

Ziņojums

par nepieciešamiem uzlabojumiem starpnozaru sadarbībā un palīdzības sniegšanā bērniem ar psihiskiem, attīstības un uzvedības traucējumiem, kā arī antisociālu uzvedību

Tekstā lietotie saīsinājumi un paskaidrojumi

bērns ar PAUA - bērns ar psihiskiem, attīstības un uzvedības traucējumiem, kā arī antisociālu uzvedību no dzimšanas līdz pilngadības sasniegšanai

ERAF - Eiropas Reģionālās attīstības fonds

ESF - Eiropas Sociālais fonds

IeM IC - Iekšlietu ministrijas Informācijas centrs

IZM - Izglītības un zinātnes ministrija

LIZDA - Latvijas izglītības un zinātnes darbinieku arodbiedrība

LĢĀA - biedrība "Latvijas Ģimenes ārstu asociācija"

LLĢĀA - Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija

LM - Labklājības ministrija

LPS - Latvijas Pašvaldību savienība

NPAIS - Nepilngadīgo personu atbalsta informācijas sistēma

NVD - Nacionālais veselības dienests

OECD - Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija (*Organisation for Economic Cooperation and Development*)

PII - pirmsskolas izglītības iestāde

PKC - Pārresoru koordinācijas centrs

PMK - pedagoģiski medicīniskā komisija

PVO - Pasaules Veselības organizācija

RD - Rīgas dome

MK - Ministru kabinets

SPKC - Slimību profilakses un kontroles centrs

TM - Tieslietu ministrija

VBTAI - Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcija

VDEĀK - Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu Valsts komisija

VID - Valsts ieņēmumu dienests

VIIS - Valsts izglītības informācijas sistēma

VISC - Valsts izglītības satura centrs

VM - Veselības ministrija

VP - Valsts policija

VPD - Valsts probācijas dienests

VRP - Valdības Rīcības plāns

SATURA RĀDĪTĀJS

Tekstā lietotie saīsinājumi un paskaidrojumi	2
SATURA RĀDĪTĀJS.....	3
KOPSAVILKUMS.....	4
IEVADS.....	5
I VISPĀRĒJAIS SITUĀCIJAS APRAKSTS	8
1. Starpnozaru sadarbības ietvars.....	8
2. Mērķa grupa.....	10
II IDENTIFICĒTĀS PROBLĒMAS.....	12
1. Starpinstitūciju sadarbības platforma	14
2. Iekļaujošas izglītības sistēma	15
2.1. Pirmskolas izglītības īstenošana.....	15
2.2. Iekļaujošas izglītības īstenošana vispārīzglītojošās skolās	17
2.3. Speciālā izglītība	20
2.4. Integrētas pedagoģiski medicīniskās komisijas	23
2.5. Citas izglītības atbalsta iestādes	25
3. Sadarbība veselības aprūpes jomā.....	26
3.1. Dzīvesveida paradumu ietekme.....	26
3.2. Ģimenes ārstu komandas lomas stiprināšana.....	29
3.3. Psihiatra komandas stiprināšana	31
4. Sadarbība sociālajā jomā	33
4.1. Atbalsts vecākiem	33
4.2. Asistenta pakalpojumi	35
4.3. Likumpārkāpumu prevencija.....	36
III PIEDĀVĀTIE RISINĀJUMI	40

KOPSAVILKUMS

Šajā ziņojumā aplūkota bērnu ar psihiskiem, attīstības un uzvedības traucējumiem, kā arī antisociālu uzvedību (PAUA) korekcijas un resocializācijas problemātika, tās dažādie aspekti, un piedāvāts risinājumu plāns.

Ziņojumā secināts, ka ņemot vērā psihisko saslimšanu pieaugošās izplatības tendenci¹, nepieciešams, sekojot ārvalstu labajai praksei, uzsākt psihisko saslimšanu profilaksi pat pirms bērnu dzimšanas, vairāk uzmanības veltot augstākam riskam pakļautajiem vecākiem (piemēram, personas ar depresiju, atkarībām, destruktīvām (vardarbīgām) attiecībām ģimenē un tml.), sociālā riska ģimenēm u.c., sniedzot tām atbalstu un informāciju, kā arī ieviest plašāku universālu bērnu veselības uzraudzību dažādos (agrīnajos) vecuma posmos, kad visefektīvāk iespējams identificēt problēmas bērna attīstībā un veikt efektīvas un mērķētas intervences.

Ziņojuma sagatavošanas gaitā konstatēts, ka pirmsskolas un skolu pedagoģiskajam personālam nepieciešama kvalifikācijas pilnveide, lai labāk identificētu psihisko un veselības traucējumu simptomātiku un veiksmīgāk strādātu ar šādiem bērniem iekļaujošās izglītības kontekstā, tāpat nepieciešams atbilstoši izglītots atbalsta personāls gan skolā, gan ārpus tās. Tāpat konstatēta nepietiekama speciālistu pieejamība, pakalpojumu klāsts, kā arī atbalsts un skaidrojošais darbs vecākiem, kas aprūpē bērnus ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kā arī ar antisociālu uzvedību.

Daudzveidīgu atbalstu bērniem ar speciālajām vajadzībām un to vecākiem sniedz vietējās pašvaldības. Diemžēl to apjomi un veidi ir atšķirīgi - atkarībā no konkrētās pašvaldības iespējām un problēmas izpratnes.

Būtiska loma katra bērna individuālo vajadzību izvērtēšanā un interešu aizstāvībā ir dažādo iesaistīto institūciju sadarbības pilnveidošanai, pēc iespējas pilnvērtīgākas informācijas par konkrētā bērna situāciju iegūšanai un apmaiņai, vēl pirms pakalpojumu nodrošināšanas un atbalsta sniegšanas.

Norādīto jautājumu kompleksai risināšanai tiek piedāvāts institucionāls risinājums - balstoties uz jau esošo institūciju iestrādņēm, praksi un pieredzi, tās apvienojot, tiek izveidots "Pedagoģiski psiholoģiskais atbalsta dienests", kura sastāvā ir līdz desmit reģionālajām struktūrvienībām visā Latvijas teritorijā. Centrā pēc iespējas tuvāk bērnu dzīvesvietai tiktu koncentrēti gan speciālistu sniegtie pakalpojumi, gan konsultatīvais atbalsts vecākiem, sākot no psihisko un uzvedības traucējumu konstatēšanas brīža bērnam, līdz pārdomāta ārstēšanas un rehabilitācijas plāna sastādīšanai un īstenošanai, gan arī nepieciešamības gadījumā tiek nodrošināta mobilitāte.

Ņemot vērā, ka plānā minētie pasākumi ir ļoti daudzveidīgi, to īstenošana piekritīga dažādām institūcijām, tāpat kā atšķiras pasākumu ieviešanas statusi (jauns, jau iekļānāts, uzsākts) un jau piesaistītā un prognozētā finansējuma izcelsme (fondu finansējums, valsts budžets), ziņojuma izstrādes gaitā ir sarežģīti detalizēti noteikt finansējuma apjomu, tāpēc tas iezīmēts indikatīvi un precizējams resoros.

¹ "Psihiskā veselība Latvijā 2016. gadā", tematiskais ziņojums, 17. izdevums, Rīga, 2017

IEVADS

Psihiskā veselība ir nozīmīga un neatņemama vispārējās veselības komponente. Pasaules Veselības organizācijas ieskatā veselība ir pilnīga fiziska, garīga (psihiska) un sociāla labklājība, nevis tikai stāvoklis bez slimības vai fiziskiem trūkumiem. Savukārt specifiski psihiskā veselība ir labklājības stāvoklis, kad indivīds spēj īstenot savu potenciālu, tikt galā ar ikdienas stresu, produktīvi strādāt un sniegt savu ieguldījumu. Laba personiskā un vispārējā sabiedrības psihiskā veselība ir būtisks nosacījums stabilas, drošas un labklājības sabiedrības veidošanai.

Saskaņā ar 2007. gadā veikto izvērtējumu garīgās veselības problēmas Latvijā sastopamas 4,4% iedzīvotāju (salīdzinot citu valstu datus šajā laika posmā - garīgās veselības problēmas ir 7 – 9% iedzīvotāju), 2011. gadā Latvijā palīdzību dažādu psihisko un uzvedības traucējumu gadījumā saņēmuši 7,4% iedzīvotāju, bet 3,7% iedzīvotājiem tika reģistrēti psihiskie un uzvedības traucējumi, kuriem nepieciešama regulāra ārstēšana. Latvijas rādītājs varētu šķist neliels, taču tas skaidrojams ar garīgās veselības aprūpes dienesta nepietiekamo pieejamību, kā arī vienotas statistikas par garīga rakstura traucējumiem trūkumu, jo daļa pacientu pēc palīdzības vēršas pie privāti praktizējošiem speciālistiem vai arī nemeklē profesionālu garīgās veselības aprūpes speciālistu palīdzību, baidoties no iespējamās stigmatizācijas un diskriminācijas. Ekspertu pieņēmumi liecina, ka reālais nediagnosticēto psihisko un uzvedības traucējumu īpatsvars Latvijas populācijā varētu būt vēl augstāks², īpaši ņemot vērā Latvijas sabiedrības ierobežoto gatavību sociāli pieņemt cilvēkus, kuri slimo vai ir slimojuši ar kādu psihisku slimību³, kas var kļūt par nopietnu šķērsli, lai savlaicīgi vērstos pēc palīdzības⁴.

Pēdējo gadu pētījumos atklāts fakts, ka no garīga rakstura traucējumiem cieš vairāk nekā trešdaļa Eiropas iedzīvotāju,⁵ un garīgās saslimšanas gadu gaitā kļūst par arvien aktuālāku problēmu⁶. Reaģējot uz šo tendenci, virkne valstu jau izstrādājušas psihiskās veselības veicināšanas stratēģijas, kurās īpaša uzmanība tiek pievērsta bērniem, kas saistīts ar faktu, ka psihiskās slimības visbiežāk attīstās bērnībā un ir pieaugši izpratne par psihisko saslimšanu izpausmēm. Epidemioloģiskajos pētījumos ir aprēķināts, ka līdz sešu gadu vecumam psihiskās veselības traucējumi tiek novēroti 16–18% bērnu, no kuriem aptuveni pusei fiksētas vairākas psihisko traucējumu epizodes.⁷ Eksperti Latvijā lēš, ka ar psihiskās veselības traucējumiem saskaras ap 10% nepilngadīgo⁸. Kā liecina SPKC dati, apmeklējumu skaits pie psihiatriem un bērnu psihiatriem pakāpeniski palielinās⁹, tomēr statistikas datus joprojām neatspoguļojas visi tie bērni, kam palīdzība un atbalsts psihisku traucējumu

² Pulmanis T., Pelne A., Taube M. Psihiskā veselība Latvijā 2011. gadā. SPKC, 2012., 84 lpp.

³ Zārde I., Pulmane K., Villeruša A. Psihiatriskā stigma – dzimuma, vecuma, izglītības un iepriekšēja kontakta ietekme uz gatavību sociāli pieņemt indivīdus ar psihisku saslimšanu. RSU 2012. gada Zinātniskā konference. Tēzes. Rīga, RSU., 2012.

⁴ Pulmanis T. Sabiedrības garīgās labklājības veicināšana – izaicinājums? Aktuāla informācija par atkarību problēmām. E-žurnāls. SPKC, Rīga: 2013, 16. lpp.

⁵ Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, et.al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):655-79.

⁶ WHO. Impact of economic crises on mental health. WHO Regional Office for Europe: 2011., 34 p.

⁷ Klitzing, K., Dohnert, M., Kroll, M. Grube, M. 2015. Mental Disorders in Early Childhood, Deutsches Arzteblatt International, 112:375-386.

⁸ LU "Pētījums par bērniem ar speciālām vajadzībām sniedzamo atbalsta pakalpojumu izmaksu modeli iekļaujošas izglītības īstenošanas kontekstā"

⁹ "Psihiskā veselība Latvijā 2016. gadā", tematiskais ziņojums, 17. izdevums, Rīga, 2017

izpaušmju mazināšanai faktiski ir nepieciešams. Atsevišķu PII speciālisti norāda, ka katrā grupā un klasē vidēji pat 25-30% bērniem ir vērojamas uzvedības problēmas, vardarbības izpaušmes, uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroma veida traucējumi, kas ietekmē kopējo mikroklimatu skolā¹⁰. Arī ārvalstīs veiktie pētījumi liecina, ka sociālemocionālas problēmas, kas sekmē uzvedības traucējumu veidošanos nākotnē, pastāv 24% pirmsskolas vecuma bērnu ģimenēs ar zemiem ienākumiem.¹¹

Vienlaikus jāatzīmē, ka papildu iepriekš pastāvējušajiem psihiskās veselības riska faktoriem modernajā digitālajā pasaulē arvien vairāk bērnu ir pakļauti datoratkarības veidošanās riskam.

Šī ziņojuma *mērķis* ir sniegt ieskatu un izstrādāt redzējumu starpnozaru sadarbības uzlabošanai, nodrošinot savlaicīgāku un labāku palīdzības sniegšanu bērniem ar psihiskiem, attīstības un uzvedības traucējumiem, kā arī antisociālu uzvedību (turpmāk tekstā - bērni ar PAUA). Jautājums aktualizēts pēc 2018. gada janvārī tiesībsarga veiktās pārbaudes Bērnu psihoneiroloģiskajā slimnīcā *Ainaži*, kurā konstatēta virkne bērnu tiesību pārkāpumu, tostarp, ārstniecības personāla neatbilstoša rīcība saistībā ar pacientu fiksāciju, kas skar bērnus, kas ievietoti stacionārai ārstēšanai šajā slimnīcā. Slimnīcā konstatētais guva plašu rezonansi un izgaismoja sistēmiskas problēmas. Lai novērstu līdzīgu gadījumu iespējamu atkārtosanos nākotnē, ziņojumā analizētas iespējas stiprināt psihisko traucējumu profilaksi, to nodrošinot bērniem ierastajā vidē trīs līmeņos – (1) visiem bērniem nodrošinot universālo profilaksi, (2) bērniem, kuri pakļauti augstam attīstības, psihisko vai uzvedības traucējumu veidošanās riskam, nodrošinot selektīvo profilaksi, (3) tiem, kuriem konstatēti attīstības, psihiskie vai uzvedības traucējumi, piedāvājot indicētās profilakses aktivitātes. Ziņojuma izstrādes gaitā izpētes tvērums paplašināts ar cieši saistītu virzienu - bērnu antisociālās uzvedības jomu, akcentējot sodīšanas funkcijas aizstāšanu ar antisociālas uzvedības cēloņu apzināšanu un tiem atbilstošu resocializācijas programmu realizāciju, vienlaikus paredzot arī intervences pasākumus bērniem, kas vēl nav nonākuši tiesībsargājošo institūciju uzmanības lokā, bet kuriem pastāv augsts antisociālas uzvedības veidošanās risks. Tādā veidā ziņojumā iekļautas arī TM uzsāktās iniciatīvas bērnu prevencijas sistēmas reformas jomā, kas izriet no VRP¹².

Ziņojumā aplūkotas konstatētās problēmas saistībā ar starpnozaru sadarbību un palīdzības sniegšanu bērniem ar PAUA, norādītas iesaistītās puses, to sadarbība, kā arī piedāvāts iespējamais risinājums situācijas uzlabošanai.

Ziņojuma izstrādes metodoloģija un izpētītā ārvalstu pieredze iekļauta tā 1.pielikumā, 2. pielikumā ietverti piedāvātie risinājumi konkrētu pasākumu veidā, norādot atbildīgos, nepieciešamo finansējumu un izpildes termiņus.

Ziņojumu izstrādājis PKC, pamatojoties uz Latvijas Republikas Saeimas Sociālo un darba lietu komisijas 2018. gada 14. februāra sēdē doto uzdevumu (2018. gada 15. februāra vēstule Nr. 142.9/9/-26-12/18).

