.13-eng.pdf;jsessionid=6396A4046AD50537CE56298D9E74C107?sequence=1>

²³⁴ *National Alliance on Mental Illness*. <https://www.nami.org/Find-Support/NAMI-Programs/NAMI-Peer-to-Peer;NAMI-Family-to-Family>

²³⁵ *Recovery International*. <https://recoveryinternational.org/>

²³⁶ *Hearing Voices Network*. <https://www.hearing-voices.org/>

²³⁷ *Mental Health Foundation*. <https://www.mentalhealth.org.uk/projects/dementia-self-help-project>

²³⁸ *Alzheimer's Society*. <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/your-support-services/singing-for-the-brain>

*Memory Clubs*²³⁹ – izglītojošās grupas personām ar demenci un viņu tuviniekiem vada sociālais darbinieks un neiropsihologs ar mērķi sniegt informāciju par atmiņas zudumu un resursiem, kā ar šo problēmu tikt galā.

5.6.3. Sociālais darbs ar ģimeni, kurā ir pilngadīgas personas ar GRT

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 māj-saimniecībā 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 kopumā.

Sistēmiskais skats uz ģimeni nodrošina plašāku redzējumu uz dažādiem ģimenes modeļiem un lomām, nevis tikai uz indivīdu vai pāri – aprūpes sniedzējs (bieži vien vecāks) un aprūpes saņēmējs (persona ar GRT). Dažreiz izrādās, ka citi ģimenes locekļi (piemēram, ārzemēs dzīvojošie radnieki, kurus sociālais darbinieks nav redzējis) ir klientam ļoti nozīmīgi un ietekmē daudzus lēmumu pieņemšanas procesus. Bieži persona ar GRT ir ne tikai pasīvais atbalsta saņēmējs, bet arī aprūpes sniedzējs un savu vecāku atbalstītājs. Tāpēc sociālajam darbiniekam jābūt gatavam izvērtēt informāciju par ģimeni kopumā. Izvērtējumam var izmantot dažas izplatītas metodes, piemēram, genogrammu. Ieteicams izmantot interviju un novērošanu un veikt izvērtējumu pietiekami ilgā laika periodā.



IESPĒJAMIE JAUTĀJUMI ĢIMENES IZVĒRTĒJUMA INTERVIJAI UN NOVĒROŠANAI²⁴⁰

ĢIMENES RAKSTUROJUMS

1. Ģimene kā sistēma.

Ģimenes sistēma nav vienkārši atsevišķu tās locekļu summa. Ģimenes grupām ir unikālas iezīmes, un tās organizē starppersonu struktūras un procesi, kas laika gaitā ļauj tām būt gan stabilām, gan pielāgojamām.

- Kas ir jūsu ģimenes locekļi?
- Ko jūs uzskatāt par ģimeni, kad domājat par ikdienas atbalstu?

2. Ģimenes stabilitāte.

Ģimenes stabilitāte vai homeostāze ir starppersonu process, kurā ģimene cenšas uzturēt sistēmas emocionālo līdzsvaru (piemēram, vecmāmiņa, kura uzņemas vecāku pienākumus, lai palīdzētu mammai ar invaliditāti parūpēties par bērniem).

- Ar visām izmaiņām, kas notiek jūsu ģimenes dzīvē, kā jūs varat pārliecināties, ka ģimenes līdzsvars ir labs, ka ikviens jūt, ka kāds par viņu rūpējas?
- Ja traucējumi attīstās pārāk ātri, kā tie varētu ietekmēt jūsu ģimeni?

²³⁹ Zarit, S. Memory Club: A Group Intervention for People With Early-Stage Dementia and Their Care Partners. *The Gerontologist*. 2004, 44(2), 262–269.

²⁴⁰ McDaniel, S., Campbell, T., Hepworth, J., Lorenz, A. 2005. *Family-Oriented Primary Care*. Berlin: Springer, 28–42.

3. Ģimenes pārejas periods.

Ģimenes pārejas periods ir starppersonu process, kurā ģimene pielāgojas ģimenes locekļu izaugsmei, kā arī dažādām cerībām un lomām kopienā.

- Kā ir mainījusies situācija kopš jūsu māsa ir pārcēlusies un dzīvo kopā ar jums?
- Kā jūsu ģimene pielāgojas tam, ka jūsu dēls ir sācis apmeklēt dienas centru?

4. Ģimenes pasaules skatījums.

Pamatojoties uz kultūru, iepriekšējo vēsturi un individuālajām perspektīvām, ģimenes sevi uzskata par kompetentām vai neefektīvām, vienotām vai sadrumstalotām. Ģimenes efektivitātes sajūtu var uzlabot, ja, pēc viņu domām, viņi ir labi pārvarējuši krīzi, vai kad speciālists atzīst viņu centienus un apliecina viņu stiprās puses.

- Vai jūs uzskatāt, ka jūs varat palīdzēt cits citam krīzes apstākļos?
- Kā jūs palīdzat, ja esat uzņēmies cita locekļa pienākumus?
- Kā ģimenes locekļi informē cits citu par nepieciešamo palīdzību?

5. Simptomu relatīvais konteksts.

Traucējumu simptomi ir daļa no liela ģimenes un psihosociāla konteksta, un konteksts var ietekmēt šo simptomu. Daudzām veselības problēmām, tostarp GRT, relatīvais konteksts kļūst par atveseļošanas kodolu.

- Kā personas simptomi ietekmē citus ģimenes locekļus?
- Ko jūs kā vecāki darāt, lai jūsu meita vairāk uzņemtos atbildību par savu medikamentu lietošanu?

ĢIMENES STRUKTŪRA

1. Hierarhija.

Hierarhija atspoguļo to, kā tiek sadalīta vara ģimenē. Vispārējā kultūras norma ģimenes hierarhijā vecākus pozicionē virs bērniem.

- Kurš ir galvenais ģimenes sistēmā?
- Vai ģimenes hierarhija ir skaidra un piemērota (vecāki atbild par viņu bērniem) vai otrādi (t. i., vecākus kontrolē bērni)?

2. Robežas.

Robežas palīdz definēt dažādas funkcionālās apakšgrupas ģimenē (piemēram, laulības apakšgrupa, brāļu un māsu apakšgrupa, vecvecāku u. c.). Cieņpilnās attiecībās ģimenes locekļi atpazīst robežas starp apakšgrupām, ļaujot, piemēram, vecākiem nodibināt privātas attiecības, ko neietekmē bērni vai vecvecāki.

- Kādas ir ģimenes apakšgrupas?
- Vai robežas starp apakšgrupām (t. i., vecākiem un bērniem) ir skaidras un atbilstošas, vai ir neskaidras un problemātiskas?
- Kā ģimene tiek galā ar emocionālo tuvumu un attālumu?

3. Ģimenes lomu izvēle.

Ģimenes lomu izvēle ir apzināta vai neapzināta ģimenes locekļu papildu lomu piešķiršana. Šīs lomas darbojas, lai uzturētu ģimenes sistēmu (piemēram, māte ir problēmu risinātāja, vecmāmiņa ir audzinātāja).

- Kādas lomas ir katram ģimenes loceklim un kā šīs lomas ir savstarpēji saistītas?
- Kurš pilda ģimenes eksperta lomu slimības un veselības jomā?
- Kurš visbiežāk ir “slims” ģimenes loceklis?
- Vai ģimenē ir “grēkāzis”?
- Kā viņa vai viņas simptomi atspoguļo problēmas ģimenē kopumā?

4. Alianse.

Alianse ir pozitīva saikne starp diviem sistēmas dalībniekiem (piemēram, māte un tēvs, kuri kopā sadarbojas).

- Kādas alianses ģimenē ir svarīgas?
- Kā ģimenes locekļi saprot ģimenes locekļu alianses?

5. Koalīcija.

Koalīcija ir attiecības starp vismaz trīs cilvēkiem, no kuriem divi slepeni vienojas pret trešo (piemēram, vecāks un bērns pretojas otram vecākam).

- Kādas koalīcijas pastāv ģimenē?
- Kuri pret kuru veido koalīciju?