¹⁰ <https://www.kiparunams.lv/programmas-stop-4-7-apmaciba-biedriba-kiparu-nams/>

¹¹ Brown, C.M., Copeland, K.A., et als. (2012) *Social-Emotional Problems in Preschool-Aged Children. Opportunities for Prevention and Early Intervention*. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. Vol. 166, (No.10)

¹² VRP Deklarācijas par Māra Kučinska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai 47.1.pasākuma, ar kuru paraudzēts izstrādāt jaunu regulējumu par bērnu antisociālas uzvedības prevenciju, veicinot bērnu un jauniešu atturēšanos no pretlikumīgām darbībām

Ziņojuma izstrādē iesaistījušies VM, LM, TM, IZM, VISC, VBTAI, IeM, IeM IC, LR Tiesībsarga, LPS, Rīgas Domes profesionāļi un eksperti, kā arī profesionālo organizāciju speciālisti no Latvijas Psihiatru asociācijas, Latvijas Bērnu psihiatru asociācijas, Latvijas Narkologu asociācijas, LĢĀA, LLĢĀA, Latvijas Klīnisko psihologu asociācijas, Latvijas Kognitīvi biheiviorālās terapijas asociācijas, Latvijas Skolu psihologu asociācijas, Latvijas Ārstu biedrības un Latvijas Ārstu un zobārstu apvienības, Latvijas Autisma apvienības, Latvijas vecāku organizācijas “Mammamunteti.lv”, Ģimenes attīstības un kultūras centra “Alise”, atsevišķu pašvaldību sociālie dienesti, speciālās izglītības iestādes, “STOP 4-7 sociālo prasmju treniņu” īstenotāji, PII un vispārizglītojošās mācību iestādes.

I VISPĀRĒJAIS SITUĀCIJAS APRAKSTS

1. Starpnozaru sadarbības ietvars

Latvijas Ilgtspējīgas attīstības stratēģijā līdz 2030. gadam kā atsevišķs rīcības virziens izdalīti ilgtermiņa ieguldījumi cilvēkkapitālā un kvalitatīva un pieejama izglītība, lai saglabātu Latvijas cilvēkkapitāla bāzes vērtību un kāpinātu tā ražīgumu. Arī Latvijas Nacionālajā attīstības plānā 2014.–2020. gadam starp īstenojamiem uzdevumiem izvirzīta psiholoģiskās stabilitātes veidošana bērnībā, jau no agrīna vecuma nodrošinot stabilus pamatus attīstībai, sniedzot palīdzību krīzes situācijās, un nodrošināt vecāku izglītošanu, kas mazinātu neatbilstošas uzvedības veidošanās riskus bērniem. Bērnu noziedzības un noziedzīgu uzvedību veicinošu faktoru mazināšana, nodrošinot garīgās veselības pakalpojumu pieejamību, ir ieguldījums ģimeņu stiprināšanā un bērnu drošībā. Vienlaikus tiek uzsvērtā kvalitatīva pirmsskolas izglītība un kvalitatīva iekļaujošā izglītība, kuras mērķis ir personības attīstība, cilvēku labklājība un ilgtspējīga valsts izaugsme, t.i., nepieciešams turpināt skolēnu ar speciālajām vajadzībām iekļaušanu vispārējās izglītības sistēmā, vienlaikus sniedzot šādiem skolēniem maksimāli efektīvu atbalstu – nodrošinot atbalsta personāla esamību, piemērotu vidi, veicinot pedagogu mijiedarbību, zināšanu pārnesi un profesionālo pilnveidi. Tāpat arī VRP¹³ paredz nodrošināt iespēju katram skolēnam iegūt kvalitatīvu izglītību, sekmējot iekļaujošās izglītības attīstību un veicinot bērnu ar speciālām vajadzībām integrāciju izglītībā.

Ziņojuma izstrādes gaitā konstatēts, ka daļa no identificētām problēmām psihiskās veselības jomā jau tiek risinātas dažādos nozaru dokumentos un skatītas darba grupās, piemēram, IZM ir izveidota darba grupa, kuras uzdevums ir līdz 2018. gada beigām izstrādāt kritērijus atbalsta pasākumiem izglītojamiem ar speciālām vajadzībām un nosacījumus speciālās izglītības programmu pieejamībai. IZM gatavo ziņojumu, lai izvērtētu nepieciešamos atbalsta pasākumus iekļaujošās izglītības veicināšanai. VM izstrādā Psihiskās veselības attīstības plānu, kas paredz ambulatorajā aprūpē stiprināt esošās psihiatru prakses, psihiatra komandā piesaistot garīgās veselības aprūpes māsu un psihologu, attīstīt ambulatoros centrus ar multiprofesionālām komandām, uzlabojot pakalpojumu pieejamību un kvalitāti.

Bērnu tiesību aizsardzības likumā ir noteiktas atbildības un politikas jomas, ko veic virkne ministrijas, citas valsts pārvaldes iestādes, kā arī pašvaldības un to iestādes. Nav šaubu, ka likumā minētās iestādes savas funkcijas un kompetenci īsteno, tomēr, ņemot vērā, ka valstī nav savstarpēji integrēti sociālie, veselības un izglītības pakalpojumi, kā arī to sniegšana un pieejamība ir atkarīga gan no valsts pakalpojumu groza, gan no pašvaldību finansiālajām iespējām, mērķtiecīgi pakalpojumi, kas nodrošinātu savlaicīgāku un labāku palīdzības sniegšanu bērniem ar PAUA (un viņu vecākiem, ģimenei) bērnu pozitīvas garīgās un emocionālās veselības attīstībai, netiek sniegti vai arī to sniegšana nodrošināta atsevišķu projektu veidā un/vai atsevišķās pašvaldībās.

¹³ VRP Deklarācijas par Māra Kučinska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai 106.pasākuma, ar kuru paraudzēts izstrādāt pakalpojumu izmaksu modeli bērniem ar speciālām vajadzībām, kas sekmēs iekļaujošās izglītības attīstību un veicinās bērnu un jauniešu ar speciālām vajadzībām integrāciju izglītībā, kas cita starpā ietekmēs arī priekšlaicīgi mācības pametušo skaitu.

Bērnu tiesību aizsardzības jomā ir noteikts institūciju sadarbības ietvars¹⁴, kas nodrošina sadarbības pienākuma vienveidīgu īstenošanu. Tomēr ne vienmēr visas iesaistītās institūcijas izprot to, ko dara citas institūcijas, kādas ir to nepieciešamības un vajadzības, lai tās pēc iespējas operatīvāk un kvalitatīvāk izpildītu savā kompetencē esošos pienākumus bērnu tiesību aizsardzībā, jo īpaši gadījumos bērniem ar saskarsmes grūtībām un uzvedības traucējumiem.

Atbilstoši minētajam regulējumam visās pašvaldībās ir jābūt izveidotām sadarbības grupām bērnu tiesību aizsardzības jautājumos. Tajās līdzdarbojas pārstāvji no pašvaldības policijas vai VP, sociālā dienesta, izglītības pārvaldes un bāriņtiesas. Pašvaldības, kur šāds sadarbības mehānisms pastāv jau ilgstoši, atzinīgi novērtē sadarbības grupas lomu informācijas apritē un starpinstitūciju darba koordinācijā, tomēr šajā darbā nav iesaistīti ne izglītības iestāžu, ne arī ārstniecības iestāžu pārstāvji. Izstrādājot koordinētu starpinstitucionālās sadarbības plānu, uzmanība vēršama arī uz iesaistīto institūciju savstarpējās izpratnes celšanu par vajadzībām, kompetencēm, nodrošinot kvalitatīvāku informācijas apmaiņu, tādā veidā ātrāk un labāk sasniedzot rezultātus, kas vērsti uz bērna uzvedības traucējumu novēršanu, antisociālas uzvedības mazināšanu un vardarbības un vardarbības risku mazināšanu un novēršanu. Ir nepieciešams veicināt un stiprināt visu iesaistīto institūciju, ārstniecības personu un nevalstisko organizāciju sadarbību, pie tam, ne tikai pašvaldību līmenī, bet arī valsts un pašvaldību līmenī.

Būtiska nozīme jautājumu risināšanā, kas saistīta ar palīdzības sniegšanu bērniem ar PAUA, ir bērnu tiesību aizsardzības speciālistam pašvaldībā, kurš nereti uzņemas gadījuma vadītāja lomu, ja situācijas risināšanā ir iesaistītas vairākas institūcijas, taču ne visos novados bērnu tiesību aizsardzības speciālists ir pieejams.

VBTAI īstenotā projekta¹⁵ ietvaros līdz 2021. gada martam bērniem ar uzvedības traucējumiem un saskarsmes grūtībām tiek piedāvāts Konsultatīvās nodaļas pakalpojums. Tā mērķis ir pilnveidot atbalsta sistēmu bērniem ar saskarsmes grūtībām, uzvedības traucējumiem un vardarbību ģimenē. Konsultatīvās nodaļas speciālisti, atbilstoši bērna uzvedības problēmām veic bērna uzvedības diagnostiku, sniedz konsultācijas bērna vecākam, citam likumiskajam pārstāvim vai aprūpētājam, izstrādā bērna individuālo atbalsta programmu 12 mēnešiem, sadarbojas bērna individuālās atbalsta programmas periodā ar bērna vecāku, citu likumisko pārstāvi vai aprūpētāju, iesaistītajām valsts un pašvaldību institūcijām, piemēram, sociālo dienestu, izglītības iestādi u.c. Nodaļā darbojas sociālie darbinieki, psihologi, speciālais pedagogs, atkarību profilakses speciālists un psihiatrs. Ņemot vērā projekta rezultātus, ir jānodrošina Konsultatīvās nodaļas darba pēctecība.

Tāpat IZM 8.3.4. specifiskā atbalsta mērķa “Samazināt priekšlaicīgu mācību pārtraukšanu, īstenojot preventīvus un intervences pasākumus” ietvaros īsteno projektu “PuMPuRS”¹⁶, kas paredz nodrošināt atbalstu un komandu veidošanu tieši riska grupas skolēniem.

Papildinot publiskā sektora aktivitātes darbā ar bērniem ar PAUA, būtisku ieguldījumu un atbalstu bērnu psihiskās veselības uzlabošanā sniedz arī nevalstiskās organizācijas, piemēram, Latvijas Autisma apvienība, krīžu un konsultāciju centrs “Skalbes”, centrs pret vardarbību “Dardedze”, Latvijas Kognitīvi biheiviorālās terapijas

¹⁴ MK 12.09.2017. noteikumi Nr. 545 “Noteikumi par institūciju sadarbību bērnu tiesību aizsardzībā”

¹⁵ ESF projekts Nr.9.2.1.3/16/001 "Atbalsta sistēmas pilnveide bērniem ar saskarsmes grūtībām, uzvedības traucējumiem un vardarbību ģimenē"

¹⁶ Projekts “Atbalsts priekšlaicīgas mācību pārtraukšanas samazināšanai”, Nr. 8.3.4.0/16/I/001, (“PuMPuRS”)

asociācija, Latvijas vecāku organizācija "Mammamunteti.lv", biedrība "Māmiņu klubs", Resursu centrs sievietēm "Marta", Latvijas Bērnu fonds, Latvijas biedrība "Glābiet bērnus".

2. Mērķa grupa

Ziņojumā iekļautā analīze un turpmāk sniegtie priekšlikumi attiecināmi uz visiem bērniem, bērniem ar PAUA veidošanās risku, kā arī bērniem ar dažāda smaguma PAUA, kas iedalīti šādās grupās:

1. visi bērni līdz sešu gadu vecumam (ņemot vērā, ka psihisko un uzvedības traucējumu veidošanās risks dzīves pirmajos gados ir augsts, un intervences ir visefektīvākās);
2. bērni ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kuriem garīgās funkcijas nav ierobežotas, t.sk. lielākā daļa bērnu ar uzvedības un emocionāliem traucējumiem, piemēram, uzmanības deficīta sindromu, runas attīstības un valodas apguves traucējumiem, specifiskiem mācīšanās traucējumiem, kā arī kaitējoši pārmērīgu psihoaktīvo vielu lietošanu vai atkarības veidošanās risku un vardarbībai vai vardarbības riskam pakļautie;
3. bērni ar vidējiem un viegliem psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kuriem garīgās funkcijas ir ierobežotas par 5-49% no standarta attiecīgajā vecuma grupā (garīgās attīstības traucējumi);
4. bērni ar smagiem psihiskiem traucējumiem, kuriem garīgās funkcijas ir ierobežotas par vismaz 50% no standarta attiecīgajā vecuma grupā (psihiskās saslimšanas un smagi garīgās attīstības traucējumi).

Latvijā 2017. gadā bija 358 762 bērni¹⁷, un, ziņojuma izstrādes laikā konstatēts, ka no tiem:

- 1) 10 697¹⁸ jeb ~3% no visiem ir psihiatra uzskaitē;¹⁹
- 2) 2017. gadā psihiatru apmeklējuši 9134 jeb ~2,5% unikālie pacienti;²⁰
- 3) 517 ir apmeklējuši narkologu pēdējā gada laikā;²¹
- 4) 1 600 ilgstoši neapmeklē skolu;²²
- 5) 10 290 jeb 4,5% no visiem bērniem 7-18 gadu vecumā mācās izglītības iestādē speciālās izglītības programmā bērniem ar mācīšanās traucējumiem, garīgās veselības traucējumiem, garīgās attīstības traucējumiem, smagiem garīgās attīstības traucējumiem vai vairākiem smagiem attīstības traucējumiem.²³

Tomēr statistika un valsts reģistru informācija pilnībā neatspoguļo bērnu skaitu ar PAUA. Latvijā veiktie sabiedrības veselības pētījumi liecina, ka:

¹⁷ CSP, Bērni Latvijā 2018, 15. lpp.

¹⁸ Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra dati, 2017.

¹⁹ SPKC dati

²⁰ NVD dati

²¹ Valsts statistikas pārskats "Pārskats par psihiskiem un uzvedības traucējumiem psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ", 2017

²² IKVD dati

²³ IZM dati

- 1) 4% jauniešu 15-24 gadu vecumā identificējami depresijas simptomi;²⁴
- 2) 30% 15 gadus veco jauniešu atbilstoši Holšteina klīniskajam testam pastāv datoratkarības veidošanās risks;²⁵
- 3) 6% jauniešu 15-20 gadu vecumā atbilstoši CIDI klīniskajam testam pastāv alkohola atkarības veidošanās risks.²⁶

Ārvalstīs veiktie pētījumi uzrāda, ka ar psihiskām saslimšanām kādā savas dzīves posmā saskaras aptuveni 30% iedzīvotāju.²⁷ Visbiežāk psihiskās slimības attīstās bērnībā. Epidemioloģiskajos pētījumos ir aprēķināts, ka līdz sešu gadu vecumam psihiskās veselības traucējumi tiek novēroti 16–18% bērnu, no kuriem aptuveni pusei fiksētas vairākas psihisko traucējumu epizodes.²⁸ Tomēr ir grūti novērtēt, vai traucējumu parādīšanās agrīnā vecumā vairāk ir rezultāts problēmām attiecību veidošanā ar apkārtējiem vai arī pirmās pazīmes individuālai psihopatoloģijai, jo gan vienā, gan otrā gadījumā traucējumi var būt novērojami īslaicīgi.²⁹

Šī ziņojuma izstrādē iesaistītie speciālisti uzskata, ka PAUA traucējumi kopumā ir vismaz 10–12% nepilngadīgo. STOP4-7³⁰ projekta ietvaros uzsāktās aktivitātes liecina, ka katrā PII grupā un klasē vidēji 25-30% bērniem vērojami psihiski, attīstības un uzvedības traucējumi, kā arī antisociāla uzvedība, kas ietekmē kopējo mikroklimatu izglītības iestādē. Balstoties uz ārvalstu pieredzi, secināms, ka sociālemocionālas problēmas, kas sekmē uzvedības traucējumu veidošanos nākotnē, pastāv 24% pirmsskolas vecuma bērnu ģimenēs ar zemiem ienākumiem.³¹

Turpmāk īstenojamo pasākumu plāna izstrādē un aktivitāšu fiskālās ietekmes aprēķinos izmantots samērā konservatīvs pieņēmums, proti, PAUA traucējumi pastāv 6% bērnu, bet vēl 6% bērnu pakļauti PAUA traucējumu veidošanās riskam.

²⁴ Rancans, E., Vrublevska, J., et al (2014) *The point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population of Latvia*. Journal of Affective Disorders, 156: 104-110

²⁵https://www.spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Atkaribu%20slimibu%20petijumi/espas2015_ziojums.pdf

²⁶https://www.spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Atkaribu%20slimibu%20petijumi/Diana/atkaribu_izraisosu_vielu_lietosana.pdf

²⁷ Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, et al. *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):655-79.

²⁸ Klitzing, K., Dohnert, M., Kroll, M. Grube, M. 2015. *Mental Disorders in Early Childhood*, Deutsches Arzteblatt International, 112:375-386.

²⁹ Turpat

³⁰ <https://www.kiparunams.lv/programmas-stop-4-7-apmaciba-biedriba-kiparu-nams/>

³¹ Brown, C.M., Copeland, K.A., et al. (2012) *Social-Emotional Problems in Preschool-Aged Children. Opportunities for Prevention and Early Intervention*. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. Vol. 166, (No.10)

II IDENTIFICĒTĀS PROBLĒMAS

Ziņojuma izstrādes gaitā identificētas *būtiskas problēmas*, kas apgrūtina savlaicīgas un atbilstošas palīdzības sniegšanu bērniem ar PAUA, no kurām visaktuālākā ir fragmentēta palīdzības un pakalpojumu pieejamība, kas izriet no vājas starpinstitucionālās sadarbības un pakalpojumu neesamības:

- 1) Šobrīd piedāvātais **atbalsts un pakalpojumi ir fragmentēti**. Valstī nav savstarpēji integrēti sociālie, veselības aprūpes un izglītības pakalpojumi, kā arī to sniegšana un pieejamība ir atkarīga gan no valsts pakalpojuma groza, gan no pašvaldību finansiālajām iespējām. Līdz ar to nepieciešams paplašināt gan konsultatīvo atbalstu ģimenēm ar bērniem un speciālistiem, gan piedāvāto pakalpojumu klāstu, nodrošinot intervences bērniem ar PAUA, kā arī tiem, kas pakļauti PAUA veidošanās riskam, stimulējot vecāku prasmju pilnveidi un atbalsta grupu ģimenēm veidošanu, aktīvi iesaistīt nevalstisko sektoru pasākumu īstenošanā.
- 2) Trūkst vienotas integrētas **informatīvās platformas informācijas uzkrāšanai un apmaiņai**. Lai gan pašvaldībās darbojas sadarbības grupas bērnu tiesību aizsardzības jautājumos, ne izglītības iestāžu, ne arī ārstniecības iestāžu pārstāvji šajā darbā nav iesaistīti. Ja no izglītības iestādēm pašvaldības iestādes nepieciešamības gadījumā var pieprasīt informāciju un to saņemt, tad savukārt informāciju no ārstniecības iestādēm nav iespējams saņemt datu aizsardzības un citu iemeslu dēļ. Tāpat arī izglītības iestādes norādījušas, ka, sociālais dienests vai bāriņtiesa aizbildinoties ar personas datu aizsardzību, nereti nesniedz atgriezenisko saiti izglītības iestādei par tiem gadījumiem, kad attiecīgo pašvaldības iestāžu speciālisti veikuši padziļinātu izpēti par kādu no izglītības iestādes izglītojamiem. Rezultātā praksē novērojami gadījumi, kad īsā laika periodā vienam bērnam pie dažādu iestāžu speciālistiem vairākkārt tiek veikta izpēte, taču atklātā problēma nevienā no institūcijām risināta netiek, t.i., tālāka intervence netiek nodrošināta.
- 3) Identificējami **trūkumi iekļaujošās izglītības un speciālās izglītības sistēmā**. Lai nodrošinātu veiksmīgu iekļaujošās izglītības funkcionēšanu, svarīgs ir konsultatīvais atbalsts kā izglītības iestādēm, tā arī skolēniem un vecākiem, vienlaikus nodrošinot speciāli sagatavota atbalsta personāla iesaisti gadījumu risināšanā jeb krīzes intervences. Diemžēl atbalsta resursus ārpus izglītības iestādes šobrīd piedāvā tikai lielākās pilsētas, bet pedagoģiski medicīniskās komisijas uzraudzību vai monitoringu par izglītības procesa organizāciju un piemērotību bērnam, kam rekomendēta speciālās izglītības programmas apguve, vajadzībām neveic. Nereti arī vecāki par pedagoģiski medicīniskās komisijas atzinumu, ar kuru bērnam rekomendēta speciālā izglītības programma, izglītības iestādi nemaz neinformē, kā rezultātā atbalsts iekļaujošās izglītības īstenošanai šiem bērniem netiek nodrošināts. Tāpat arī speciālās izglītības iestādēm nav noteiktas minimālās prasības attiecībā uz skolas vidi vai atbalsta personāla pieejamību, kā rezultātā atbalsta struktūras un to ieguldījums bērnu personības attīstībā dažādās speciālās izglītības iestādēs ir ļoti atšķirīgs. Vienlaikus sistematizējams atbalsta personu pakalpojumu klāsts – izglītības sektorā ir nodarbināti gan izglītības asistenti, gan skolotāju palīgi, tomēr to funkcijas mēdz pārklāties un raisa neskaidrības.
- 4) **Uzvedības traucējumi**, kuru pamatā ir sociālās vides faktori, **nereti netiek kritiski vērtēti un tiek virzīti risināšanai veselības aprūpes sistēmā**. Šobrīd neskaidra ir klīniskā psihologa vieta un loma veselības aprūpes sistēmā. Neskatoties uz to, ka klīniskajam psihologam vajadzētu būt vienam no speciālistiem psihiatra komandā, klīniskais psihologs nav ne ārstniecības, ne ārstniecības atbalsta persona, tādejādi nemedikamentozas terapijas

ambulatorajā veselības aprūpes sistēmā netiek nodrošinātas pietiekamā apmērā. Tāpat **nav pietiekams atbalsts psihiatra darbam**. Iztrūkst konsultatīvo centru, kur varētu vērsties visas iesaistītās puses. Vienlaikus jādomā par psihiatru profesijas prestiža celšanu, jaunu speciālistu piesaisti, tādejādi uzlabojot bērnu psihiatru pieejamību;

- 5) **Nepietiekama ģimenes ārsta komandas iesaiste bērnu psihiskās veselības novērtēšanā.** Bērnam attīstoties, svarīgi ir savlaicīgi veikt diagnostiku un identificēt riskus psihisko traucējumu izveidei, kuru pamatā ir sociālās vides faktori vai funkcionālie traucējumi. Šobrīd visai nesistemātiski ģimenes ārstu praksēs tiek atpazīti psihisko traucējumu rašanās riski, kā arī netiek nodrošināts tālāks preventīvs darbs ar bērniem agrīnā vecumā, kaut arī tas ir iespējams, piemēram, uzlabojot vecāku bērna savstarpējo mijiedarbību. Līdz ar to ģimenes ārsta iesaistei ir būtiska loma bērna veselības korekcijai jau agrīnā vecumā;
- 6) Pastāvošā bērnu likumpārkāpumu prevencijas sistēma nedarbojas efektīvi, tā reaģē uz likumpārkāpumiem tikai no bērna 11 gadu vecuma (var sākt piemērot audzinoša rakstura piespiedu līdzekļus), bet šajā vecumā mazinās iespējas koriģēt bērna uzvedību - reakcijai uz antisociālu uzvedību jābūt ātrai, neatkarīgi no bērna vecuma. Turklāt pastāvošās sistēmas ietvaros netiek meklēts cēlonis, kāpēc bērns izdarījis likumpārkāpumu, kas viņu uz to pamudināja, un netiek spriests, ko darīt, lai bērns mainītu savu uzvedību un turpmāk spētu iekļauties sabiedrībā, atkārtoti neizdarot likumpārkāpumus. Bērna psiholoģiskās attīstības pakāpe un emocionālais briedums nav pielīdzināms pieauguša cilvēka emocionālajam briedumam. Nepilngadīgo likumpārkāpēju prevencija un **antisociālas uzvedības problemātika** arī jāskata kontekstā ar ģimeni, ar vidi. Nepieciešami risinājumi sadarbībā ar citām nozarēm, nodrošinot vienotus pakalpojumus un rīcības standartus visā valsts teritorijā, paredzot agrīnās intervences pienākumu, soda aizstāšanu ar sociālās korekcijas programmām, lai nodrošinātu starpinstitucionālās sadarbības un vecāku lomas stiprināšanu, izglītošanu un atbalsta saņemšanu, kā arī lai stiprinātu atbalsta funkcijas izglītības ieguves procesā.

1. Starpinstitūciju sadarbības platforma

Ņemot vērā pakalpojumu sniegšanā iesaistīto pušu daudzveidību, vājo starpinstitucionālo sadarbību, un, iztrūkstot vienotai, visiem iesaistītajiem pieejamai, papildināmai sadarbības platformai, atbalsta iespēju piedāvājums bērniem un viņu ģimenēm veidojas fragmentēts, nepārskatāms un pastāv iespēja, ka katra no iesaistītajām pusēm risina jautājumu “no jauna”.

Šobrīd informācijas apmaiņa starp iesaistītajām institūcijām vērtējama kā nepietiekama³²: bērnam uzsākot skolas gaitas, ne vienmēr tiek nodrošināta informācijas apmaiņa par viņa veselības stāvokli, kā arī par veselības stāvoklim piemērotāko pedagoģiskā darba organizāciju. Savlaicīga un kvalitatīva informācijas apmaiņa starp visām iesaistītajām institūcijām un dienestiem ir viens no efektīvākajiem veidiem, lai savlaicīgi spētu konstatēt riskus. Tomēr vēl būtiskāka par informācijas apmaiņu ir visu iesaistīto pušu izpratne vienam par otra darbu, tā specifiku. Izpratnes esamība par veicamo pienākumu specifiku, par to, kā darbojas katra no iesaistītajām institūcijām, neatsverami uzlabo citu iesaistīto pušu iespējas sniegt tādu informāciju, kas nepieciešama, lai katra institūcija visefektīvāk savas kompetences ietvaros spētu savlaicīgi identificēt riskus. Koordinētas starpinstitucionālās sadarbības stratēģijas izstrāde, individuālu gadījumu izskatīšana un individuālo rīcības plānu izstrāde nepieciešama ikkatra bērna ar uzvedības traucējumiem vai antisociālu uzvedību vai bērna, pret kuru ir vērsta vardarbība vai kurš ir pakļauts vardarbības riskam, aizsardzībai un atbalstam.

Visbiežāk arī skolas nesaņem atgriezenisko saiti par bērniem, kas nosūtīti uz psihoneiroloģisko slimnīcu vai ir patstāvīgā psihiskās veselības speciālistu ambulatorā uzraudzībā. Līdz ar to pedagogiem nav pieejamas speciālistu rekomendācijas, kas būtu noderīgas mācību darba organizēšanā vai darbā ar bērnu, kaut gan pedagogs vislabāk var pamanīt izmaiņas bērna uzvedībā, attieksmēs, vērtībās, motivācijā un savlaicīgi brīdināt par iespējamajiem psihes saasinājumiem/krīzēm.

Atgriezeniskā saite netiek nodrošināta skolām arī tajos gadījumos, kad bērna tiesību un interešu nodrošināšanu padziļināti vērtē bāriņtiesa un/vai sociālais dienests. Ierobežotas informācijas aprites dēļ netiek ņemta vērā psiholoģiskā izpēte, kas dažādos dzīves posmos veikta jebkurā citā institūcijā, līdz ar to diagnosticējošie testi un izpētes uzdevums var atkārtoties pat salīdzinoši īsā laika periodā.

Nepilngadīgo personu atbalsta informācijas sistēma (NPAIS) ir platforma, uz kuras bāzes var attīstīt sistēmu informācijas apmaiņai starp dažādu jomu speciālistiem, kuri iesaistīti darbā ar bērniem ar PAUA. Sistēma ir komplicēta, tajā ir vairākas starsistēmu saskarnes, tās tehnoloģiskā platforma *Oracle FORMS* jau ir novecojusi. Šo iemeslu dēļ NPAIS darbībā vērojamas tehniskas problēmas un līdz ar to speciālistu vidū vērojama arī nevēlēšanās sistēmu izmantot ikdienas darbā. IeM IC plāno, piesaistot ERAF finansējumu, līdz 2022.gadam pāriet uz modernāku, ar plašākām izmantošanas iespējām un lietotājiem draudzīgāku *web* bāzētu platformu. Taču jāņem vērā, ka ERAF projekta³³ ietvaros tiks attīstītas vairākas valsts informācijas sistēmas gan tiesībsargājošo, gan citu valsts un pašvaldību iestāžu funkciju nodrošināšanai. Sākotnēji pieprasītais finansējums projekta

³² LU “Pētījums par bērniem ar speciālām vajadzībām sniedzamo atbalsta pakalpojumu izmaksu modeli iekļaujošas izglītības īstenošanas kontekstā”.

³³ “*Jaunas paaudzes Iekšlietu integrētā sistēma (IIS2)*”

realizācijai ir samazināts, līdz ar to pastāv risks, ka ne visu sistēmu funkcionalitāte varētu tikt realizēta šajā posmā. Iespējamie risinājumi ir pārskatīt un optimizēt sistēmu prasības, ka arī piesaistīt papildus finansējumu.

Pēdējā laikā NPAIS lietošana aktivizējusies pateicoties Tiesībsarga biroja aktivitātēm un rekomendācijām sistēmas darbības uzlabošanai. Pēc IeM IC apkopotās informācijas datus NPAIS ievada vairāk nekā 20 iestādes, tos izmanto 15 iestādes, 5000 lietotāju, kas izdara ap 50 000 vaicājumu.

2. Iekļaujošas izglītības sistēma

2.1. Pirmsskolas izglītības īstenošana

Pirmsskolas izglītības iestādēs visātrāk var pamanīt attīstības vai psihisko traucējumu veidošanos bērniem, novērtēt bērnu spēju iekļauties kolektīvā un sadarboties ar vienaudžiem, pamanīt nevēlamas uzvedības modeļus (agresivitāte, noslēgšanās, pārmērīga datoru un mobilo ierīču lietošana bērniem, psiholoģiski traumējoša vecāku uzvedība u.c.) ģimenē. Tomēr tajās nav nodrošināts pietiekams atbalsts agrīnai problēmu identificēšanai un palīdzības sniegšanai bērniem, kuriem tā būtu nepieciešama. PII pedagogu un citu bērnu pieskatīšanas pakalpojumu sniedzēju pašvērtējums savām zināšanām un izpratnei par pazīmēm, kas liecinātu par attīstības traucējumiem bērniem, ir zems, jo jauno pedagogu sagatavošanas studiju programmās augstskolās zināšanu apguve psiholoģijā darbam ar bērniem, kuriem ir attīstības, uzvedības vai psihiskie traucējumi, iekļauta tikai nesen.

Lai arī PII pedagogu sagatavotības līmeņi ir dažādi, tomēr jaušama pedagogu bezspēcība, jo trūkst gan zināšanu, gan praktisku iemaņu, kā strādāt ar šiem bērniem, kā arī nav skaidrs formālais ietvars tālākajai rīcība³⁴, ja rodas aizdomas par attīstības traucējumiem bērnam – informējot vecākus, citus speciālistus. Šobrīd situācijās, ja pedagogam rodas aizdomas, ka bērnam ir PAUA, pirmsskolas izglītības iestādē par minēto tiek informēti bērna vecāki, bet tālākā rīcība ir vecāku ziņā. Tomēr vecāki gan zināšanu un informācijas trūkuma dēļ, gan arī specifisku pakalpojumu neesamības dēļ nereti pedagogu aicinājumu ignorē. Tāpat daļa vecāku nereti nespēj pieņemt to, ka bērnam ir attīstības vai psihiskie traucējumi, vai arī cer, ka situācija pēc laika uzlabosies. Bezdarbība šādā gadījumā speciālistu vērtējumā negatīvi ietekmē bērna psihisko veselību - stāvoklis var pasliktināties, piemēram, bērna veselībai nepiemērotu vides faktoru dēļ. PII pedagogiem nav skaidras vadlīnijas tālākai rīcībai situācijās, ja rodas aizdomas, ka bērnam ir PAUA, un bērna tiesības uz pilnvērtīgiem dzīves apstākļiem un veselības aprūpi netiek nodrošinātas.