ĢIMENES PROCESS

1. Sajaukšanās.

Sajaukšanās raksturo sistēmu, kurā dalībniekiem ir nelielas starppersonu robežas, indivīda autonomija ir ierobežota utt.

- Vai ģimenes locekļi ir pārāk pārņemti cits ar citu?
- Vai ģimenes locekļi "jūtas citu jūtās"?
- Vai ģimenes locekļi reti darbojas neatkarīgi?

2. Atrasisšanās.

Atrasisšanās raksturo ģimenes sistēmu, kurā locekļi ir emocionāli attālināti un nereaģē cits uz citu.

- Vai ģimenes locekļiem ir maz emocionālu reakciju uz citiem?
- Vai ģimenes locekļi ir attālināti vai izolēti cits no cita?
- Vai emocionālās nošķiršanās pakāpe ir atbilstoša ģimenes attīstības procesam?

3. Triangulācija.

Triangulācija notiek tad, kad trešā persona tiek iesaistīta divu personu sistēmā, lai izklaidētu trauksmes vai konfliktus divu cilvēku sistēmā (piemēram, māte un tēvs izsaka neapmierinātību, strīdoties par dēla audzināšanu, nevis savstarpēji strīdas par privātiem jautājumiem).

- Vai ģimenes locekļi savstarpēji runā par personīgiem jautājumiem?
- Ja rodas emocionālie strīdi starp diviem locekļiem, vai viņi koncentrējas uz trešo personu?

4. Ģimenes modeļi.

Ģimenes modeļi ir mijiedarbības secinājumi, kas raksturo, kā ģimene darbojas, it īpaši stresa gadījumā, piemēram, ja tēvs ir depresijā, ģimene mēģina viņu uzmundrināt, vai, ja tēvs pauž vairāk depresīvo simptomu, ģimenes locekļi kļūst neapmierināti. Tā vietā, lai reaģētu uz katru jauno situāciju citādi, ģimenes locekļi izmanto pieņēmumus, pamatojoties uz iepriekšējiem modeļiem, un atkārto ikdienas komunikācijas modeļus.

- Kāda ir parastā uzvedības secība, kad ģimene saskaras ar stresu?
- Vai šis modelis uzlabo vai pasliktina situāciju?
- Ja pasliktina, vai kāda cita uzvedība var pārtraukt šo secību vai izmainīt modeli?

ĢIMENE DAŽOS POSMOS

1. Ģimenes attīstības posms.

Pamatojoties uz ģimenes dzīves ciklu, ģimenes procesi un mijiedarbība atšķiras atkarībā no tā, vai ģimenē ir mazi bērni, vai ir vecākas personas. Dzīves cikla posma noteikšana palīdz speciālistiem pielāgot savus jautājumus.

- Kādā attīstības posmā ir ģimene?
- Kādi svarīgi uzdevumi jāveic šajā posmā?
- Vai rodas veselības problēmas, ja ģimenei ir zināms spiediens? Kā tas ietekmē ģimenes spējas reaģēt uz veselības krīzi?

2. Ģimenes projekcijas process.

Ģimenes projekcijas process ir neatrisināto konfliktu, problēmu, lomu un uzdevumu pārnese no vienas paaudzes uz otru.

- Kādi pagātnes paaudžu neatrisinātie jautājumi var ietekmēt ģimeni tagadnē?

3. Paaudžu koalīcija.

Starppaaudžu koalīcijās ir iesaistīti divi dažādu paaudžu locekļi pret trešo ģimenes locekli (piemēram, vecmāmiņa un mazmeita pret māti).

- Vai divu dažādu paaudžu ģimenes locekļi vienojas pret trešo ģimenes locekli?

Ģimenes kā sistēmas visaptveroša izvērtēšana var palīdzēt veidot sadarbības attiecības ar katru ģimenes locekli, izvēlēties nepieciešamo intervenci un analizēt, kāpēc dažas intervences varētu nedarboties tā, kā bija plānots. Tomēr, izmantojot ģimenes sistēmas pieeju, svarīgi ir saglabāt fokusu uz ģimenes stiprajām pusēm un dzīves spēka potenciālu. Sociālajam darbiniekam jāizrāda rūpes un empātija visiem ģimenes locekļiem, jāizvairās no ģimenes vainošanas, jāveicina visu ģimenes locekļu attīstība, jāpalīdz savstarpēji sazināties un risināt problēmas, kā arī jāaicina ģimenes locekļi meklēt sociālo atbalstu ārpus ģimenes. Komunikācijas prasmju attīstīšana ģimenē var būtiski mainīt varas līdzsvaru ģimenē, dodot “balsi” tiem ģimenes locekļiem, kuru balsis netika uzklautas un uztvertas nopietni.²⁴¹

Plānojot atbalstu ģimenei kopumā, nedrīkst ignorēt iespējamo interešu konfliktu, kas var rasties ģimenē, ja tās locekļi ir pārslogoti ar saviem pienākumiem rūpēties par pieaugušo personu ar GRT, un vienlaikus personas ar GRT nevar kļūt neatkarīgas un atbildīgas par savu dzīvi. Piemēram, Latvijā nesen kļuvis pieejams viens no būtiskākajiem pakalpojumiem ģimenei – “atelpas brīdis”. Šis pakalpojums nepieciešams arī tām ģimenēm, kurās ir pilngadīga persona ar GRT. Pakalpojumam “atelpas brīdis” jābūt kvalitatīvam, lai ģimenes locekļi varētu atbrīvoties no stresa, lai persona ar GRT arī gūtu labumu, jo pastāv segregācijas risks. Šādā gadījumā viens no plānošanas veidiem ir plānot darbu kopā ar visiem ģimenes locekļiem jomās, par kurām viņiem ir kopīgs redzējums un vienošanās, bet jomās, kurās ir domstarpības, strādāt individuāli vai organizācijas līmenī.²⁴²

Sociālajam darbiniekam jāsaprot, ka atbalstam, ko viņš var sniegt ģimenēm, jābūt kompleksam:

- praktiskais atbalsts (piemēram, kā saņemt pabalstus vai pielāgot dzīvokli);
- konsultatīvais atbalsts (piemēram, par izaicinošas uzvedības pārvaldīšanu vai prasmju apgūšanu un uzmanības pievēršanu visiem ģimenes locekļiem);
- emocionāls atbalsts (ar sērošanu, nenoteiktību, vientulību);
- atbalsts aizstāvībai (lai panāktu personai efektīvu atbalstu un labu pieredzi).²⁴³

Ja personai psihosociāls traucējums rodas pirmo reizi, tas bieži vien būtiski ietekmē ģimeni. Šādā gadījumā sociālais darbinieks var piedāvāt diezgan intensīvu atbalstu ģimenei:

- palīdzēt ģimenei sērot par tuvinieku zaudējumu;
- sniegt praktisku informāciju par traucējumiem un juridisko informāciju par tiesībām un citiem jautājumiem, kas saistīti ar viņu radinieku dzīves pārmaiņām;
- mudināt ģimenes locekļus pievienoties pašpalīdzības vai atbalsta grupām;
- būt pieejamam ģimenei;
- palīdzēt citiem ģimenes locekļiem atzīt savas tiesības uz dzīvi par spīti sāpēm un satraukumam, ko viņi jūt par ģimenes locekli;
- palīdzēt ģimenēm piekļūt pakalpojumiem, piemēram, sociālā darbinieka konsultācijām vai atelpas brīža pakalpojumam, lai atvieglotu ikdienas aprūpi par personu.

Lai sasniegtu labus rezultātus atveseļošanās procesā, ģimenes atbalstam jābūt ilgstošam (vairāk nekā deviņus mēnešus).²⁴⁴

²⁴¹ Tew, J. 2011. *Social approaches to mental distress*. London: Palgrave, 39.

²⁴² Oliver, M., Sapey, B., Thomas, M. 2012. *Social work with Disabled People*. London: Palgrave Macmillan, 57.

²⁴³ Williams, P., Evans, M. 2013. *Social work with people with learning difficulties*. London: Sage, 53.

²⁴⁴ Tew, J. 2011. *Social approaches to mental distress*. London: Palgrave, 39.

5.6.4. Ieteikumi darbam ar klientiem ar noteiktiem garīga rakstura traucējumiem

Jēdziens “personas ar GRT” attiecas uz dažādām personu grupām. Ir pētījumi un prakses sociālajā darbā, kas īpaši pievēršas šīm grupām. Tālāk tiks sniegta specifiska informācija, kura var noderēt sociālā darbinieka ikdienas praksē. Tomēr nedrīkst aizmirst, ka personām vienlaikus var būt vairāki dažāda rakstura veselības traucējumi.

INTELEKTUĀLĀS ATTĪSTĪBAS TRAUCĒJUMI

Pašreizējās tendences sociālajā darbā ar personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem ir šādas: personalizācija, individuālie budžeti, atbalsts pārejas un krīzes periodos.²⁴⁵

Daži praktiski padomi sociālā darbinieka ikdienas praksei.

Strādājot ar klientiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem, svarīgi saprast, ka personām ar viegliem un vidējiem intelektuālās attīstības traucējumiem var noderēt psihologa konsultācijas un ka 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.²⁴⁶

Ieteicamie pielāgojumi konsultācijām:

- 1) Uzsveriet mazāk kognitīvos elementus un vairāk uzvedības elementus intervences struktūrā!
- 2) Piedāvāriet nelielu uzdevumu skaitu!
- 3) Esiet gatavi, ka vajadzēs atkārtoties! Ja starp tikšanās reizēm ir vairāk nekā nedēļa, būs nepieciešams pilnīgi atjaunot prasmes.
- 4) Dažreiz mērķtiecīgi ir iesaistīt tuvinieku / atbalsta personu. Tuvinieks / atbalsta persona jāinformē par to, kas notiks konsultācijas laikā, kā viņi varētu palīdzēt uzdevumu veikšanā. Klients var veikt tikšanās audio ierakstu.
- 5) Pielāgojiet konsultācijas garumu, ja nepieciešams! Konsultācijai jābūt īsākai, ja jūs plānojat runāt par problēmām, vai garākai, ja jāveic izvērtējums vai novērtējums.
- 6) Nosūtiet atgādinājumu par tikšanās laiku, izmantojot teksta vai tālruņa zvanu klientam un tuviniekam!²⁴⁷

AUTISKĀ SPEKTRA TRAUCĒJUMI

Personas, kurām ir autiskā spektra traucējumi, aizvien biežāk pieprasa viņus saukt par “autiskām” personām, nevis par “personām ar autismu” vai “personām ar autiskā spektra traucējumiem”, lai uzsvērtu, ka autisms ir viņu raksturīgais stāvoklis un viena no normas dimensijām, nevis traucējums, kuru vajadzētu ārstēt.²⁴⁸ Tādēļ sociālajam darbiniekam jāņem vērā klienta pašnoteikšanās izvēle.²⁴⁹

Personām ar autiskā spektra traucējumiem varētu būt grūtības iesaistīties grupās. Viņiem bieži vien ir grūti saprast sociālās nianšes un laikus atrast pareizos vārdus. Labāks darba formāts personām ar autiskā

²⁴⁵ Personalisation for social workers in adults' services. SCIE. 2010. <https://www.scie.org.uk/personalisation/practice/social-workers>

²⁴⁶ Learning Disabilities Positive Practice Guide. *The Foundation for People with Learning Disabilities*. 2015. http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_103043-8.pdf

²⁴⁷ Pielāgots no: Learning Disabilities Positive Practice Guide. *The Foundation for People with Learning Disabilities*. 2015. http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_103043-8.pdf

²⁴⁸ Šo loģiku dažreiz izmanto citos gadījumos (piemēram, runājot par ADHD vai disleksiju). Sk. par neirodažādības kustību *Wikipedia*. <https://en.wikipedia.org/wiki/Neurodiversity>

²⁴⁹ Pašreizējā metodikā tomēr izmantoti patoloģijas termini, jo daļa, kas paredzēta “traucējumu” klasifikācijai un aprakstam, balstīta uz medicīnisko viedokli.

spektra traucējumiem 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 autiskā spektra traucējumiem, iepriekš jāsagatavo persona un jāizrunā ar viņu sanāksmes darbākārtību. Tikšanās laikā darbākārtība jāievēro, un to nedrīkst mainīt.²⁵⁰

Personām ar augsti funkcionējošu autismu 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.²⁵¹

UZMANĪBAS DEFICĪTA UN HIPERAKTIVITĀTES SINDROMS

Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms (UDHS) ir diagnoze, kuru Latvijas kontekstā nesen sāka izmantot pieaugušajiem.²⁵² 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 dod izskaidrojumu klienta grūtībām un apstiprina, ka problēmas ir UDHS izpausmes dēļ un ka klients nav jāvaino.

Sociālajā darbā ar pieaugušajiem ar UDHS svarīga ir izglītošana. Sociālais darbinieks var izglīt pieaugušo uzvedības jautājumos. Strādājot ar personām ar UDHS, sociālajam darbiniekam jāizmanto diagnozes pozitīvās puses vai spēcīgās sekas – augsts enerģijas līmenis, optimisms un radošums. Sociālais darbinieks var palīdzēt cilvēkiem kompensēt ar uzmanību saistīto deficītu, izglīt, kā pakļaut klientu impulsīvos vai nekoncentrētos lēmumus un dzīves modeļus apdomīgākai domāšanai, kā palielināt un uzlabot uzvedības repertuāru.

Plānošanas procesā vajadzētu noteikt un dokumentēt, kas ir sagaidāms 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 programmas īstenošanas gaitā.

Sociālais darbinieks var ieteikt konsultēties ar psihiatru, jo UDHS ir ļoti bieži sastopams traucējums un tas efektīvi ārstējams ar zālēm.²⁵³

Ja personas ar UDHS saņem atbilstīgu ārstēšanu un atbalstu, viņas var kļūt spējīgākas darbā vai skolā, veiksmīgākas sociālajās attiecībās, labāk var līdzsvarot darba un privātas dzīves jautājumus.

DEMENCE

Sociālais darbs ar personām ar demenci ir liels izaicinājums. No vienas puses, uz personu vērsta pieeja, kas pašlaik ir galvenā tendence arī šajā sociālā darba jomā, 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 un cerībām, sapņiem, un cilvēkam var zust arī intereses vai svarīgas atmiņas. Pieaugušo personu ar demenci uzvedību reizēm ir grūti saprast vai iespējams nepareizi interpretēt. Parasti cilvēka personīgā vēsture (darbs, dzīves notikumi, hobijs u. c.) ir atslēga nesaprotamajai uzvedībai. 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.²⁵⁴

²⁵⁰ Praktiskie padomi (latviešu val.) ir pieejami šeit: *Latvijas Autisma apvienība*. <http://www.autisms.lv/index.php/lv/materiali>

²⁵¹ Vairāk par šiem jēdzieniem: Mattelin, E., Volckaert, H. 2017. *Autism and solution-focused practice*. London.

²⁵² Bezborodovs, N. Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms pieaugušajiem. *Medicus Bonus*. 2016, 3, 58.–60. lpp.

²⁵³ Kottler, S. A Social Worker's Guide to Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *National Association of Social Workers*. <https://www.naswma.org/general/custom.asp?page=362>

²⁵⁴ Plānošanas instruments darbam ar personām ar demenci angļu valodā: *South West Dementia Partnership*. https://dementiapartnerships.com/wp-content/uploads/sites/2/person_centred_dementia_support_plan_A4.pdf

Atbalsta pakalpojumus klientiem ar demenci bieži vien izmanto mūziku – kā saziņas formu un atmiņas atgūšanas veidu.²⁵⁵ Mūziku var izmantot, strādājot atbalsta grupu formātā, piemēram, Lielbritānijā pastāv atbalsta grupas *Singing for the Brain*,²⁵⁶ vai individuālā saziņā, lai palīdzētu personai labāk orientēties un tikt galā ar trauksmi.

ŠIZOFRĒNIJA

Pētījums²⁵⁷ liecina, ka, strādājot ar personām ar šizofrēniju, gadījuma vadīšanas modelis, kuru plaši izmanto visās sociālā darba jomās, faktiski ir neefektīvs. Dati apliecina, ka cilvēkus ar šizofrēniju, kuri saņem pakalpojumus gadījuma vadīšanas ietvaros, biežāk hospitalizē. Cilvēki ar šizofrēniju ilgstoši uzturas slimnīcās, bet nesasniedz labākus rezultātus garīgās veselības jomā, sociālajā funkcionēšanā un vispārējā dzīves kvalitātē.