Valstī trūkst vienota atbalsta mehānisma, kas nodrošinātu bērna stāvokļa vispusīgu izvērtēšanu, kā arī nodrošinātu palīdzību un atbalstu pedagogiem un vecākiem. Vairumā PII nav pieejams ne psihologs, ne sociālais pedagogs, kurš spētu novērtēt bērnu attīstību un izstrādāt individuālu plānu darbam ar bērniem ar PAUA. Atbilstoši IZM datiem 2017./2018.mācību gadā PII Latvijā bija nodarbināts 61 izglītības psihologs kopumā 31 pašvaldībā un deviņi sociālie pedagogi kopumā astoņās pašvaldībās. Papildus tam 26 izglītības psihologi un viens sociālais pedagogs bija nodarbināti speciālajās PII. Esošais speciālistu klāsts ir nepietiekošs, un nevar nodrošināt individuālu darbu ar bērnu, kam parasti nepieciešams ilgstošs laiks. Papildus tam PII pedagogiem un vecākiem iztrūkst arī

³⁴ LU "Pētījums par bērniem ar speciālām vajadzībām sniedzamo atbalsta pakalpojumu izmaksu modeli iekļaujošas izglītības īstenošanas kontekstā".

praktiskas rekomendācijas darbam un sadzīvei, lai nodrošinātu bērnu uzvedības korekciju agrīnā vecumā.

Tāpat PII iztrūkst arī pedagoga palīgs, kurš jo īpaši nepieciešams grupās ar lielu bērnu skaitu. 2017./2018.mācību gadā no visām PII pedagogu palīgi bija tikai piecās, kur kopumā strādāja 18 šādi speciālisti.

Grūtības PII pedagogiem darbā ar bērniem ar PAUA sagādā mentora trūkums, pie kura pedagogs var vērsties pēc padoma un pārrunāt pedagoģiskā darba organizācijas gaitu bērniem ar speciālām vajadzībām.

Vienlaikus psihisko veselības traucējumu savlaicīgā identificēšanā būtiska nozīme ir PII pieejamībai kopumā, jo bērni, kuri bērnudārzus neapmeklē, ir ārpus institucionālās uzraudzības, kas ierobežo iespējas novērtēt bērnu tiesību un interešu ievērošanu. Pašvaldībās būtu jāīsteno pasākumu kopums, kas ļauj identificēt tās ģimenes un bērnus, kuri neapmeklē PII. Šeit arī jāpiezīmē, ka bērnudārzu nepieejamība rada arī papildus psihoemocionālo spriedzi ģimenē. Saskaņā ar VARAM apkopotajiem datiem no pašvaldībām (izņemot Rīgas pilsētu) par rindām pašvaldības PII uz 2018. gada maiju bērnu skaits, kas gaida rindā uz pašvaldības PII, pārsniedz 13 tūkstošus, tajā skaitā gandrīz tūkstotis bērnu neapmeklē nedz privātās PII, nedz izmanto aukļu pakalpojumu. Arī šobrīd pieejamo alternatīvo bērnu pieskatīšanas pakalpojumu sniedzēji (piemēram, sertificētas aukles) ne vienmēr ir kompetenti atpazīt bērna attīstības traucējumus un tiešā veidā saskaras ar iepriekšminētajām problēmām.

Ļoti būtisks atbalsts nepieciešams PII pārveidošanai par iekļaujošajām izglītības iestādēm, lai nodrošinātu bērniem ar speciālajām vajadzībām un to vecākiem nepārtrauktu speciālistu palīdzību jau agrīnā dzīves periodā, ko tālāk turpinātu izglītības iestādes. Diemžēl PII šobrīd nav spējīgas nodrošināt daudzpusīgu rehabilitācijas pasākumu kopumu (piemēram, mūzikas, smilšu spēles (terapija)), lai bērni jau agrīnā vecumā saņemtu atbalstu un vieglāk iekļautos tālākajā izglītības procesā. Tāpat ne visās PII ir nodrošinātas speciālas atpūtas telpas, kurā norobežot bērnu pēc krīzes, ļaut nomierināties bērnam patīkamā vidē, nodrošinot speciālā pedagoga uzraudzību.

Šobrīd veiksmīgu sadarbību īsteno vairākas PII, kuras ir iesaistījušās programmas “STOP 4-7” ieviešanā. Sākot no 2015. gada vasaras uzsākta šīs Beļģijas uzvedības terapijas programmas ieviešana un pielāgošana Latvijas videi un sociālajiem apstākļiem. STOP 4-7 ir multimodāla agrīna intervence bērnu uzvedības problēmu risināšanai. Tās ieviešanu un adaptāciju, balstoties uz Eiropas valstu praksi un jaunākajiem atklājumiem neiroloģijā, psiholoģijā un kognitīvi biheiviorālajā psihoterapijā, realizē Latvijas Universitātes Psiholoģijas nodaļas psihologi.

STOP 4-7 programmas kodols ir bērnu sociālo prasmju treniņi. Vecāki un skolotāji, kuri piesaka bērnu nodarbībām, uzsver, ka ar bērnu kaut kas nav kārtībā. Bērniem var būt dažādas problēmas: hiperaktivitāte, izaicinoša uzvedība, agresivitāte, stūrgalvība un nepaklausība. Palīdzība tiek fokusēta tieši uz tām bērna uzvedības problēmām, par kurām sūdzas vecāki un skolotāji. Uzsākot darbu ar vecāku redzējumu – kaut kas nav kārtībā ar manu bērnu – vecākus vieglāk motivēt sadarbībai. Sadarbība ir ļoti svarīga, jo tā motivē vecākus piedalīties vecāku apmācībās, kurās tie tiek stiprināti, lai veicinātu bērnu vēlamu uzvedību un novērstu nevēlamu uzvedību. Mājās un skolā ir sistemātiski jāmaina pieeja bērnu audzināšanai, lai aktivizētu bērna pro-sociālo un cita veida vēlamu uzvedību, vienlaikus pārstājot atbalstīt destruktīvo uzvedību. Šī iemesla dēļ svarīgi nodrošināt visas trīs STOP 4-7 programmas paralēli: gan bērniem, gan vecākiem, gan skolotājiem.

Ikšķiles privātajā pirmsskolas izglītības iestādē "Ķīparu nams" sadarbībā ar Ikšķiles novada pašvaldību šī atbalsta programma tiek īstenota jau trešo gadu. Projekta autori un partneri: biedrība "Kognitīvi biheiviorālās terapijas asociācija" sadarbībā ar biedrību "Skalbes" un biedrību "Latvijas Autisma apvienība". Projekta gaitā organizētas ne vien praktiskas nodarbības, bet apmācīti arī 55 treneri darbam ar STOP 4-7, kā arī izdota programmas rokasgrāmata.

Šogad no 18. janvāra līdz 23. martam desmit nedēļas pēc kārtas atbalsta programmā "STOP 4-7" piedalījās 13 bērni vecumā no 4-8 gadiem, viņu vecāki un pedagogi. Bērnu grupas nodarbības vadīja trīs speciāli apmācīti treneri (2 psihologi un viens pedagogs) un viens brīvprātīgais. Nodarbību laikā ar dažādu spēļu un aktivitāšu palīdzību bērni trenēja sociālās prasmes, t.sk. mācījās apvaldīt dusmas un apguva iemaņas, kā reaģēt konflikta situācijās. Paralēli bērnu nodarbībām grupu nodarbības apmeklēja arī vecāki, kuri 10 vakarus tikās, lai mācītos izprast sava bērna uzvedību, veidus, kā reaģēt dažādās situācijās, analizētu bērnu uzvedību un dalītos pieredzē ar citiem vecākiem.

Lai programma sniegtu maksimālo efektu, tajā tiek iesaistīti arī bērnu pedagogi. Bieži vien tieši PII vai skolas ir tā vieta, kurā visspilgtāk izpaužas bērna uzvedība. Programmas ietvaros pedagogi apmeklēja četras grupu nodarbības/apmācības, kurās papildināja savas zināšanas ar praktiskām metodēm, kā strādāt ar bērniem, kuriem ir uzvedības problēmas, analizēja bērnu uzvedību konkrētās situācijās un dalījās pieredzē.

Papildus grupu nodarbībām katram bērnam bija iespēja apmeklēt līdz desmit individuālajām konsultācijām, kuru laikā speciālisti tikās gan ar visām trim iesaistītajām pusēm (bērns, vecāks, pedagogs) atsevišķi, gan nepieciešamības gadījumā tikšanās reizē piedalījās bērns kopā ar vecākiem un pedagogu. Tikai individuālās konsultācijas saņēma arī septiņi bērni, kuriem pēc izvērtēšanas speciālisti rekomendēja labāk strādāt individuāli, nevis grupā.

Vienlaikus dažādi atbalsta pasākumi ir nepieciešami tieši pašām ģimenēm, kurās aug bērni ar PAUA. Nepieciešama informācijas un pieredzes apmaiņa pašvaldību, sociālo dienestu, PII speciālistu starpā, aktualizējot ģimeņu sociālo prasmju pilnveides nepieciešamību.

2.2. Iekļaujošas izglītības īstenošana vispārīzglītojošās skolās

Lai arī pasaulē iekļaujošās izglītības būtība paredz, ka jebkurš skolēns tiek uzlūkots kā vērtība, kā sabiedrībai noderīgs un vērtīgs, kas var dot savu devumu (*Florian, Rose, Tilstone, 2003, Oliver, 1994*) un izglītības process nodrošina katra individuālās vajadzības, īstenojot tās sociālajā situācijā, tomēr šobrīd Latvijā tā tiek skaidrota galvenokārt tiesību ievērošanas aspektā “..iegūt izglītību neatkarīgi no mantiskā un sociālā stāvokļa, rases, tautības, etniskās piederības, dzimuma, reliģiskās un politiskās pārliecības, veselības stāvokļa, nodarbošanās un dzīvesvietas”³⁵.

Katrs pedagogs savā praksē ir saskāries ar bērniem, kuri traucē klasi, atsakās pildīt pedagoga norādes, iebiedē un fiziski aizskar citus bērnus, cīnās par rotaļu vietu. Dažiem bērniem šādas uzvedības problēmas kļūst par uzvedības modeli un normu. Kontakts ar vecākiem bieži parāda, ka uzvedības problēmas rodas arī mājās. Te var runāt arī par to, ka

³⁵ <http://www.izm.gov.lv/lv/izglitiba/vispareja-izglitiba/iekļaujosa-izglitiba-un-speciāla-izglitiba>

šiem bērniem sākas nopietnas uzvedības problēmas vai antisociāla uzvedība. No šīm problēmām bērni neizaug – problēmas nepazūd līdz ar vecumu. Tāpēc šādiem bērniem nepieciešama palīdzība un atbalsts. Palīdzības sniegšanā būtu jāiesaista gan vecāki, gan skolotāji. Pieredze un pētījumi rāda, ka to, ko bērni iemācās terapijas vidē, viņiem nav viegli vispārināt un ieviest mājās vai skolā. Terapeitiem ir nepieciešams pedagogu un vecāku atbalsts, lai vairāk veicinātu vēlamās, jaunapgūtās uzvedības pielietošanu gan mājās, gan skolā un rotaļu laukumā. Jaunākie pētījumi rāda, ka pedagogu apmācība par sociālās mācīšanās teorijas pamatiem palielina vecāku prasmju un bērnu sociālo treniņu apmācības efektivitāti³⁶.

Šobrīd pašvaldības un iekļaujošo procesu nodrošinošās izglītības iestādes katra savā izpratnes līmenī vai nu veic, vai neveic atbalstošās darbības bērnu ar speciālām vajadzībām iekļaušanai vispārīzglītojošās skolās. Tomēr, lai nodrošinātu reālu iekļaušanas procesu, atbalsta sistēmai ir jābūt tādai, kas nepieļauj interpretācijas un kas nodrošina atbalsta sistēmas speciālistu reālu darbu izglītības iestādēs, jo pretējā gadījumā cieš skolēns un viņa veselība visos aspektos³⁷. Līdz ar to, uzsākot skolēnu ar speciālajām vajadzībām iekļaušanas procesu, ir jāņem vērā, ka iekļaušanas norises rezultāts ir atkarīgs no tā, cik veiksmīgi šajā procesā tiks iesaistīti visu pašvaldību strādājošie speciālisti, ar speciālo izglītību saistītie dienesti, augstskolu profesionāļi, bērnu iestādes un organizācijas, sociālie dienesti un nevalstiskās organizācijas, speciālās izglītības iestādes, kas apvienotas vienotā atbalsta sistēmā, kuru centrā atrodas bērns.

Iekļaujot skolēnus ar speciālām vajadzībām vispārējās izglītības iestādēs, jāveido atbalsta sistēma, valsts līmenī īstenojot visaptverošus, ilgstošus pasākumus un risinot ar sociālo atstumtību un diskrimināciju pret skolēniem ar speciālajām vajadzībām, invaliditāti izglītības procesā saistītos jautājumus. Ir nepieciešamas valsts investīcijas iekļaujošās izglītības attīstīšanai, izglītības iestādes padarot pieejamas, nodrošinot skolēnu psihoemocionālajām vajadzībām atbilstošu mācību procesu, nodrošinot telpu aprīkojumu un profesionālu atbalsta personālu.

Lai nodrošinātu veiksmīgu iekļaujošās izglītības funkcionēšanu, svarīgs ir konsultatīvais atbalsts gan izglītības iestādēm, gan arī skolēniem un vecākiem, vienlaikus nodrošinot speciāli sagatavota atbalsta personāla iesaisti sarežģītu gadījumu risināšanā jeb krīzes intervences. Tomēr ne vienmēr izglītības iestāde, kas ir licencējusi speciālās izglītības programmu, praksē spēj nodrošināt visu nepieciešamo atbalstu kvalitatīvai bērnu ar speciālām vajadzībām izglītībai. Ņemot vērā normatīvo regulējumu, saskaņā ar kuru, nauda seko izglītojamam, nereti izglītības iestāde objektīvi neizvērtē savus finanšu un cilvēkresursus atbilstoša mācību procesa nodrošināšanai. Pat, ja normatīvā regulējuma prasības bērna ar speciālām vajadzībām iekļaušanai vispārīzglītojošā izglītības iestādē formāli ir izpildītas, to reālā īstenošana izglītības iestādes un mācību klases līmenī mēdz būt problemātiska. Diemžēl arī atbalsta resursus ārpus izglītības iestādes šobrīd piedāvā tikai lielākās pilsētas, un neviena institūcija uzraudzību vai monitoringu par izglītības procesa organizāciju un atbalsta pasākumu piemērotību konkrētā bērna vajadzībām neveic.

³⁶ Pedagogu un treniņu rokasgrāmata "Uz ceļa kopā esam stiprāki": STOP 4-7 programma: agrīna intervence bērniem ar uzvedības problēmām. 4. daļa, skolotāju apmācība/treniņi

³⁷ M. Rozenfelde, Skolēnu ar speciālajām vajadzībām iekļaušanas vispārējās izglītības iestādēs atbalsta sistēma, 2016, promocijas darbs doktora zinātniskā grāda iegūšanai pedagoģijā.

Nenodrošinot iekļaujošu izglītību skolēniem ar attīstības traucējumiem, kas tiek uzņemti vispārīgajās mācību iestādēs pamatizglītības programmās, rezultātā var pasliktināties psihiskās veselības stāvoklis, un nereti var pievienoties arī uzvedības traucējumi.

Savlaicīgas palīdzības sniegšanu bērniem ar PAUA kavē situācijas, kad principa “*nauda seko skolēnam*” dēļ vispārīgajās mācību iestādēs pamatizglītības programmās tiek uzņemti arī bērni, kam pedagoģiski medicīniskā komisija (PMK) rekomendējusi speciālās izglītības programmas apguvi. Tā kā PMK atzinumam ir rekomendējošs raksturs, vecāki šāda atzinuma esamību nereti noklusē, bet mācību iestādei informācija par izsniegtajiem atzinumiem un to saturu formāli nav pieejama, līdz ar to nav pienākums ievērot normatīvo aktu prasības³⁸. Tādejādi ir jārisina jautājums par vienotas bērnu uzskaites sistēmas izveidi, kurā tiek fiksēti PMK, citu speciālistu ieteikumi un atzinumi ar rekomendācijām par bērnam piemērotāko izglītības programmu pamatizglītības apguvei.

Tomēr sastopamas arī pretējas situācijas, kad skolas rekomendē vecākiem vērsties PMK, jo pašām pietrūkst kompetences sarežģītu gadījumu risināšanā uz vietas, tādēļ kā risinājumu saskata bērna novirzīšanu uz kādu speciālo programmu. Atbilstoši izglītības jomas speciālistu paustajam, pedagogiem, tai skaitā vispārīgajās skolās, trūkst zināšanu psiholoģijā, trūkst praktisku nodarbību prasmju pilnveidei, līdz ar to pedagogi ne vienmēr savlaicīgi spēj identificēt bērna uzvedības problēmu iemeslus, un piemeklēt tiem atbilstošus risinājumus. Būtiski akcentēt, ka pedagogi arī baidās vērsties pēc palīdzības krīzes situācijās, jo tādejādi, viņuprāt, it kā netieši tiek uzrādīts viņu kompetences trūkums.