Gadījuma vadīšanas vietā ir ieteicams izmantot citus sabiedrībā balstītus pakalpojumu modeļus, piemēram, Neatmaidīgas kopienas komandas (angļu val. *Assertive Community Teams*), kuras akcentē komandas darbu un komandas atbildību, būtisku saikni starp komandu un klientu grupu, nevis atsevišķiem speciālistiem un klientiem. Neatmaidīgas kopienas komandas prakses modelis ir detalizēti aprakstīts, savukārt gadījuma vadīšana bieži aprakstīta vispārīgi un nekonkrēti.

Darbā ar personām ar šizofrēniju nozīmīga loma ir profesionālajai rehabilitācijai un / vai atbalstam izglītībā. Vairumā gadījumu šizofrēnija sākas skolas vai universitātes laikā, un šizofrēnija 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 darbus. Profesionālās rehabilitācijas un / vai atbalsts izglītībā var palīdzēt indivīdam iemācīties kompensēt šīs problēmas.²⁵⁸

DEPRESIJA UN BIPOLĀRI AFEKTĪVI TRAUCĒJUMI

Mūsdienās depresija ir viena no visplašāk izplatītajām saslimšanām. Kaut arī sociālo darbinieku atbildība nav depresijas vai bipolārā traucējuma ārstēšana, tomēr sociālajiem darbiniekiem jābūt spējīgiem atpazīt slimības simptomus un izmantot sabiedrības resursus, lai persona saņemtu speciālista atbalstu.

Gan depresijas, gan bipolāri afektīvu traucējumu gadījumā sociālie darbinieki var izglītēt personas, kā atpazīt pirmās depresijas vai mānijas pazīmes. Pētījums 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 depresīvu recidīvus un pastiprina antidepresantu lietošanu;
- mācot klientus atpazīt pirmās mānijas pazīmes un meklēt agrīnu ārstēšanu, klientam uzlabojas sociālā funkcionēšana un sadarbība ar atbalsta personu.²⁵⁹

Kad klients sāk atpazīt pirmās mānijas pazīmes, sociālais darbinieks var sagatavot un atkārtot ar klientu rīcības plānu.

Depresiju un bipolāri afektīvus 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.

²⁵⁵ Dementia and music. *Age.uk*. <http://www.ageuk.org.uk/health-wellbeing/conditions-illnesses/dementia-and-music/>

²⁵⁶ Video angļu val.: *Youtube*. https://www.youtube.com/watch?v=J4S_FX9bieg

²⁵⁷ Adamou, M. Community Service Models for Schizophrenia: Evidence-Based Implications and Future Directions. *Psychiatry* (Edmont). 2005, 2(2), 24–30.

²⁵⁸ Tunner, T. How Social Workers Help with Schizophrenia. *Social Workers*. <http://www.helpstartshere.org/helpstartshere/?p=520>

²⁵⁹ Lee, K. Major Depressive Disorder and Bipolar Mood Disorders. *Encyclopedia of Social Work*. 2015. <http://socialwork.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-892>

5.6.5. Tipiskas problēmas sociālajā darbā ar pilngadīgām personām ar GRT

RESURSU TRŪKUMS

Sociālās palīdzības un pakalpojumu kvalitāti ietekmē resursu (gan materiālo, gan cilvēku) trūkums.

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 (sk. 5.6.). 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.²⁶⁰

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.

Iepriekš minētā 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 domnējošo 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;

²⁶⁰ Williams, P., Evans, M. 2013. *Social work with people with learning difficulties*. London: Sage, 29–30.

- koncentrēties uz kultūras stiprajām pusēm;
- saprast, ka neuzticība var būt vērsta nevis uz darbinieku personīgi, bet uz viņu kā citas kultūras, dzimuma, grupas u. tml. pārstāvi;
- nepārtraukti attīstīt savas zināšanas par kultūru dažādību;
- 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).²⁶¹

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 plānus veikt noziegumus vai vardarbības aktus pret citiem vai pret sevi un lūdz tos 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 jā saglabā, 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”.²⁶² 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 kritiskie notikumi klientu dzīvē, un sociālajam darbiniekam problēmas jārisina visaptveroši.

²⁶¹ Hepworth, D. H., Larson, J. A., Homewood, B. *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*. 548–550.

²⁶² Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums: Latvijas Republikas likums, 1. pants. *Latvijas Vēstnesis*. 168(2743), 19.11.2002. <https://likumi.lv/ta/id/68488-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-likums#p-612125>

Pārejošā situācija (*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. Pārejošā situācija veicina stresu, bet atšķiras no krīzes situācijas, jo laikus ir zināms, ka šāda situācija būs. Lai pāreja neklūtu par krīzi, sociālā darbinieka pienākums ir savlaicīgi saplānot atbalstu.

PIRMĀ PSIHOSOCIĀLĀ TRAUCĒJUMA IESTĀŠANĀS UN AGRĪNA IEJAUKŠANĀS²⁶³

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 tiklu uzturēšanai vai atjaunošanai un sabiedrības līdzdalības pasākumi;
- atbalsts ar mājokli un finansēm.

Sociālais darbinieks nav eksperts medikamentozajā ārstēšanā, bet viņš var nodrošināt klienta piekļuvi iepriekš minētajiem pakalpojumiem, un tā sniegt būtisku atbalstu personai, lai viņa nezaudētu savas spējas un sociālo stāvokli un lai nebūtu jāklūst 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.²⁶⁴

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 viņa 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);
 - savienojuma ar citiem krīze.

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 katastrofiskas pārmaiņas. Sociālajam darbiniekam jāmobilizē visi resursi un jāstrādā ar gadījumu, sadarbojoties ar klientu, viņa ģimeni un visiem pieejamiem profesionāļiem.

Džerijs Tju runā par svarīgiem atbalsta posmiem krīzes situācijā:

- 1) Saglabāšana / uzturēšana (*holding*) – posms var būt ļoti emocionāls un ietver nekontrolētas un ne vienmēr saskaņotas izjūtas: daudz niknuma, skumju, vainas un pat agresijas, kas var beigties ar vardarbību.

²⁶³ Tew, J. 2011. *Social approaches to mental distress*. London: Palgrave, 113–116.

²⁶⁴ Turpat, 116–121.

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 viņa ir 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.²⁶⁵
- 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 neatkarīgi risināt problēmas;
 - 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:²⁶⁶

- pilnībā uz personu vērstas;
- sniedz personai izvēles iespējas;
- agri uzsākta plānošana;
- nodrošināta personai un viņa ģimenei nepieciešamā informācija;

²⁶⁵ *Personal Crisis Plan* (Advance Directive). 2012. <http://mentalhealthrecovery.com/wp-content/uploads/2015/07/CrisisPlan2012Manual.pdf>

²⁶⁶ Susan, H., Rowley, D. 2015. *Social work with people with learning difficulties. Making a difference*. London, 74–75.

- 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 darbā 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.”

S.: “Labi! Padomājiet par to mazliet! Šis ir grūts jautājums.”

K.: “Kāpēc jūs neliekat mani mierā?”

S.: “Labi! Ja es jūs likšu mierā un jūs vairs mani neredzēsiet, vai tas būs labs mērķis?”

K.: “Jā, noteikti!”

S.: “Sapratu. Lai es jūs liktu mierā, kas man jāsaprot, kam jāmainās jūsu dzīvē?”

K.: “Es nezinu, viņi teica, ka es nepietiekami labi rūpējos par saviem bērniem.”

S.: “Tātad, kas man jāsaprot, lai teiktu, ka jūs labi rūpējaties par saviem bērniem un jums vairs nav jānāk pie mums?”

K.: “Ka mājās ir pietiekami daudz pārtikas, bērniem ir drēbes un rotaļlietas, un ir viss, kas skolai vajadzīgs.”

S.: “Tātad labākais mūsu darba rezultāts būs apģērbs, rotaļlietas un viss, kas skolai vajadzīgs?”

K.: “Jā!”

S.: “Viņi arī raksta šeit savos papiros, ka bērni vispār neiet pie ārsta. Mums būs jāpievieno arī šis mērķis – regulāri bērniem jāiet pie ārsta, lai es jūs varētu likt mierā.”

K.: “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”.²⁶⁷

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, kaitējums sev 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 vērstās pieejas izmantošana, plānojot darbu un sadarbojoties ar šiem klientiem, palīdz risināt šo problēmu.²⁶⁸

5.7. STARPPROFESIONĀLĀ UN STARPINSTITUCIONĀLĀ SADARBĪBA DAŽĀDOS SOCIĀLĀ DARBA POSMOS

5.7.1. Kas ir starpprofesionālā un starpinstitucionālā sadarbība?

Kas ir profesionāli un institūcijas, kuru uzdevumos ietilpst atbalsta sniegšana personām ar GRT?

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 gadījuma risināšanas gaitā ir nepieciešama;
- ģimenes asistents – gadījumos, ja nepieciešams atbalsts ar ģimenes dzīvi saistītās prasmēs, bērnu

²⁶⁷ Hunter, S., Rowley, D. 2015. *Social Work with People with Learning Difficulties: Making a Difference*. 179.

²⁶⁸ Turpat.

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 ar 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 modeļi 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 pārbauda 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;
- Nodarbinātības valsts aģentūra (NVA) – jautājumos par klienta iespējamo nodarbinātību, pakalpojumiem bezdarba gadījumos;
- jaunatnes lietu speciālists (novada domes darbinieks) – ja klients ir jauniešs, kuram jāpiemeklē iespējas brīvā laika pavadīšanai vai jāmeklē ikdienas aktivitāšu iespējas, iesaistīšanās kopienas dzīvē, dažādos projektos (nav visās pašvaldībās);
- Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija (VDEĀK) – gadījumos, kas skar invaliditātes statusa kārtošanu, izvērtēšanu īpašai kopšanai;
- probācijas dienests – ja ir saistība ar nosacīta soda izciešanu;

- specializēto darbnīcu 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 mājo 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 šobrīd piedāvā atbalsta personas pakalpojumu;
- aprūpes mājās pakalpojuma sniedzējs – ja klients saņem aprūpi mājās un pakalpojumu sociālais dienests pērk kā ārpuskalpojumu;
- asistenta pakalpojuma sniedzējs – gadījumos, kuros klients saņem pašvaldības piešķirto un valsts apmaksāto asistenta pakalpojumu, kuru 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 neizvērt 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.

5.7.2. 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 disciplinām (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.²⁶⁹ 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.

5.7.3. 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 tikli var būt atveseļošanās neatņemama sastāvdaļa.

²⁶⁹ Broersma, C. Is it Time to Change? Infusing the Transdisciplinary Approach into Social Work Studies. *Journal of Sociology and Social Work*. December 2014, 2(2), 145–154. <https://pdfs.semanticscholar.org/c6f9/f5ed5db82c8ea66e9081493d2492ede6f0af.pdf>

Sociālais darbinieks var informēt komandu par ļaunprātīgas izmantošanas un stigmatizēšanas ietekmi uz cilvēka garīgo veselību, kā arī iekļaut kritiskās domāšanas un refleksijas elementus komandas darbā.

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 viņas personīgajām un ģimenes attiecībām, kultūras vajadzībām, sociālajiem un vides 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 atbalstītajiem, lai atbalstītu cilvēku ceļā uz atveseļošanos;
- identificēt un strādāt ar diskriminācijas, stigmatizācijas un ļaunprātīgas izmantošanas personiskajām un sociālajām sekām;
- meklēt izmaiņas sociālajā un vides kontekstā, kas veicinātu atveseļošanos.²⁷⁰

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 vienlaicīgi;
- 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, pārtrauga problēmrisināšanas gaitu, informē citus speciālistus par gadījumu.

5.7.4. 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 pieņemšana, 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;
- klātienes tikšanās – tikšanās ar citu gadījuma risināšanā iesaistītu personu, lai plānotu risinājumus, apspriestu progresu;
- starpprofesionāļu komandas tikšanās – tikšanās, kurā sanāk visi gadījuma risināšanā iesaistītie sociālā dienesta darbinieki;
- starpinstitucionālās komandas locekļu tikšanās – tikšanās, kurā pulcējas dažādu iestāžu gadījuma risināšanā iesaistītie speciālisti.

Visās klātienes 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 ir nelietderīgi un neatbilstoši situācijai.

²⁷⁰ Coppock, V., Dunn, B. 2010. *Understanding Social Work Practice in Mental Health*. London, 20–21.

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.

5.7.5. 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, bāriņtiesu, 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 personīgās 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 nesniedz 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 tīklu, jo tīkla 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.

5.7.6. 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 jāreķinās 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 specializēties sociālo jomu reglamentējošos normatīvajos aktos.

6

Latvijas situācijai piemērotākais sabiedrībā balstīto sociālo pakalpojumu pilngadīgām personām ar GRT sistēmas modelis

6.1. ESOŠO UN IESPĒJAMO SABIEDRĪBĀ BALSTĪTO SOCIĀLO PAKALPOJUMU PILNGADĪGĀM PERSONĀM AR GRT SISTĒMAS LATVIJĀ ANALĪZE

Personām ar GRT ir tiesības dzīvot vidē, kurā viņas vēlas, un izvēlēties savu dzīves stilu. Viņām 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 neesoša vai nepieejama pakalpojuma dēļ personas nonāk institucionālā aprūpē, kaut arī citādi tā nebūtu nepieciešama.

No 2015. līdz 2020. gadam Latvijā ar ES struktūrfondu finansiālu atbalstu tiek īstenots 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” pasākums “Deinstitucionalizācija”. Viena no pasākuma mērķgrupām ir pilngadīgas personas ar GRT. Savukārt viena no šī pasākuma ietvaros īstenotām aktivitātēm ir Latvijas reģionu deinstitucionalizācijas plānu izveide. Plānu izstrādes gaitā, sadarbojoties ar pašvaldībām, to izstrādātāji plānoja vēlamos attīstāmos pakalpojumus dažādām mērķgrupām, no kurām viena ir personas ar GRT. Jāatzīmē, ka šajā projektā nepiedalās Rīgas pilsēta un Ciblas, Jaunjelgavas un Līvānu novads.²⁷¹

Analizējot plānošanas reģioniem izstrādātos plānus ir iespēja iepazīties ar jau esošo pakalpojumu klāstu un pašvaldību plāniem, kādi pakalpojumi tiks attīstīti DI projekta ietvaros. Jānorāda, ka plānotie SBSP plāni var arī neīstenoties vai ieviešanas gaitā mainīties. Kā arī neapstrīdams ir fakts, ka nevienai pašvaldībai nevar tikt uzspiests ieviest pakalpojumus, kurus tā nevēlas vai objektīvu iemeslu dēļ nespēj attīstīt.

Plānošanas reģionos attīstāmie pakalpojumi DI projekta ietvaros apskatīti, balstoties uz pieejamo un publicēto informāciju šīs metodikas izstrādes laikā.

²⁷¹ Latvijas Republikas Labklājības ministrija. <http://www.lm.gov.lv/news/id/7243>

SOCIĀLO PAKALPOJUMI VEIDI²⁷²

Aprūpe mājās – pakalpojumi mājās pamatvajadzību apmierināšanai personām, kuras objektīvu apstākļu dēļ nevar sevi aprūpēt.

Atbalsta grupa – atbalsta grupās, saņemot sociālā darbinieka, psihologa, psihoterapeita u. c. speciālistu atbalstu un palīdzību, kā arī daloties savstarpējā pieredzē, tiek pārrunātas aktuālākās grūtības un meklēti risinājumi.

Atbalsta persona – persona, kas palīdz atbalstāmajai personai ar garīga rakstura traucējumiem plānot un pašai pieņemt lēmumus par savu dzīvi.

Atelpas brīdis – atelpas brīdis ir īslaicīgs diennakts sociālās apūpes pakalpojums personām ar funkcionāliem traucējumiem, aizstājot aprūpes procesā mājsaimniecības locekļus.