Izglītības iestāžu un PII pedagogiem vērojama arī profesionālā izdegšana, jo tiem netiek sniegts pietiekošs atbalsts personiskās psihoemocionālās noturības stiprināšanai, kas īpaši svarīgi, strādājot ar bērniem ar PAUA.

Lai arī vispārīgajās skolu pedagogu kompetences un zināšanas tiek patstāvīgi papildinātas, tomēr papildus jānodrošina specifisku zināšanu apguve, kas saistīta ar psihisko saslimšanu simptomu atpazīšanu, reālu prasmju attīstīšana sadarbības izveidošanai ar bērnu, instrumentu un tehniku izmantošana krīzes situāciju novēršanā. Ņemot vērā, ka PMK atzinumos mazāk tiek uzsvērti alternatīvie risinājumi, pedagogiem ir jāpārvalda dažādi pedagoģiskie un nepedagoģiskie atbalsta pasākumi, kurus varētu īstenot pašā skolā, lai nodrošinātu iekļaujošu izglītību ikvienam bērnam.

Šobrīd bērniem ar smagiem uzvedības traucējumiem, t.sk. autismu, invaliditāte netiek noteikta, tādejādi netiek nodrošināts arī asistenta pakalpojums, jo valsts finansēts individuāls asistenta pakalpojums izglītības procesā paredzēts bērniem ar ļoti smagiem funkcionēšanas ierobežojumiem, kam noteikta invaliditāte. Nenoliedzami, ka atbalsta pasākumi (gan pedagoģiski, gan nepedagoģiski) nepieciešami arī bērniem, kam nav noteikta un arī nebūtu nosakāma invaliditāte, un šo atbalsta pasākumu nodrošināšana ir izglītības iestādes dibinātāja pienākums, tādēļ jāizdara grozījumi normatīvajos aktos, kas mainītu asistentu piesaisti bērna invaliditātei.

Lai arī izglītības iestādei papildu atbalsta personāla (t.sk. logopēds, psihologs, speciālais pedagogs, pedagoga palīgs) darba samaksai paredzēts finansējums 5,43% apmērā

³⁸ MK 16.10.2012. noteikumi Nr. 710 “Noteikumi par vispārējās pamatizglītības un vispārējās vidējās izglītības iestāžu nodrošinājumu atbilstoši izglītojamo speciālajām vajadzībām” (Ziņojuma izstrādes laikā pieņemti jauni MK noteikumi Nr. 543 “Prasības izglītojamo ar speciālām vajadzībām uzņemšanai vispārējās izglītības iestāžu īstenotajās vispārējās izglītības programmās”)

no mācību plāna īstenošanai aprēķinātās mērķdotācijas³⁹, kā arī paredzēts nepedagoģiskais personāls, kas būtu jānodrošina no pašvaldības finansējuma uzturēšanas izdevumu ietvaros, tomēr izglītības iestādēs atbalsta pieejamība ir nepietiekoša, un tās nespēj nodrošināt savlaicīgu bērnu uzvedības korekciju.

Bērna uzvedību vispārīzglītojošās skolās tieši ietekmē dažādi faktori - piemēram, starpbrīžu organizēšana - to laikā radušies konflikti ietekmē tālāko darbu stundā, traucējot mācību procesu. Iztrūkstot aktīvās atpūtas fāzei, apstākļu maiņai, bērni nav motivēti turpināt strādāt stundās. Vienlaicīgi skaļa un haotiska skolas vide var provocēt krīzes epizodes bērniem ar PAUA.

Arvien biežāk mobilo tālrunu vai citu viedierīču lietošana stundu laikā izraisa konfliktus starp bērniem un pedagogiem. Lai gan skolas iekšējās kārtības noteikumi aizliedz to lietošanu mācību stundās, vecāki mēdz izvirzīt pretenzijas, ja skolēnam tiek liegts izmantot tālruni, savukārt bērni, kuriem vērojama pārmērīga jauno tehnoloģiju lietošana ikdienā, pēc intervences mēdz kļūt agresīvi. Šo iemeslu dēļ ir nepieciešams stingrāks regulējums attiecībā uz informācijas un komunikāciju tehnoloģiju lietošanu izglītības iestādēs, ko arī pamazām sāk ieviest citas valstis.

Salīdzinoši augsts ir to bērnu skaits, kuri dažādu iemeslu dēļ neapmeklē izglītības iestādes. Atbilstoši IZM datiem 2017./2018. mācību gadā nezināmu iemeslu dēļ nevienā no izglītības iestādēm nebija reģistrēti 1 215 obligāto izglītības iegūšanas vecumu sasniegušie bērni, savukārt 1 618 skolēni ilgstoši neattaisnotu iemeslu dēļ kavējuši skolu. To vidū ir arī bērni ar PAUA, jo skolas nereti “piever acis” uz to, vai šie bērni apmeklē izglītības iestādi. Nepieciešama gan izglītības iestāžu, gan pašvaldības institūciju aktīvāka iesaiste esošo situāciju fiksēšanā un laicīgā to koriģēšana, nepieciešamības gadījumā piesaistot sociālos un citus dienestus, lai jau agrīnā stadijā novērstu iemeslus neattaisnotai mācību kavēšanai.

Ņemot vērā atbalsta programmas “STOP 4-7” sekmīgo darbību, būtu jāplāno īpašas, līdzīgos principos balstītas, intervences programmas izstrāde arī skolas vecuma bērniem. Praktiskā pieredze darbā ar skolas vecuma bērniem un pusaudžiem, kā arī bērnu uzvedības pētījumi rāda, ka arī sākumskolas vecumā (7-9 gadi) multimodāla intervence ir efektīva. Tāpat arī pusaudžu uzvedības problēmu risināšanā būtu nepieciešama līdzvērtīga intervences programma, kas ietvertu gan sociālo prasmju treniņus pusaudžiem, gan nodarbības vecākiem par pusaudžu audzināšanu, gan nodarbības pedagogiem, kā uzturēt un atbalstīt jaunapgūto sociālo prasmju ieviešanu skolas vidē. Neraugoties, ka efektivitāte intervencei pusaudžu vecumā ir zemāka, no tās nevajadzētu atteikties.

2.3. Speciālā izglītība

2015./2016. mācību gadā kopējais skolēnu ar speciālajām vajadzībām skaits valstī bija 11 846 bērni, kas ir 5,84% no kopējā skolēnu skaita. No tiem vispārējās izglītības iestādēs integrēti 38,72%, kuri mācās gan vispārējās, gan speciālās izglītības programmās. Savukārt 2017./2018. mācību gadā Latvijā darbojās 57 pašvaldību dibinātas speciālās izglītības iestādes, kurās izglītību ieguva 4 717 izglītojamie. Šajā mācību gadā speciālo

³⁹ Ministru kabineta 2016. gada 5. jūlija noteikumi Nr. 447 “Par valsts budžeta mērķdotāciju pedagogu darba samaksai pašvaldību vispārējās izglītības iestādēs un valsts augstskolu vispārējās vidējās izglītības iestādēs”

izglītības iestāžu skaits ir samazinājies un darbojas vairs 54 speciālās izglītības iestādes, kuru finansējumu nodrošina valsts. Vienlaikus jāatzīmē, ka skolēnu skaits dažādu speciālo izglītības iestāžu izglītības programmās ir ļoti atšķirīgs – kopumā 30 izglītības programmās, ko realizē 20 speciālās izglītības iestādes, skolēnu skaits ir mazāks par 10.

Divpadsmit no speciālās izglītības iestādēm noteikts īpašs statuss – speciālā izglītības iestāde - attīstības centrs, kas sniedz konsultatīvu un metodisku atbalstu vecākiem, bērniem un pedagogiem reģionā. Normatīvais ietvars gan nodrošina vienmērīgu speciālās izglītības iestāžu - attīstības centru izvietojumu visās Latvijas plānošanas reģionu teritorijās, tādejādi bērniem ar speciālām vajadzībām, kuri integrēti vispārējās izglītības iestādēs, kā arī viņu vecākiem un pedagogiem, būtu jābūt nodrošinātām vienādām iespējām saņemt konsultatīvu un metodisku atbalstu kvalitatīvas iekļaujošas izglītības īstenošanai. Tomēr speciālās izglītības attīstības centri faktiski ir darbojošās speciālās izglītības iestādes, kurās piesaistīti papildu speciālisti un liels skolēnu skaits, līdz ar to pastāvošā sistēma neveicina iekļaujošu izglītību, bet gan drīzāk veido nosacītu interešu konfliktu. Ņemot vērā, ka, bērnam ar speciālajām vajadzībām nonākot izglītības iestādē, seko resursietilpīgs atbalsts, nepieciešama objektīva vajadzību izvērtēšana neatkarīgā iestādē.

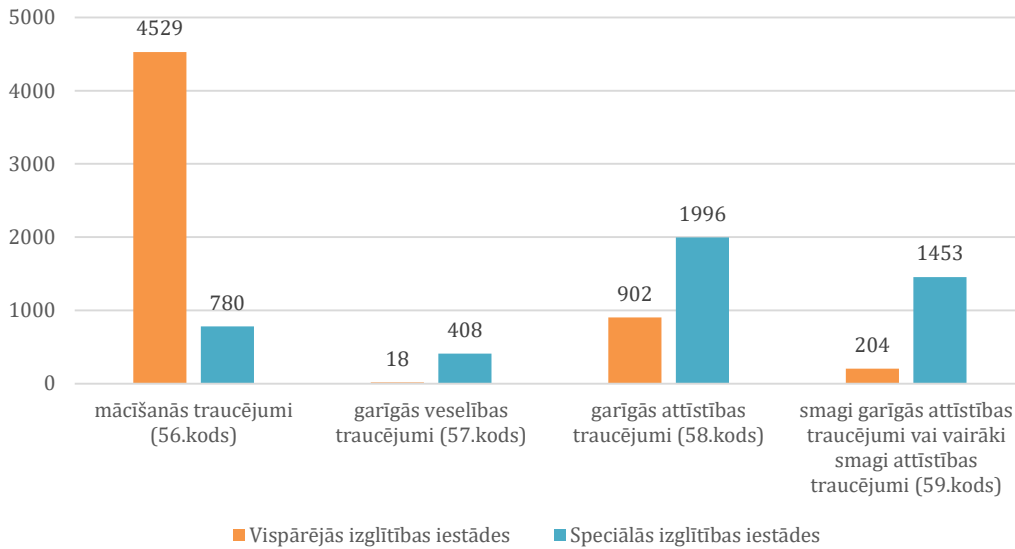
Apstākļi un pieeja mācību darba organizācijā dažādās speciālajās izglītības iestādēs ir ļoti atšķirīgi, jo normatīvais regulējums nenosaka minimālās prasības skolas videi vai atbalsta personāla pieejamību, telpu aprīkojumu, mācību darba un brīvā laika organizāciju, vai speciālistu pieejamību speciālās izglītības iestādēs. Līdz ar to ne visās speciālajās izglītības iestādēs tiek nodrošināts vispusīgs interešu izglītības piedāvājums un rehabilitācija bērniem ar psihiskās veselības traucējumiem. Atbalsta struktūras un to ieguldījums bērnu personības attīstībā dažādās speciālās izglītības iestādēs ļoti atšķiras, kas viennozīmīgi ietekmē bērnu spēju integrēties sabiedrībā. Cēloņi tam ir vairāki, tostarp saistīti ar speciālo izglītības iestāžu finansēšanas kārtību.

Ne visās speciālās izglītības iestādēs tiek nodrošināta pedagogiem un skolēniem droša vide. Pedagogi speciālās izglītības iestādēs kā būtisku trūkumu minējuši to, ka mācību telpas nav aprīkotas ar lokālo trauksmes pogu, kas krīzes situācijās ierobežo palīdzības lūgšanas un saņemšanas iespēju (izvade pie dežuranta pulsts lokāli), bet tas īpaši svarīgi ir darbā ar bērniem, kuriem vērojami smagi psihiskie traucējumi.

Ne visās speciālās izglītības iestādēs nodrošinātas pašvaldības policijas dežūras, kaut gan pedagogi uzskata, ka policista klātbūtne skolā ir ne tikai atbalsts skolēnu disciplinēšanā, bet arī palīgs krīzes situācijās, kad noteiktos psihiskos stāvokļos skolēnu uzvedība kļūst nekontrolējama.

Kā būtisks trūkums drošas vides radīšanā tiek minēts arī tas, ka ne visās speciālās izglītības iestādēs ir ierīkotas atsevišķas krīzes telpas, kur norobežot bērnu pēc krīzes, ļaut tam nomierināties patīkamā vidē, nodrošinot speciālā pedagoga uzraudzību.

1. attēls. Izglītojamo skaits speciālās izglītības iestādēs un vispārīzglītojošās skolās, kuras integrē bērnus ar speciālām vajadzībām, 2017./2018.mācību gads



Avots: IZM

Tāpat nav definētas pedagogu tiesības un pienākumi rīcībai krīzes situācijās, kas īpaši attiecas uz darbu ar bērniem ar PAUA. Pedagogi norāda, ka viņi nezina, kā pareizi komunicēt ar bērnu (arī ar viņa vecākiem) afekta stāvoklī, baidās bērnam pieskarties, kaut arī tas dažkārt ir nepieciešams. Tāpat izglītības iestādēs netiek piedāvāti standarta risinājumi/procedūras skolēnu agresīvas uzvedības, mobinga, paškaitējošas uzvedības gadījumos. Pedagogiem trūkst zināšanu psiholoģiskās/fiziskās paš aizsardzības jomā, nav specifisku tehniku darbā ar bērniem, kuriem ir smagi psihiskie traucējumi. Vienlaikus tiek atzīts, ka nav efektīvu disciplinēšanas instrumentu skolēniem par apzinātiem pārkāpumiem izglītības iestādē. Kā piemērs tiek minēta smēķēšana skolotāju istabā, kas policijai ierodoties administratīvā protokola sastādīšanai, mēdz būt grūti pierādāma, ja skolēns savu rīcību noliedz. Lai nodrošinātu atbalstu pedagogiem darbā ar bērniem, kuriem ir smagi psihiskie traucējumi, tiek rosināts nodrošināt pedagogu supervīzijas.

Drošību speciālās izglītības iestādēs ietekmē arī tas, ka bērnu ar psihiskās veselības traucējumiem skaits uz vienu pedagogu ir liels, un atsevišķos gadījumos tas mēdz arī pārsniegt normatīvos noteikto. Atbilstoši normatīvajiem aktiem⁴⁰ valsts budžeta mērķdotāciju piešķir pašvaldībai internāta skolotāju darba apmaksai, nosakot vienu internāta skolotāja likmi uz četriem internātā dzīvojošiem izglītojamiem ar vairākiem smagiem attīstības traucējumiem, un vienu internāta audzinātāja likmi uz deviņiem internātā dzīvojošiem citu speciālo izglītības programmu izglītojamiem. Tas skaidrojams ar smagajiem darba apstākļiem speciālās izglītības iestādēs, tomēr atalgojums būtiski neatšķiras no tā, ko saņem pedagogs vispārīzglītojošā mācību iestādē, turklāt audzinātājiem speciālās izglītības iestādēs atšķirībā no citiem pedagogiem netiek maksātas piemaksas - saskaņā ar noteikumiem⁴¹ samaksu par klases (grupas) audzinātāja pienākumu veikšanu nenosaka iestādēs, kurās tiek paaugstināta izglītojamo kvalifikācija, apgūtas pirmā līmeņa

⁴⁰ MK 15.07.2016. noteikumi Nr. 477 "Speciālās izglītības iestāžu, internātskolu un vispārējās izglītības iestāžu speciālās izglītības klašu (grupu) finansēšanas kārtība"

⁴¹ MK 05.07.2016. noteikumi Nr. 445 "Pedagogu darba samaksas noteikumi"

profesionālās augstākās izglītības programmas, vakara (maiņu) grupās arodskolās, internātskolās, speciālajās internātskolās, sociālās korekcijas izglītības iestādēs un profesionālās izglītības iestādēs (grupās), kas atrodas ieslodzījuma vietās.

Ne visās speciālās izglītības iestādēs tiek nodrošināts atbalsta personāls – izglītības psihologs un sociālais pedagogs. Līdzīga problēma pastāv arī vispārīzglītojošās iestādēs, tādēļ viennozīmīgi normatīvajos aktos būtu nosakāms maksimālais skolēnu skaits uz vienu psihologu un sociālo pedagogu dažāda veida mācību iestādēs.

Vienlaikus citas speciālās izglītības iestādes norādījušas, ka atbilstoši viņu darba specifikai, būtu nepieciešams piesaistīt vairāk atbalsta personāla vienību kā to pieļauj normatīvais regulējums. Atbilstoši Ministru kabineta 2016. gada 15. jūlija noteikumiem Nr. 477 “Speciālās izglītības iestāžu, internātskolu un vispārējās izglītības iestāžu speciālās izglītības klašu (grupu) finansēšanas kārtība” speciālo pirmsskolas izglītības iestāžu atbalsta personāla darba samaksai no valsts budžeta mērķdotācijas paredzēti 15% no pirmsskolas skolotāju darba samaksas kopējā apmēra, taču iestāžu vadība uzskata, ka šai proporcijai būtu jābūt lielākai.

Tiek rosināts arī pārskatīt mācību ilgumu speciālās izglītības iestādēs bērniem ar smagiem garīgās attīstības traucējumiem (C līmeņa skolēniem). Līdzīgi kā vispārīzglītojošās skolās šiem skolēniem mācības norit līdz plkst. 15.00-16.00, kaut arī pēcpusdienās noturēt šo skolēnu uzmanību ir ļoti sarežģīti. Tāpat pedagogi minējuši, ka bērni, kuriem PMK ieteikusi 210157xx speciālās izglītības programmas apguvi (programma bērniem ar garīgās veselības traucējumiem), ir ļoti atšķirīgi, tāpēc pedagogiem ir grūti saprast, kā organizēt pedagoģisko darbu ar šiem bērniem.

Diemžēl nereti speciālās internātskolas ir veids, kā pasargāt bērnus no degradējošas vides, neirotikas vecāku uzvedības, kā arī nodrošināt dienas režīmu, ko vecāki dažādu iemeslu dēļ nespēj vai nedara. Tomēr, kā norāda bērnu tiesības un intereses aizstāvošās institūcijas, internātskolas veicina institūcijās ievietoto bērnu un bērnu no sociālā riska ģimenēm segregāciju. Lai gan izglītības iegūšana internātskolās nav izmantojama kā ģimenes sociālo problēmu risinājums, jo pēc būtības bērnam visu nedēļu atrodoties internātskolā, netiek risinātas ne ģimenes sociālās problēmas, ne nodrošināta iespēja bērnam augt ģimeniskā vidē, kas ir visatbilstošāk bērna labāko interešu nodrošināšanai, tomēr internātskolas apmeklēšana jāskata individuāli katras ģimenes gadījumā. Šādu izglītības iestāžu apmeklējums varētu tikt saistīts ar vecāku nodarbinātību (nakts vai maiņu darbs), bet ne ar sociālo problēmu esamību ģimenēs. Tas, ka bērns iegūst izglītību speciālā internātskolā, nerisina ģimenes situāciju, bet gluži otrādi, to padziļina un saasina, jo problēma netiek atrisināta, pārtraucot bērna attīstībai kaitīgo faktoru esamību ģimenē.

2.4. Integrētas pedagoģiski medicīniskās komisijas

Valsts un pašvaldību PMK kompetenci, tiesības un pienākumus, kā arī prasības to sastāvam nosaka Ministru kabineta 2012. gada 16. oktobra noteikumi Nr. 709 “Noteikumi par pedagoģiski medicīniskajām komisijām”. PMK uzdevums ir, pamatojoties uz izglītojamā likumisko pārstāvju iesniegtajiem izpētes dokumentiem, kā arī, izvērtējot izglītojamā spējas, attīstības līmeni un veselības stāvokli klātienē, rekomendēt izglītojamam atbilstošu izglītības programmu, pēc kuras turpināt izglītības ieguvu. Atbilstoši noteikumiem gan valsts, gan pašvaldību komisijām ir pienākums konsultēt pedagogus, vecākus un citas

personas speciālās izglītības jautājumos, kā arī sniegt rekomendācijas izglītojamo vecākiem, izglītības iestāžu pārstāvjiem, sociāliem darbiniekiem un bāriņtiesu pārstāvjiem par bērnam nepieciešamo atbalstu izglītības procesā. Šo pienākumu un rekomendāciju sniegšanu speciālisti veic PMK sēdes laikā.

Ņemot vērā pašvaldību tiesības veidot vairākām pašvaldībām vienotu komisiju, šobrīd darbojas 56 pašvaldību⁴² PMK, to uzdevums ir sniegt atzinumu par pirmsskolas izglītības programmu vai atbilstošāko speciālo pirmsskolas izglītības programmu un par speciālās pamatizglītības programmu izglītojamajiem ar garīgās attīstības traucējumiem, smagiem garīgās attīstības vai vairākiem smagiem attīstības traucējumiem, mācīšanās traucējumiem, valodas traucējumiem vai garīgās veselības traucējumiem no 1. līdz 4. klasei, vispārējās pamatizglītības programmu no 1. līdz 4. klasei. Pašvaldību PMK darbu nosaka katra pašvaldība individuāli. Pastāvīgi darbojas tikai divu pašvaldību PMK, kuras ir nodrošinātas ar kvalificētiem speciālistiem, atbilstošām telpām un aprīkojumu. Citu pašvaldību komisijas darbojas atbilstoši savām iespējām – ir komisijas, kuras sanāk uz sēdēm regulāri, vienu vai divas reizes mēnesī, bet citas sēdes rīko tikai reizi vai divas gadā.

VISC saskaņā ar tam uzticēto funkciju nodrošina Valsts PMK darbību, sniedzot atzinumu par atbilstošāko speciālās pamatizglītības vai speciālās vidējās izglītības programmu izglītojamajiem, un sadarbību ar pašvaldību PMK. Papildus tam, VISC organizē dažādus pedagogu profesionālās pilnveides kursus, kuros piedalās PMK speciālisti no visas Latvijas.

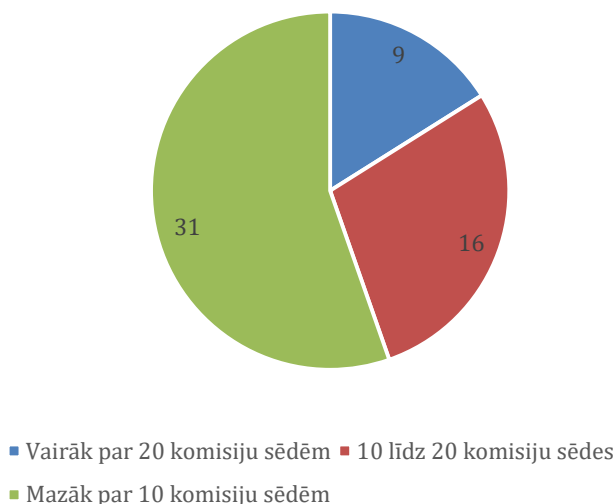
Saskaņā ar datiem no PMK vienotās informācijas sistēmas 2017. gada laikā gan valsts, gan pašvaldību komisijas kopumā sniegušas 7 739 atzinumus par izglītojamiem ieteicamāko izglītības programmu, tomēr nereti vecāki par PMK atzinumu, ar kuru bērnam rekomendēta speciālās izglītības programmas apguve, izglītības iestādi nemaz neinformē, kā rezultātā atbalsts šiem bērniem var netikt nodrošināts. Arī PMK neseko līdzi tam, vai bērni, kuriem ieteikta speciālās izglītības programmas apguve, to apgūst.

Pašvaldību PMK, ņemot vērā bērnu skaita atšķirības dažādās pašvaldībās, ir atšķirīga pieredze un zināšanas bērnu attīstības traucējumu un vajadzību izvērtēšanā. Arī speciālistu, kuri ir iesaistīti komisiju darbā, profesionālā sagatavotība ir ļoti atšķirīga. Līdz ar to, kā norāda izglītības jomas speciālisti, nav vienotas prakses, kā vienu un to pašu gadījumu izvērtētu viena novada PMK un kā cita novada. Analizējot pieejamo statistiku, redzams, ka pašvaldību komisijas strādā ļoti dažādi. Notikušo komisiju skaits nenorāda uz izskatīto bērnu lietu skaitu. Diemžēl ir arī tādi gadījumi, kad komisijas sēde ir sistēmā reģistrēta, bet tajā nav izskatīta neviena lieta. Ir tādas pašvaldības komisijas, kas visus bērnus ar speciālām vajadzībām izskata katru gadu atkārtoti, kam īsti nav pamatojuma. Tāpat ir tādas pašvaldības, kurās regulāri izskata daudz bērnu lietu, bet ir tādas, kurās katrā sēdē izskata 1-4 bērnu lietas.

Valsts un pašvaldību pedagoģiski medicīniskās komisijās laika posmā no 01.01.2018. līdz 13.09.2018. kopā pieteikti 5 742 bērni un izglītojamie, izsniegts kopumā 5 591 atzinums par piemērotāko izglītības programmu.

⁴² https://visc.gov.lv/specizglitiba/dokumenti/vpmk_ppmk.pdf

2. attēls. Pedagoģiski medicīniskās komisijas dalījumā pēc noturēto sēžu skaita 2018. gada pirmajos deviņos mēnešos



Avots: VISC dati

Arī LU veiktajā pētījumā⁴³ akcentēts, ka PMK ir neregulāras darbības veidojumi, kur citreiz pienākumus veic cilvēki ar nepietiekamu pieredzi, trūkst pēctecīgas atbildības. Pētījumā tiek ieteikts pārskatīt PMK lomu, lai nodrošinātu pēc iespējas ātrāku problēmu identificēšanu un atbalsta sniegšanu bērniem izglītības iestādē.

2.5. Citas izglītības atbalsta iestādes

Vispārējās izglītības likumā ietverti Pirmsskolas izglītības konsultatīvie centri, kas sniedz vecākiem un izglītības iestādēm konsultatīvu un metodisku palīdzību pirmsskolas vecuma bērnu izglītošanā un bērnu no piecu gadu vecuma sagatavošanā skolai. Pirmsskolas izglītības konsultatīvo centru var izveidot kā pirmsskolas izglītības iestādes struktūrvienību vai kā patstāvīgu izglītības atbalsta iestādi. Likumā noteikts, ka kārtību, kādā vecāki saņem konsultatīvu un metodisku palīdzību pirmsskolas izglītības konsultatīvajā centrā, nosaka dibinātājs – tātad pašvaldība jeb privāto tiesību juridiskā persona.

Saskaņā ar Izglītības likumu, lai īstenotu savas funkcijas izglītības jomā, pašvaldības izveido struktūrvienību - vismaz vienu izglītības speciālista amatu vai izglītības pārvaldes iestādi. Tieši vietējās izglītības pārvaldes koordinē izglītības iestāžu darbu, sniedz, apkopo informāciju un konsultē. Atkarībā no pašvaldībā organizētā darba izglītības pārvaldes iesaistās PMK darbā.

Atbilstoši Izglītības likumam valsts un pašvaldības, tāpat kā citas juridiskas un fiziskas personas, ir tiesīgas dibināt arī izglītības atbalsta iestādes, kuru mērķis ir nodrošināt metodisko, zinātnisko, informatīvo un citāda veida intelektuālo atbalstu izglītojamiem, pedagogiem, izglītojamo vecākiem un izglītības iestādēm.

Izglītības speciālists vai lielākās pašvaldībās attiecīgi izglītības pārvalde ir tā iestāde, kuras redzeslokā parasti nonāk visi skolēni ar uzvedības problēmām vai ilgstoši

⁴³ LU "Pētījums par bērniem ar speciālām vajadzībām sniedzamo atbalsta pakalpojumu izmaksu modeli iekļaujošās izglītības īstenošanas kontekstā".

neattaisnotiem kavējumiem un pie kā izglītības iestādes vēršas pēc palīdzības tad, ja pašas konkrēto situāciju nespēj atrisināt. Atkarībā no izveidojušās prakses katrā konkrētā pašvaldībā un pieejamiem resursiem izglītības speciālists vai izglītības pārvalde gadījuma risināšanā var iesaistīt vai nu pašvaldības sadarbības grupu un lūgt citu pašvaldības iestāžu iesaisti situācijas risināšanā, vai arī paši izstrādāt intervenču plānu un nodrošināt to īstenošanas koordinēšanu, pēc vajadzības piesaistot speciālo pedagogu, ģimenes psihoterapeitu, izglītības psihologu vai citus speciālistus tad, ja ir pieejami gan finanšu resursi, gan speciālisti. Ziņojuma izstrādes laikā secināts, ka šādas iespējas pastāv pārsvarā lielām pašvaldībām, piemēram, Rīgas pilsētai, kur izveidota plaša izglītības pārvalde ar trīs nodaļām, četri pirmsskolas metodiskie centri, kas cita starpā nodrošina arī psihologu darba koordinēšanu PII, kā arī Rīgas Izglītības un informatīvi metodiskais centrs, kurš kā izglītības atbalsts centrs plāno un īsteno ne tikai pašvaldības dibināto izglītības iestāžu, bet arī galvaspilsētā darbojošos privāto izglītības iestāžu darbinieku profesionālo kompetenču pilnveidi, organizē un nodrošina supervīzijas jeb atbalsta grupas izglītības iestāžu darbinieku komandām, koordinē un organizē izglītības pasākumus, atbalsta ārpusstundu pasākumus, kā arī veic analītiski pētniecisko darbu.

3. Sadarbība veselības aprūpes jomā

3.1. Dzīvesveida paradumu ietekme

Galvenie ietekmējamie veselības riska faktori, kas Eiropā un Latvijā rada ievērojamas veselības aprūpes un sociālās izmaksas, ir smēķēšana, pārmērīga alkohola lietošana, nepietiekama fiziskā aktivitāte, liekā ķermeņa masa un nepilnvērtīgs uzturs.^{44 4546}

Arī ziņojuma izstrādes gaitā vecāku nevalstiskās organizācijas un ārsti vērsuši uzmanību apstākļiem, kas sekmē psihisko traucējumu veidošanos bērniem, un ir saistīti vai nu ar mātes psiholoģisko labsajūtu un dzīvesveida paradumiem grūtniecības periodā, vai arī ar komplikētām, jaundzimušos traumējošām dzemdībām, kā rezultātā bērnam izveidojušies organiski galvas smadzeņu bojājumi. Neskatoties uz to, ka izglītības iestādēs un medijos periodiski tiek aktualizēts jautājums par dzīvesveida paradumu ietekmi uz veselību, eksperti uzskata, ka joprojām lielai daļai grūtnieču un jauniešu, kā arī sabiedrībai kopumā nav izpratnes par veselīgu dzīvesveidu un kaitīgo ieradumu ietekmi uz augļa attīstību.

Tāpat norādīts, ka grūtnieces ne vienmēr ir informētas par riskiem, ko rada medikamentu lietošana grūtniecības laikā, kā arī par ķeizargrieziena un dzemdību laikā pieejamo manipulāciju iespējamo ietekmi. Jāatzīmē gan, ka sabiedrības un mērķa grupu informēšanas un izglītošanas aktivitātes plānotas Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020. gadam⁴⁷ un Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāna 2018.–2020. gadam⁴⁸ ietvaros, piesaistot Eiropas Savienības fondu finansējumu, taču pasākumi, kas vērsti uz grūtnieču ar depresijas risku vai citu psihisku saslimšanu, t.sk. kaitīgi pārmērīgu psihoaktīvo

⁴⁴ SPKC, Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2016

⁴⁵ Murray, C.J.L et als. (2016) *The Global Burden of Disease Study*. Institute for Health Metrics and Evaluation

⁴⁶ Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2014.-2020.gadam

⁴⁷ <https://likumi.lv/doc.php?id=269591>

⁴⁸ <https://likumi.lv/ta/id/299503-par-mates-un-berna-veselibas-uzlabosanas-planu-2018-2020-gadam>

vielu lietošanu atpazīšanu un palīdzības sniegšanu dzemdību periodā, attīstības plānošanas dokumentos nav paredzēti.

PVO norāda, ka bērni, kuru vecākiem ir psihiskas saslimšanas vai kuriem raksturīga kaitīgi pārmērīga psihoaktīvo vielu lietošana, veido daļu no psihiskām problēmām visvairāk pakļautās nepilngadīgo riska grupas. Depresīvu vecāku bērniem ir aptuveni 50% risks depresīvu traucējumu attīstībai līdz 20 gadu vecumam.