Dienas aprūpes centrs – institūcija, kas dienas laikā nodrošina sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus, sociālo prasmju attīstību, izglītošanu un brīvā laika pavadīšanu personām ar garīga rakstura traucējumiem, invalīdiem, bērniem no trūcīgām ģimenēm un ģimenēm, kurās ir bērna attīstībai nelabvēlīgi apstākļi, kā arī personām, kuras sasniegušas vecumu, kas dod tiesības saņemt valsts vecuma pensiju.

Dienas centrs – pakalpojums, kura ietvaros pakalpojuma sniedzējs klientiem ar sociālā darba speciālista vai cita speciālista atbalstu nodrošina sociālo prasmju attīstīšanas iespējas, izglītošanu, brīvā laika pavadīšanas, mākslas vai mākslinieciskās pašdarbības nodarbības.

Grupu māja (dzīvoklis) – māja vai atsevišķs dzīvoklis, kurā personai ar garīga rakstura traucējumiem nodrošina mājokli, individuālu atbalstu sociālo problēmu risināšanā un, ja nepieciešams, sociālo aprūpi.

Pusceļa māja – sociālās rehabilitācijas institūcija vai ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas struktūrvienība, kurā personām ar funkcionāliem traucējumiem nodrošina sociālo rehabilitāciju, patstāvīgai dzīvei nepieciešamo pašaprūpes iemaņu un dzīves prasmju apgūšanu vai nostiprināšanu.

Specializētās darbnīcas – sociālās rehabilitācijas pakalpojums, kas nodrošina prasmes veicinošas aktivitātes un speciālistu atbalstu personām ar funkcionāliem traucējumiem.

Speciālistu konsultācijas – dažādu nepieciešamo speciālistu konsultācijas – sociālā darbinieka, psihologa, psihoterapeita, psihiatra u. c.

Subsidētās darba vietas – pasākums noteiktām personu grupām paredzēts bezdarbnieku nodarbināšanai valsts līdzfinansētajās darbavietās, lai palīdzētu bezdarbniekiem izprast darba tirgus prasības, kā arī veicinātu mērķa grupu bezdarbnieku iekļaušanos sabiedrībā un iekārtošanos pastāvīgā darbā.²⁷³

KURZEMES PLĀNOŠANAS REĢIONS²⁷⁴

Kurzemes plānošanas reģionā reģistrētas 3133 personas ar GRT. Analizējot Kurzemes plānošanas reģiona DI plānu, redzams, ka šobrīd nav daudz sabiedrībā balstītu sociālo pakalpojumu (SBSP), kas tiek piedāvāti (sk. 30. tab.). Visās pašvaldībās ir sociālie dienesti. Grupu dzīvokļi pieejami tikai Liepājas pilsētā. Dienas centri un dienas aprūpes centri – Liepājā, Ventspilī, Aizputes, Saldus, Rojas, Kuldīgas un Talsu novadā. Sociālās rehabilitācijas centri – Liepājā, Pāvilostas, Skrundas un Talsu novadā, bet nav norādītas mērķgrupas, kurām tiek sniegti pakalpojumi. Norādīts, ka personām ar GRT pakalpojumi pieejami Liepājā un Ventspilī, kā arī Saldus un Kuldīgas novadā.

²⁷² Vidzemes plānošanas reģiona deinstitutionalizācijas plāns 2017.–2020. gadam. Gala redakcija.

²⁷³ Turpat.

²⁷⁴ Kurzemes plānošanas reģiona deinstitutionalizācijas plāns 2017.–2020. gadam. Galīgā versija.

30. tabula. Esošie un plānotie SBSP Kurzemes plānošanas reģionā.

Novads, pilsēta	Esošie SBSP	Plānotie SBSP
Aizputes	Sociālais dienests Dienas centrs jauniešiem un bērniem ar īpašām vajadzībām	–
Alsungas	Sociālais dienests	–
Brocēnu	Sociālais dienests	–
Dundagas	Sociālais dienests	Grupu dzīvoklis ar atbalstu sociālajā aprūpē
Durbes	Sociālais dienests	–
Grobiņas	Sociālais dienests	–
Kuldīgas	Sociālais dienests Dienas aprūpes centrs Sociālās rehabilitācijas centrs	Specializētās darbnīcas Dienas aprūpes centrs ar atbalstu aprūpē Dienas aprūpes centrs bez atbalsta aprūpē
Liepāja	Sociālais dienests Dienas aprūpes centrs personām ar GRT Grupu dzīvoklis ar atbalstu aprūpē Sociālās rehabilitācijas centrs (divi) Dažādu speciālistu privātprakses	Grupu dzīvoklis ar atbalstu aprūpē Specializētās darbnīcas
Mērsraga	Sociālais dienests	–
Nīcas	Sociālais dienests	–
Pāvilostas	Sociālais dienests Sociālās rehabilitācijas centrs	–
Priekules	Sociālais dienests	Specializētās darbnīcas Dienas aprūpes centrs bez atbalsta aprūpē
Rojas	Sociālais dienests Dienas centrs	–
Rucavas	Sociālais dienests	Grupu dzīvoklis ar sociālo aprūpi
Saldus	Sociālais dienests Dienas centrs Dienas aprūpes centrs	Grupu dzīvoklis ar sociālo aprūpi Grupu dzīvokli bez sociālās aprūpes Specializētās darbnīcas
Skrundas	Sociālais dienests Sociālās rehabilitācijas centrs	Grupu dzīvoklis ar sociālo aprūpi Grupu dzīvokli bez sociālās aprūpes Specializētās darbnīcas Dienas aprūpes centrs bez atbalsta aprūpē
Talsu	Sociālais dienests Sociālās rehabilitācijas centrs Dienas aprūpes centrs	Grupu dzīvokli bez sociālās aprūpes Specializētās darbnīcas Dienas aprūpes centrs ar atbalstu aprūpē
Vaiņodes	Sociālais dienests	–
Ventspils pilsēta	Sociālais dienests Dienas aprūpes centrs	Dienas aprūpes centrs ar atbalstu aprūpē
Ventspils	Sociālais dienests	Grupu dzīvokli bez sociālās aprūpes

RĪGAS PLĀNOŠANAS REĢIONS²⁷⁵

Rīgas plānošanas reģionā dzīvo 3097 personas ar GRT. Iepazīstoties ar plānā apkopoto informāciju redzams, ka personām ar GRT maz ir izveidots specifisku pakalpojumu (sk. 31. tab.). Grupu dzīvokļi – Jūrmalā un Tukuma novadā. Ropažu novadā – vienīgā pusceļa māja. Deviņās pašvaldībās personas ar GRT ir saņēmušas dienas aprūpes centra pakalpojumu – Jūrmalas pilsētā, Kandavas, Limbažu, Mārupes, Ogres, Olaines, Salaspils, Siguldas un Tukuma novadā. Specializēto darbnīcu pakalpojums tiek nodrošināts Jūrmalā un Siguldas novadā.

31. tabula. Esošie un plānotie SBSP Rīgas plānošanas reģionā.

Novads, pilsēta	Esošie SBSP	Plānotie SBSP
Alojas	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs personām ar GRT Grupu dzīvokļi personām ar GRT
Ādažu	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs personām ar GRT
Babītes	Sociālais dienests	–
Baldones	Sociālais dienests	–
Carnikavas	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Dienas aprūpes centrs personām ar GRT
Tukuma	Sociālais dienests	Specializētās darbnīcas personām ar GRT Dienas aprūpes centrs personām ar GRT Grupu dzīvokļi personām ar GRT
Lielvārdes	Sociālais dienests	Specializētās darbnīcas personām ar GRT Grupu dzīvokļi personām ar GRT
Engures	Sociālais dienests	–
Jaunpils	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Atelpas brīža pakalpojums
Ogres	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs personām ar GRT Grupu dzīvokļi personām ar GRT Specializētās darbnīcas personām ar GRT Atelpas brīža pakalpojums
Jūrmala	Sociālais dienests	Pakalpojumu centrs – dienas aprūpes centrs personām ar GRT (paplašināšana), specializētās darbnīcas, atelpas brīža pakalpojums Grupu dzīvokļi personām ar GRT
Krimuldas	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs personām ar GRT

Tabulas turpinājumu sk. 179. lpp.