Līdz ar to sadarbībā ar psihiatru, ginekologu un ģimenes ārstu profesionālām organizācijām izstrādājami klīniskie algoritmi un klīniskie ceļi grūtnieču ar depresijas risku vai citu psihisko traucējumu atpazīšanai un palīdzības nodrošināšanai dzemdību un pēcdzemdību periodā.

Biežākās situācijas, kad pašvaldību sadarbības grupas, bērnu tiesību aizsardzības speciālists vai izglītības iestāde iesaistījušies pusaudžiem piemērotu veselības aprūpes pakalpojumu meklēšanā, saistītas ar atkarību izraisošo vielu lietošanu un datoratkarības nostiprināšanos, ko pavada smagi uzvedības traucējumi. Kā norāda speciālisti, neskatoties uz to, ka izglītības iestādēs novēro datoratkarības veidošanās riskus arvien jaunākiem bērniem, šobrīd nav skaidrs datoratkarības diagnosticēšanas un ārstēšanas/rehabilitācijas klīniskais ceļš.

Narkoloģiskā aprūpe pēdējā gada laikā pārtraukta bērnu psihoneiroloģiskā slimnīcā "Ainaži"⁴⁹, pusaudžu rehabilitācijas centrā "Saulrīti", kā arī nodibinājuma "Solis" rehabilitācijas centrā Piebalgā⁵⁰, līdz ar to pārmērīgas alkohola lietošanas gadījumā pusaudžiem pieejama tikai narkoloģiskā veselības aprūpe slimnīcā "Ģintermuiža", kur tiek nodrošināta pusaudžu narkoloģiskās motivācijas programma bērniem no 12 līdz 18 gadu vecumam⁵¹ un obligātā narkoloģiskā palīdzība bērniem saskaņā ar bāriņtiesas lēmumu⁵², kā arī Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrā⁵³. Vienlaikus gan speciālisti norāda, ka līdz šim atsevišķos gadījumos bijis sarežģīti nodrošināt narkoloģisko/psihiatrisko ārstēšanu nepilngadīgajiem, jo atbilstoši normatīvam regulējumam⁵⁴ tam ir nepieciešama gan vecāku, gan bērna piekrišana, taču nepilngadīgie ne vienmēr savu piekrišanu devuši. Izņēmuma situācijā, ja bērnam ir smaga psihoaktīvo vielu intoksikācija un ir apdraudēta viņa dzīvība vai sākušies psihiskie traucējumi, kuru dēļ radies apdraudējums pašam bērnam vai apkārtējiem, piespiedu narkoloģiskā/psihiatriskā ārstēšana iespējama bez bērna piekrišanas. Jānorāda, ka MK noteikumi un Pacientu tiesību likums paredz atšķirīgu interpretāciju, kā un kādos gadījumos nodrošināma narkoloģiskā ārstēšana bez bērna piekrišanas. Atbilstoši Pacientu tiesību likumam līdz 14 gadu veca bērna ārstniecībai nepieciešama tikai bērna likumiskā pārstāvja piekrišana, bet pēc 14 gadu vecuma ārstēšana bez paša nepilngadīgā piekrišanas iespējama, ja ārsts uzskata, ka ārstniecība ir pacienta interesēs un piekrišanu tai

⁴⁹ Narkoloģiskā ārstēšana nav bijusi iekļauta valsts pasūtījumā bērnu psihoneiroloģiskai slimnīcai "Ainaži". Bērni ar vielu atkarībām slimnīcā tika uzņemti, bet ārstēšana netika nodrošināta.

⁵⁰ Rehabilitācijas centrā "Solis Piebalgā" rehabilitācija faktiski nav notikusi speciālistu trūkuma dēļ.

⁵¹ Vienlaikus iespējams nodrošināt pakalpojumu 13 pusaudžiem (13 gultasvietas), bet valsts finansējums par 5 gultas vietām, kvotas gadā – 43 bērni. Uzturēšanās motivācijas programmā ilgst 12 – 30 dienas, uzturēšanās ilgumu nosaka ārsts narkologs.

⁵² Gadā paredzēts pakalpojums 8 pusaudžiem.

⁵³ Pieejama ambulatora programma dzīves prasmju uzlabošanai, 5-6 bērnu grupai reizi nedēļā nodrošinot 16 nodarbību ciklu.

⁵⁴ MK 16.12.2003. noteikumi Nr. 726 "Kārtība, kādā veicama obligātā ārstēšana bērniem, kuriem radušies psihiski vai uzvedības traucējumi alkoholisko dzērienu, narkotisko, psihotropo vai citu apreibinošu vielu lietošanas dēļ, un kārtība, kādā sociālās korekcijas izglītības iestādēs bērniem nodrošināma obligātā ārstēšana no alkohola, narkotisko un psihotropo vielu atkarības"

dod bērna likumiskais pārstāvis. Lai nodrošinātu, ka tiek ievērots Pacientu tiesību likumā noteiktais, nepieciešams precizēt Ministru kabineta 2003.gada 16.decembra noteikumu Nr. 726 "Kārtība, kādā veicama obligātā ārstēšana bērniem, kuriem radušies psihiski vai uzvedības traucējumi alkoholisko dzērienu, narkotisko, psihotropo vai citu apreibinošu vielu lietošanas dēļ, un kārtība, kādā sociālās korekcijas izglītības iestādēs bērniem nodrošināma obligātā ārstēšana no alkohola, narkotisko un psihotropo vielu atkarības".

Vēl viens būtisks psihiskās veselības riska faktors ir vardarbība. Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.-2020. gadam minēts, ka „PVO ir atzinusi, ka vardarbība pret sievietēm un bērniem, kuras izplatītākās formas ir partnera vardarbība, fiziskā, seksuālā, psiholoģiskā vardarbība un pamešana novārtā, ir būtisks sabiedrības veselības un cilvēktiesību jautājums. Daudzi PVO veiktie pētījumi parāda vardarbības izplatību pasaulē un tās kaitīgo ietekmi uz veselību gan īstermiņā, gan ilgtermiņā. Stratēģijā „Veselība 2020” vardarbība ir minēta kā viena no veselības determinantēm, kas ietekmē veselību un veicina nevienlīdzību veselības jomā. Veselības sektora loma vardarbības mazināšanā ir agrīna vardarbības gadījumu konstatēšana, savlaicīga un kvalitatīva veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana un atbalsta sniegšana, kā arī vardarbības datu analīze, lai apzinātu vardarbības radītās sekas uz veselību. Lai veselības aprūpes speciālisti varētu efektīvāk veikt minētos pasākumus, ir nepieciešama ārstniecības personu apmācība par vardarbības gadījumu pazīmēm, atbalsta sniegšanas iespējām vardarbības upuriem, sadarbību ar citiem sektoriem.”

ESF projekta "Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi" 9.2.4.1. pasākuma ietvaros ir paredzēti pasākumi psihiskās veselības jomā, t.sk. tādi, kas attiecās uz bērniem un paredz bērnu psihiskās veselības tematikas aktualizāciju sabiedrībā, jauniešu izglītošanu.

Grūtnieču, topošo vecāku izglītošana, veidojot izpratni par veselīgu dzīvesveidu un kaitīgo dzīvesveida ieradumu ietekmi uz augļa attīstību, paredzēta VM izstrādātajā "Mātes un bērna veselības uzlabošanas plānā 2018.-2020. gadam"⁵⁵. Minētā plāna ietvaros pārskatāmas un aktualizējamas klīniskās vadlīnijas bērnu agrīnai funkcionēšanas novērtēšanai, t.sk. papildinot ar turpmākās rīcības algoritmu ģimenes ārstiem gadījumos, ja bērnam tiek konstatēti psihomotori vai psihosociāli attīstības traucējumi, attiecīgi pilnveidojot normatīvo regulējumu.

Ar ESF projekta 9.2.4.1. "Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi", ko plānots īstenot līdz 2022. gadam, ietvaros ir paredzēts izstrādāt un ieviest Psihiskās veselības veicināšanas programmu grūtniecēm un jaunajiem vecākiem, bērniem un pusaudžiem, kā arī senioriem, veidojot nodarbības par šīm mērķa grupām aktuālām tēmām, piemēram, izdegšana un stress mācību procesā, depresijas un pēcdzemdību depresijas simptomu atpazīšana u.c. Iepriekšminētās programmas ietvaros paredzēts realizēt sabiedrības informēšanas kampaņu par seksuālo un reproduktīvo veselību, un tās ietvaros informēt par fizioloģisko dzemdību nozīmi, izglītojot sabiedrību.

Plānots nodrošināt grūtnieču ar depresijas risku atpazīšanu un psiholoģiskās palīdzības nodrošināšanu dzemdību un pēcdzemdību periodā, tostarp, īstenojot ESF projekta 9.2.6.⁵⁶ ietvaros apstiprināto Cilvēkresursu apmācības plānu, kurā ir ietvertas tādas tēmas, kā "Grūtniecības vadīšana sistemātisku patoloģiju gadījumā", "Augsta riska grūtniecības

⁵⁵ MK 06.06.2018 rīkojums Nr.259 "Par Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2018.-2020.gadam".

⁵⁶ MK 2016. gada noteikumi Nr.718 "Darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.6. specifiskā atbalsta mērķa "Uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikāciju" īstenošanas noteikumi"

vadīšana ne infekcijas slimību gadījumā, kā arī īstenojot ESF projekta 9.2.3. ietvaros atbalstītu projektu Nr.9.2.3.0/15/I/001 “Klīnisko vadlīniju identificēšana un tām atbilstošo klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un indikatoru izstrāde prioritārajās veselības jomās”, t.sk., psihiatrijas jomā.

3.2. Ģimenes ārstu komandas lomas stiprināšana

Ģimenes ārsts un viņa prakses komanda ir mediķi, kas novērtē jebkura praksē reģistrētā jaundzimušā veselības stāvokli, saskaras ar bērna māti (vai vecākiem) un spēj novērtēt vecāku psiholoģisko stāvokli pēc bērna ienākšanas ģimenē, kā arī, apmeklējot jaundzimušo tā dzīvesvietā, spēj novērtēt mājvietas piemērotību un ģimenes sociālos apstākļus kopumā, kas nereti ir būtiski ne vien jaundzimušā veselībai, bet arī tā dzīvībai. Atbilstoši NVD datiem 2017. gadā patronāža dzīvesvietā tika nodrošināta 13 984 jaundzimušajiem, kas ir aptuveni 68% no kopējā šajā gadā dzimušo bērnu skaita. 2015.gadā notikusajā Mātes un bērna veselības konsultatīvās padomes sēdē par jaundzimušo patronāžām, tika konstatēti vairāki kavējošie faktori, kas ietekmē patronāžas aptveri, tai skaitā: nesakārtots normatīvais regulējums, neskaidras prasības patronāžas vizītēm, kā arī kontroles trūkums – ārsti var neveikt patronāžu, neievērot normatīvajos aktos noteikto, bez jebkādam sekām šādai rīcībai⁵⁷.

Iemesls, cita starpā tam ir arī patronāžas tarifa izcenojums, kas nesedz pat radušos izdevumus (transporta izdevumi, ceļā pavadītais laiks, darba samaksa, nodokļi) un atbilstoši normatīvam regulējumam⁵⁸ šobrīd tas ir 5,73 euro. Neveicot patronāžu, netiek vērtēta dzīvesvietas vides un sadzīves apstākļu piemērotība bērna ienākšanai ģimenē, kā rezultātā sociālais dienests savlaicīgi nesaņem informāciju par riska ģimenēm, kurās nepieciešama pastiprināta uzraudzība un darbs, pilnveidojot vecāku prasmes. Nepastāvot saziņai starp ģimenes ārsta prakses komandu un sociālo dienestu, sociālais dienests preventīva rakstura ģimeņu uzraudzību nevar veikt.

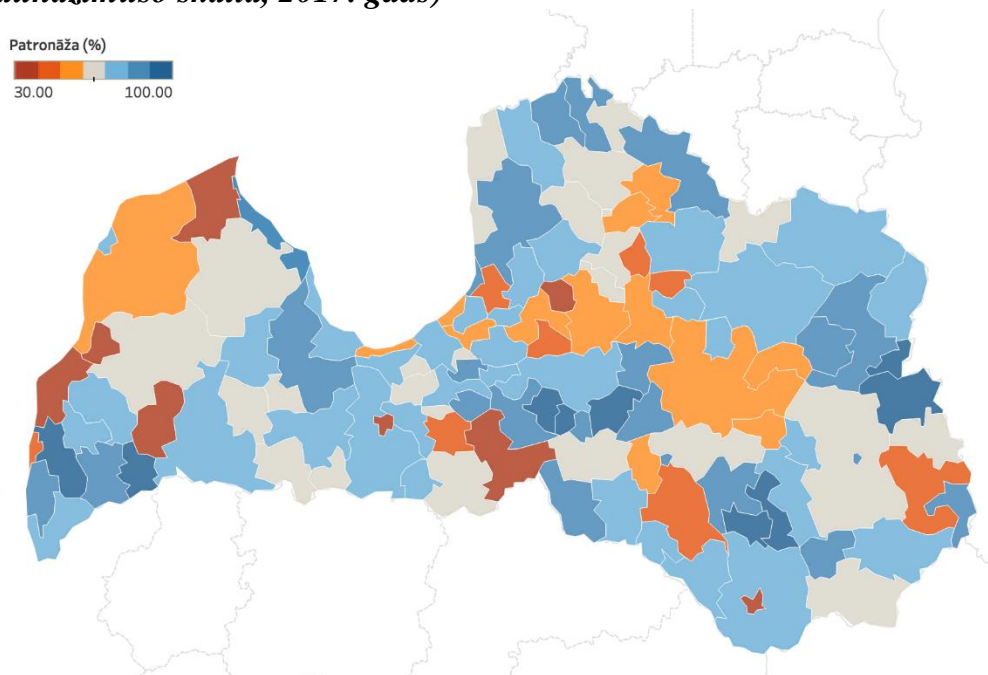
Bērnām attīstoties, svarīgi ir savlaicīgi veikt diagnostiku un identificēt riskus psihisko traucējumu izveidei, kuru pamatā ir sociālās vides faktori vai funkcionālie traucējumi. Kā norāda klīniskie psihologi un psihiatri, šobrīd visai nesistemātiski ģimenes ārstu praksēs tiek atpazīti psihisko traucējumu rašanās riski, kā arī netiek nodrošināts tālāks preventīvs darbs ar bērniem agrīnā vecumā, kaut arī tas ir iespējams, piemēram, uzlabojot vecāku bērna savstarpējo mijiedarbību. Lai gan ģimenes ārstiem ir pienākums novērtēt bērna vecumā no 1 nedēļas līdz 5 gadiem fizisko un garīgo attīstību,⁵⁹ tomēr ārsti ne vienmēr aizpilda normatīvos iekļauto novērtējuma veidlapu. Turklāt jaundzimušo profilaktiskajās pārbaudēs netiek vērtēts vecāku psiholoģiskais stāvoklis pēc bērna piedzimšanas, to gatavība bērna ienākšanai ģimenē, kā arī vecāku spēja pienācīgi aprūpēt jaundzimušo, kas viennozīmīgi ietekmē arī jaundzimušā psihisko veselību. Savukārt, kā norāda LLĢA, padziļinātās profilakses veikšana ir brīvprātīga un joprojām šis padziļinātais darbs netiek novērtēts un atbilstoši apmaksāts.

⁵⁷http://www.vm.gov.lv/lv/ministrija/konsultativas_padomes/mates_un_berna_veselibas_konsultati_va_padome

⁵⁸ MK 28.08.2018. noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”

⁵⁹ MK 04.04.2006. noteikumi Nr. 265 „Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība” (93.pielikums)

3. attēls. Patronāžas, ko ģimenes ārsts veic jaundzimušā dzīvesvietā, aptvere (% no jaundzimušo skaita, 2017. gads)



Avots: NVD dati

Atbilstoši normatīvam regulējumam profilaktiskās apskates bērniem no divu līdz sešu gadu vecumam ģimenes ārsta prakses vietā paredzētas reizi gadā. Apskates, kuru ietvaros būtu iespējams savlaicīgi diagnosticēt uzvedības, attīstības vai psihiskās veselības traucējumus, šobrīd netiek pienācīgi veiktas, jo saskaņā ar normatīvo regulējumu⁶⁰ bērna agrīnā novērtēšana ir pārāk komplicēta. Izpalielot agrīnai psihiskās attīstības novērtēšanai, valstī pietiekami plaši un par pieejamu cenu netiek nodrošinātas arī intervences pirmsskolas vecuma bērniem ar PAUA (logopēds, psihologs, speciālais pedagogs), tāpat pietrūkst fizioterapijas, rehabilitācijas iespēju.