²⁷⁵ Rīgas plānošanas reģiona deinstitucionalizācijas plāns 2017.–2020. gadam. 1. redakcija.

Novads, pilsēta	Esošie SBSP	Plānotie SBSP
Olaines	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs personām ar GRT
Ropažu	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi personām ar GRT
Salacgrīvas	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs personām ar GRT Grupu dzīvokļi personām ar GRT
Salaspils	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Atelpas brīža pakalpojums
Inčukalna	Sociālais dienests	–
Stopiņu	Sociālais dienests	–
Saulkrastu	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs personām ar GRT
Ķekavas	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs personām ar GRT
Kandavas	Sociālais dienests	–
Limbažu	Sociālais dienests	Atelpas brīža pakalpojumi personām ar GRT Grupu dzīvokļi personām ar GRT
Mālpils	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs personām ar GRT Grupu dzīvokļi personām ar GRT Atelpas brīža pakalpojums personām ar GRT
Siguldas	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Atelpas brīža pakalpojums personām ar GRT
Garkalnes	Sociālais dienests	–
Ikšķiles	Sociālais dienests	–
Ķeguma	Sociālais dienests	–
Mārupes	Sociālais dienests	–
Sējas	Sociālais dienests	–
Rīga	Sociālais dienests Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas Grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojums Īslaicīga sociālā aprūpe un sociālā rehabilitācija	–

VIDZEMES PLĀNOŠANAS REĢIONS²⁷⁶

Reģionā dzīvo 2931 (I un II invaliditātes grupa) persona ar GRT. Arī Vidzemes plānošanas reģionā mērķgrupai ir maz pieejamu pakalpojumu (sk. 32. tab.).

32. tabula. Esošie un plānotie SBSP Vidzemes plānošanas reģionā.

Novads, pilsēta	Esošie SBSP	Plānotie SBSP
Alūksnes	Sociālais dienests Atbalsta grupas Dienas aprūpes centrs	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas
Amatas	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Dienas aprūpes centrs
Apes	Sociālais dienests Atbalsta grupas	Dienas aprūpes centrs
Beverīnas	Sociālais dienests	–
Burtnieku	Sociālais dienests	–
Cēsu	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas
Cesvaines	Sociālais dienests	–
Ērgļu	Sociālais dienests	–
Gulbenes	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas
Jaunpiebalgas	Sociālais dienests	–
Kocēnu	Sociālais dienests Grupu dzīvoklis.	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas
Līgatnes	Sociālais dienests	–

Tabulas turpinājumu sk. 181. lpp.

²⁷⁶ Vidzemes plānošanas reģiona deinstitutionalizācijas plāns 2017.–2020. gadam. Gala redakcija.

Novads, pilsēta	Esošie SBSP	Plānotie SBSP
Lubānas	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs
Madonas	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Dienas aprūpes centrs
Mazsalacas	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Dienas aprūpes centrs
Naukšēnu	Sociālais dienests Atbalsta grupas Sociālā rehabilitācija	Specializētās darbnīcas
Pārgaujas	Sociālais dienests	–
Priekule	Sociālais dienests Atbalsta grupas Sociālā rehabilitācija	Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas
Raunas	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Specializētās darbnīcas
Rūjienas	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Dienas aprūpes centrs
Smiltenes	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas
Strenču	Sociālais dienests	–
Valkas	Sociālais dienests Atbalsta grupas Sociālā rehabilitācija	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Dienas aprūpes centrs
Varakļānu	Sociālais dienests	–
Vecpiebalgas	Sociālais dienests Dienas aprūpes centrs	–
Valmiera	Sociālais dienests Dienas aprūpes centrs	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas

ZEMGALES PLĀNOŠANAS REĢIONS²⁷⁷

Reģionā ir 3043 personas ar GRT (I un II invaliditātes grupa). Pakalpojumu klāsts, kas izveidots līdz šim, ir mazs (sk. 33. tab.). Deinstitutionalizācijas projektā Jaunjelgavas novads nepiedalās, tāpēc nav projekta ietvaros izvērtēts.

33. tabula. Esošie un plānotie SBSP Zemgales plānošanas reģionā.

Novads, pilsēta	Esošie SBSP	Plānotie SBSP
Aizkraukles	Sociālais dienests	Daudzfunkcionāls pakalpojumu centrs (dienas aprūpes centrs, specializētās darbnīcas) Grupu dzīvokļi
Aknīstes	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi Dienas aprūpes centrs
Auces	Sociālais dienests	–
Bauskas	Sociālais dienests	Daudzfunkcionāls pakalpojumu centrs (dienas aprūpes centrs, specializētās darbnīcas) Grupu dzīvokļi
Dobele	Sociālais dienests Dienas centrs personām ar GRT Grupu dzīvoklis personām ar GRT Īslaicīgās aprūpes pakalpojums	Grupu dzīvokļi Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas
Iecavas	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs
Jēkabpils pilsēta	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs Grupu dzīvokļi Specializētās darbnīcas
Jelgava	Sociālais dienests Dienas centrs personām ar GRT Grupu dzīvoklis personām ar GRT Specializētās darbnīcas	Daudzfunkcionāls centrs (dienas aprūpes centrs) Specializētās darbnīcas Grupu dzīvokļi
Jaunjelgavas	Sociālais dienests	–
Jelgavas	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas

Tabulas turpinājumu sk. 183. lpp.

²⁷⁷ Zemgales reģiona deinstitutionalizācijas plāns. Gala redakcija.

Novads, pilsēta	Esošie SBSP	Plānotie SBSP
Jēkabpils	Sociālais dienests Dienas centrs personām ar GRT	–
Kokneses	Sociālais dienests	Daudzfunkcionāls pakalpojumu centrs (dienas aprūpes centrs)
Krustpils	Sociālais dienests	–
Neretas	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs Grupu dzīvokļi
Ozolnieku	Sociālais dienests	Daudzfunkcionāls sociālo pakalpojumu centrs (dienas aprūpes centrs)
Pļaviņu	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs Grupu dzīvokļi
Rundāles	Sociālais dienests	–
Salas	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs
Skrīveru	Sociālais dienests Dienas centrs personām ar GRT	–
Tērvetes	Sociālais dienests	–
Vecumnieku	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs
Viesītes	Sociālais dienests	–

LATGALES PLĀNOŠANAS REĢIONS²⁷⁸

Latgales plānošanas reģionā deinstitutionalizācijas projektā nepiedalās Ciblas un Līvānu novads (sk. 34. tab.). Kopā 3696 personas ar GRT.

34. tabula. Esošie un plānotie SBSP Latgales plānošanas reģionā.

Novads, pilsēta	Esošie SBSP	Plānotie SBSP
Aglonas	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs
Baltinavas	Sociālais dienests	–
Balvu	Sociālais dienests Grupu dzīvokļi Atbalsta grupa	Grupu dzīvokļi Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas
Ciblas	Sociālais dienests	–
Daugavpils pilsēta	Sociālais dienests Grupu dzīvokļi Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīca	Grupu dzīvokļi Specializētās darbnīcas
Dagdas	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas
Daugavpils	Sociālais dienests Dienas aprūpes centrs Sociālā rehabilitācija Pusceļa māja	Grupu dzīvokļi Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas
Ilūkstes	Sociālais dienests Dienas aprūpes centrs	Grupu dzīvokļi Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas
Krāslavas	Sociālais dienests	–
Kārsavas	Sociālais dienests Atbalsta grupa	Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas
Ludzas	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas
Līvānu	Sociālais dienests	–
Preiļu	Sociālais dienests Dienas centrs	Grupu dzīvokļi Dienas aprūpes centrs
Rēzekne	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas

Tabulas turpinājumu sk. 185. lpp.

²⁷⁸ Latgales plānošanas reģiona deinstitutionalizācijas plāns. 1. redakcija.

Novads, pilsēta	Esošie SBSP	Plānotie SBSP
Riebiņu	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas
Rugāju	Sociālais dienests	Dienas aprūpes centrs
Rēzeknes	Sociālais dienests Sociālā rehabilitācija	Grupu dzīvokļi Dienas aprūpes centrs
Viļakas	Sociālais dienests	Grupu dzīvokļi Dienas aprūpes centrs
Viļānu	Sociālais dienests Atbalsta grupa	Grupu dzīvokļi Dienas aprūpes centrs
Vārkavas	Sociālais dienests	–
Zilupes	Sociālais dienests Grupu dzīvoļi	–

Kopumā var secināt, ka DI projekta ietvaros plānots attīstīt pamatā trīs pakalpojumus personām ar GRT – grupu dzīvokļus, dienas aprūpes centrus un specializētās darbnīcas. Jāuzsver, ka pagaidām (metodiskā materiāla tapšanas laikā) šis ir tikai plāns, kuru pašvaldības apņēmušās īstenot. Nav zināms, kā tas izskatīsies pēc realizācijas. Plānā iekļautie sabiedrībā balstītie sociālie pakalpojumi un to izvietojums ir plānu izstrādātāju redzējums sasaistē ar pašvaldību iespējām un skatījumu. Pašvaldībām bija iespēja atteikties no idejām un piedāvājuma, ja tās neredzēja tam iespējas vai nevēlējās riskēt, jo, kā katrā projektā, arī šajā ir periods, kurā pēc projekta beigām jānodrošina pakalpojumi, un šis periods pēc uzraudzības var radīt bažas un piesardzību, jo, kad ir runa par cilvēku, var būt ļoti daudz neprognozējamu aspektu.

Ir pieļaujams, ka tikpat daudz neskaidrību ir saistībā ar plānoto reģionālo reformu. Daudz vieglāk būtu pakalpojumu izvietojumu plānot pēc reformas.

Kā ideālākais variants uzskatāms modelis, kurā šie specifiskie pakalpojumi tiktu sniegti reģionu 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 cilvēki ar GRT netiktu nostumti uz attālākiem novadu nostūriem, vietās, 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.

Diemžēl plānā ietvertais neskar kādu ļoti nozīmīgu jomu – personu ar GRT nodarbinātību. Būtu nepieciešams 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 viņas 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 jauniešiem 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.

6.2. BŪTISKĀKĀS ATŠĶIRĪBAS REPUBLIKAS PILSĒTĀS, NEMOT VĒRĀ PAŠVALDĪBU DALĪJUMU PLĀNOŠANAS REĢIONOS

Latvijā šobrīd ir 76 pilsētas, no kurām deviņas pilsētas – Rīga, Daugavpils, Jelgava, Jūrmala, Jēkabpils, Liepāja, Rēzekne, Valmiera un Ventspils – ir republikas nozīmes pilsētas.

35. tabulā ir atspoguļoti pakalpojumi, kuri šobrīd ir attīstīti republikas nozīmes pilsētās un kurus ir plānots veidot nākotnē.

35. tabula. Republikas nozīmes pilsētās attīstītie un plānotie pakalpojumi.

Pilsēta	Pieejamie pakalpojumi	Plānotie pakalpojumi
Kurzemes plānošanas reģions		
Liepāja	Sociālais dienests Dienas aprūpes centrs personām ar GRT Grupu dzīvoklis ar atbalstu aprūpē Sociālās rehabilitācijas centrs (divi) Dažādu speciālistu privātprakses	Grupu dzīvoklis ar atbalstu aprūpē Specializētās darbnīcas
Ventspils	Sociālais dienests Dienas aprūpes centrs	Dienas aprūpes centrs
Rīgas plānošanas reģions		
Jūrmala	Sociālais dienests Dienas aprūpes centrs personām ar GRT Grupu dzīvokļi personām ar GRT Specializētās darbnīcas	Dienas aprūpes centrs personām ar GRT (paplašināšana) Grupu dzīvokļi personām ar GRT
Rīga	Sociālais dienests Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas Grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojums Īslaicīga sociālā aprūpe un sociālā rehabilitācija	Grupu mājas (dzīvokļa) pakalpojums Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas
Vidzemes plānošanas reģions		
Valmiera	Sociālais dienests Dienas aprūpes centrs	Grupu dzīvokļi personām ar GRT Dienas aprūpes centrs

Tabulas turpinājumu sk. 187. lpp.

Pilsēta	Pieejamie pakalpojumi	Plānotie pakalpojumi
Zemgales plānošanas reģions		
Jēkabpils	Sociālais dienests Dienas aprūpes centrs	Atelpas brīža pakalpojums Rehabilitācijas pakalpojumi Atbalsta grupas Mentori Dienas aprūpes centrs Grupu dzīvokļi Specializētās darbnīcas
Jelgava	Sociālais dienests Dienas centrs personām ar GRT Grupu dzīvoklis personām ar GRT Specializētās darbnīcas	Atelpas brīža pakalpojums Rehabilitācijas pakalpojumi Atbalsta grupas Mentori Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas Grupu dzīvokļi
Latgales plānošanas reģions		
Daugavpils	Sociālais dienests Grupu dzīvokļi Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīca	Grupu dzīvokļi Specializētās darbnīcas
Rēzekne	Sociālais dienests Dienas aprūpes centrs	Grupu dzīvokļi Dienas aprūpes centrs Specializētās darbnīcas

No republikas pilsētām Rīga DI projektā nepiedalās, bet jāsecina, ka Rīgas pilsētā ir attīstīti pakalpojumi, un to sniedzēji katrā pakalpojumu grupā ir vairāki. Visās republikas nozīmes pilsētās ir izveidoti SBSP pakalpojumi, kas vērsti uz personu nodarbinātību dienas laikā. Savukārt mājokļa nodrošināšanas pakalpojumi ir izveidoti Daugavpilī, Jelgavā, Rīgā, Liepājā un Jūrmalā.

Nemot vērā, ka lielajās pilsētās ir lielākas iespējas un lielāks iedzīvotāju skaits, ir saprotams, ka vajadzība pēc pakalpojumiem ir augstāka un arī pakalpojumu attīstības iespējas ir lielākas.

6.3. SABIEDRĪBĀ BALSTĪTO PAKALPOJUMU SISTĒMAS IESPĒJAMĀIS MODELIS

Pilngadīgām personām ar GRT ir nepieciešams plašs pakalpojumu spektrs, lai personas saņemtu sev nepieciešamo atbalstu un tiktu īstenotas viņu tiesības uz dzīvi sabiedrībā.

Personām vienlaikus var būt nepieciešams viens vai vairāki pakalpojumi.

- Būtu nepieciešams ilgtermiņā pastāvīgi nodrošināt atbalsta personas pakalpojumu, kuru šobrīd projekta ietvaros nodrošina Resursu centrs "ZELDA".²⁷⁹
- Profesionāli asistenta pakalpojuma sniedzēji, jo šobrīd galvenokārt šo pakalpojumu sniedz ģimenes locekļi, līdz ar to netiek sasniegts pakalpojuma mērķis – atvieglot ģimenes locekļu ikdienu.²⁸⁰
- Apmācīti sociālie darbinieki 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 centrs nepieciešams 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 atpūties, 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, kuras 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 dzīvokļu pakalpojums personām, kuras nevar dzīvot patstāvīgi un kurām neieciešams profesionāls atbalsts ikdienā. Arī šis pakalpojums nav nepieciešams katrā pašvaldībā, bet izkliepus reģionā un noteikti tādās apdzīvotās vietās, kas spēj grupu dzīvokļu iemītniekiem piedāvāt brīvā laika pavadīšanas iespējas, kultūras dzīvi, iepirkšanās iespējas, pieejamību medicīniskajiem 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.²⁸¹
- Darbs ar sabiedrību diskriminācijas izskaušanas jomā.

²⁷⁹ Atbalsta personas pakalpojums. RC "ZELDA". <http://zelda.org.lv/atbalsta-personas-pakalpojums>

²⁸⁰ Latvijas Republikas Labklājības ministrija. <http://www.lm.gov.lv/text/2460>

²⁸¹ Wait, S., Harding, E. 2006. *Moving to social integration of people with severe mental illness: from policy to practice*. ILC-UK.

6. attēls. Sabiedrībā balstītu pakalpojumu iespējamā klāsta piemērs