Šobrīd nepastāv arī kontroles mehānisms, kas uzskaitītu bērnus ģimenēs, kuras savus pirmsskolas vecuma bērnus pie ārsta nav vedušas ilgstošu laika periodu. Vienlaikus vienotā veselības informācijas sistēmā uzkrātie dati dod iespēju identificēt šos bērnus, ļaujot veidot integrētu sistēmu kontroles nodrošināšanai. Organizējot proaktīvu monitoringu/kontroli to ģimeņu, kuras nav vedušas bērnus pie ģimenes ārsta, apsekošana iespējama, iesaistot sociālo dienestu situācijas noskaidrošanā.

⁶⁰ MK 04.04.2006. noteikumi Nr. 265 „Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība” (93.pielikums)

Intervences, kas paredz medicīnas māsu organizētas jaundzimušo patronāžas vizītes dzīvesvietā un kas fokusējas uz mātes atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumu mazināšanu, sociālā atbalsta, vecāku prasmju un vecāku un bērna savstarpējās mijiedarbības uzlabošanu, ir uzrādījušas veselības, sociālos un ekonomiskos ieguvumus vidējā termiņā un ilgtermiņā⁶¹. Intervencu rezultātā uzlabojas gan mātes, gan jaundzimušā psihiskā veselība, samazinās veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas biežums, kā arī ilgtermiņā samazinās problemātiska uzvedība.

Labās prakses piemērs:

Grūtnieču un jaundzimušo patronāžas programma

Par vienu no visefektīvākajām agrīnām psihiskās veselības intervencēm pasaulē tiek uzskatīta grūtnieču un jaundzimušo patronāžas programma (angļu val. – *The Prenatal and Infancy Home Visiting Programme*). Programma paredz speciāli apmācītu medicīnas māsu iesaisti, kas divu gadu garumā mājās apmeklē nepilngadīgās grūtnieces no nabadzīgām ģimenēm. Uzsākot savlaicīgu intervenci un nodrošinot atbalstu topošajai mātei, būtiski samazinās risks jaundzimušajam piedzimt ar nepietiekamu svaru, par 75% samazinās priekšlaicīgu dzemdību risks, divkārt samazinās neatliekamās palīdzības izsaukumu skaits un būtiski samazinās vardarbības risks pret bērnu.

Turpmāko četru gadu laikā vērojama retāka sodu izmantošana bērna audzināšanā, mātes nodarbinātība pieaug par 82%, kā arī bērni uzrāda augstāku intelektuālās attīstības koeficientu. Pēc 15 gadiem ģimenēs, kurās savulaik organizēta intervence, retāk vērojama bērna antisociāla uzvedība, kā arī retāki ir ziņojumi par bērnu nepienācīgu aprūpi. (*Olds, 1997, 2002*)

3.3. Psihiatra komandas stiprināšana

Saskaņā ar normatīvo regulējumu⁶² no valsts budžeta neapmaksā psihoterapeitisko un psiholoģisko palīdzību, izņemot, ja palīdzību sniedz psihiatriskā profila stacionārajās ārstniecības iestādēs, ja to sniedz multiprofesionāla komanda rehabilitācijas programmas ietvaros vai ja tā nepieciešama, nodrošinot bērniem ambulatoro psihiatrisko palīdzību vai paliatīvo veselības aprūpi. Līdz ar to nemedikamentoza terapija ambulatorajā veselības aprūpes sistēmā, izņemot dienas stacionārus un psihologa kabinetu bērniem VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” un VSIA “Piejūras slimnīca”, netiek nodrošināta, neskatoties uz to, ka psihologs atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas vadlīnijām ir viens no speciālistiem psihiatra komandā, līdzīgi kā mūzikas, mākslas terapeits, funkcionālais speciālists, sociālais darbinieks, garīgās veselības aprūpes māsa. Normatīvajā regulējumā nav skaidra arī klīniskā un veselības psihologa (turpmāk – psihologs) vieta un loma veselības aprūpes sistēmā: psihologs nav ne ārstniecības, ne ārstniecības atbalsta persona.

Atsevišķās pašvaldībās sociālais dienests ir uzņēmis lomu organizēt speciālistu darbu psihiatra atbalstam, taču tā nav vispārēja prakse Latvijā, līdz ar to lielā daļā novadu nemedikamentozā terapija personām ar psihiskiem traucējumiem, t.sk. bērniem ir pieejama tikai par maksu, izmaksas ir vidēji 40-50 euro par vizīti, bet kopējās terapijas izmaksas – vismaz 400 – 500 euro.

Vienlaikus speciālistu vidū dominē priekšstats, ka psihiskie un uzvedības traucējumi, neatkarīgi no to rašanās cēloņiem, ir ārstējami medikamentozī, un nereti uzvedības

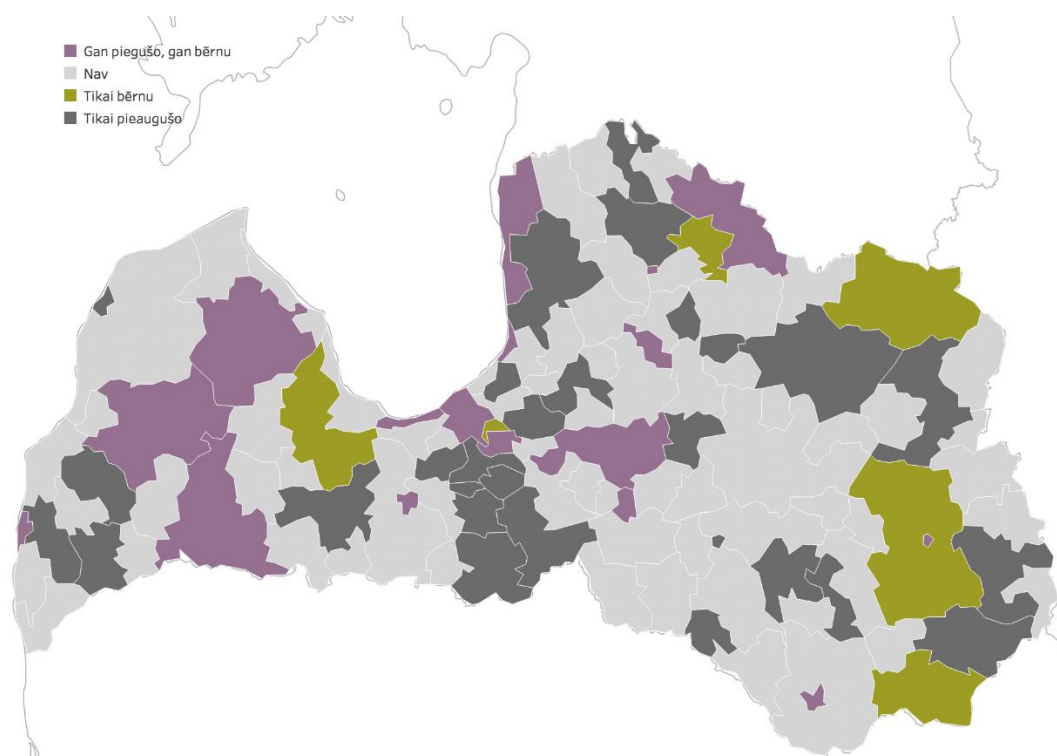
⁶¹ Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options, WHO, Geneva 2004

⁶² MK 17.12.2013. noteikumi Nr. 1529 “Veselības aprūpes un finansēšanas kārtība” (spēkā līdz 01.09.2018.) un MK 28.08.2018. noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”

traucējumi, kuru pamatā ir sociālās vides faktori, netiek kritiski vērtēti, bet virzīti risināšanai veselības aprūpes sistēmā.

Tajā pašā laikā pie bērnu specialitāšu ārstiem (psihiatra, neirologa) ir rindas. Ne visos novados arī ir pieejams bērnu psihiatrs un neirologs. Saskaņā ar Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra datiem uz 2018. gada 1. janvāri pamatdarbā Latvijā bija nodarbināti 13 bērnu psihiatri, no tiem 11 speciālisti strādāja Rīgā, viens bērnu psihiatrs Latgales reģionā un viens – Zemgales reģionā. Savukārt blakusdarbā kopumā bija nodarbināti 49 bērnu psihiatri, no tiem lielākā daļa (30) Rīgā un 3-6 speciālisti katrā no reģioniem.

4. attēls. Bērnu psihiatru un psihiatru pieejamība pašvaldībās Latvijā



Avots: VI dati

Speciālistu trūkums lielā mērā saistīts ar studiju ilgumu bērnu psihiatra specialitātes iegūšanai, kā arī šo speciālistu atalgojumu salīdzinājumā ar citu specialitāšu ārstiem. Lai gan normatīvajos aktos visu specialitāšu ārstiem vidējā darba samaksa tiek noteikta vienāda, atbilstoši VID apkopotajiem statistikas datiem par 2018. gada februāri bērnu psihiatra vidējā vienas stundas tarifa likme bija 11,21 euro, bet psihiatram – 10,87 euro. Salīdzinājumam: asinsvadu ķirurga vienas stundas tarifa likme attiecīgajā laika periodā bija 26,76 euro, oftalmologam – 20,38 euro, ginekologam – 14,84 euro, bet visu specialitāšu ārstu vidējā vienas stundas tarifa likme aprēķināta 12,61 euro. Jānorāda gan, ka visi veselības aprūpes pakalpojumu tarifi, kuros ir darba samaksas elements (D), no 2018. gada 1. janvāra ir palielināti.

Tāpat psihiatra komandas darbu ietekmē garīgās veselības aprūpes māsu iztrūkums, kas kavē starpinstitūciju sadarbības veidošanu. Veselības ministrija ir uzsākusi darbu pie politikas plānošanas dokumenta (konceptuālā ziņojuma) izstrādes par medicīnas māsas

profesijas turpmāko attīstību, kurā tiks ietverti priekšlikumi jaunai pieejai māsas (vispārējās aprūpes māsa) specializācijas attīstībai, kas paredz atteikšanos no sertifikācijas procesa, specializāciju iegūstot vai nu pēdējā studiju gadā, vai arī profesionālās pilnveides programmās pēc studijām. Ir plānots noteikt māsas (vispārējās aprūpes māsa) profesionālās kompetences programmu šādās specializācijas: māsas kompetence bērnu aprūpes jomā, māsas kompetence perioperatīvās aprūpes jomā, māsas kompetence garīgās veselības aprūpes jomā, māsas kompetence anestēzijas, intensīvās terapijas un neatliekamās aprūpes jomā. Rezultātā tiktu vienkāršoti procesi, kas regulē māsu darbību darba tirgū (attiecināms gan uz izglītības, gan uz specialitātes iegūšanu/uzturēšanu) un veselības aprūpes sistēmā saglabātu esošās māsas un piesaistītu jaunas māsas.

Šobrīd speciālistu un ārstēšanas/rehabilitācijas ceļa kartes nepieejamība padara vecākus par situācijas ķīlniekiem, kas izsmelīgi atspoguļots zemāk.

4. Sadarbība sociālajā jomā

4.1. Atbalsts vecākiem

Visiem vecākiem, pat ja vecāki apzinās un adekvāti novērtē sava bērna veselības stāvokli, ir nepieciešama palīdzība un atbalsts, skaidrojošs un izglītojošs darbs, kas motivē vecākus gādāt par bērna psihisko veselību, uzlabo vecāku un bērnu savstarpējo mijiedarbību un sniedz praktiskas iemaņas bērna aprūpē, kā arī jāaktualizē vecāku loma un atbildība bērnu audzināšanā.

Tomēr ne visās pašvaldībās tiek sniegts šāds atbalsts vai organizētas atbalsta grupas ģimenēm, kurās aug bērni ar PAUA. No vienas puses, sociālajam dienestam ne vienmēr ir pieejama informācija par šādām ģimenēm, līdz ar to proaktīvs profilaktiskais darbs ar ģimeni nenotiek, no otras puses – sociālie dienesti reaģē tikai krīzes situācijās. Šeit jāatzīmē, ka ne visas ģimenes vērsas sociālajā dienestā pēc palīdzības, daļēji tāpēc, ka sociālie dienesti netiek uztverti kā sadarbības partneris un tam ir ierobežotas iespējas atbalstīt ģimeni.

Profesionāla un efektīva sociālā darba ar ģimenēm un bērniem galvenie priekšnoteikumi ir sociālo darbinieku kvalifikācija un zināšanas, kā arī attiecīgo darbinieku skaita pietiekamība. Pašlaik pašvaldībās ir vērojams nepietiekams profesionālu sociālo darbinieku skaits un īpaši to sociālo darbinieku, kas ieguvuši nepieciešamās zināšanas darbam ar ģimenēm un bērniem, kas būtiski ietekmē sociālās atstumtības riskam pakļauto iedzīvotāju nodrošinātā sociāla atbalsta kvalitāti un efektivitāti. 2016. gadā pašvaldību dienestos strādāja 1 138 sociālie darbinieki, t.sk. 395 profesionāli darbam ar ģimenēm un bērniem. 2018. gadā prognozējamais sociālo darbinieku, kas strādā ar ģimenēm ar bērniem, skaits varētu būt 468 personas.

Tāpat ne vienmēr sociāliem darbiniekiem ir pietiekamas zināšanas smagu un sarežģītu gadījumu vadībā, īpaši tad, ja sociālā dienesta klients ir persona ar psihiskās veselības problēmām. Arī atbalsta sniegšanas apmērs, t.sk. sociālo pakalpojumu klāsts bērniem ar PAUA starp pašvaldībām ir atšķirīgs. Sociālie dienesti darbā ar bērniem bieži piesaista psihologu, tomēr saskaņā ar Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumu psihologa konsultācijas nav sociālais pakalpojums, kas būtu sociālajiem dienestiem jānodrošina, līdz ar to tā ir sociālā dienesta brīva iniciatīva, palīdzot apmaksāt psihologa pakalpojumus bērniem.

Vienlaikus arī LM īsteno ESF projektu “Profesionāla sociālā darba attīstība pašvaldībās”, kura ietvaros tiek izstrādātas metodikas darbam ar dažādām sociālo darbinieku klientu mērķa grupām, uzsākts darbs pie “Metodika sociālajam darbam ar personām ar garīga rakstura traucējumiem”, “Metodika sociālajam darbam ar vardarbībā cietušām personām un vardarbību veikušām personām (varmākām)”, un “Metodika sociālajam darbam ar ģimenēm ar bērniem”, kā arī “Metodika sociālajam darbam ar atkarīgām personām”.

Sociālā atbalsta struktūrām var būt būtiska loma to riska faktoru ietekmes mazināšanā, kur psihisko un uzvedības traucējumu veidošanos bērnam provocē ģimenes vide un vecāki. Tāpēc, lai nodrošinātu mērķtiecīgu darbu ar ģimenēm, kurās bērni visvairāk pakļauti psihisko un uzvedības traucējumu veidošanās riskam, svarīgi ir identificēt galvenās problēmas ģimenē, kas ir par pamatu traucējumu izveidei bērnam.

Lai nodrošinātu sociālo darbinieku profesionālās kompetences pilnveidi, LM ESF projekta (SAM 9.2.1.) “Profesionāla sociālā darba attīstība pašvaldībās” ietvaros izstrādātas metodikas darbam ar dažādām sociālo darbinieku klientu mērķa grupām.

Nereti uzvedības un psihisko traucējumu veidošanos bērnam provocē vecāku nepārdomāta rīcība vai aizņemtība, tai skaitā vecāku savstarpēji vardarbīgas attiecības, tāpat bērnu radināšana izmantot informācijas tehnoloģijas jau no agrīna vecuma, kā rezultātā veidojas datoratkarība, mācīšanās, attīstības un uzvedības traucējumi tuvākajā nākotnē. Kopumā šai problemātikai sabiedrībā tiek pievērsta pārāk maza uzmanība, vecāki un eksperti nediskutē par to, kā moderno tehnoloģiju un to pārmērīga lietošana ietekmē bērna galvas smadzeņu attīstību⁶³ un citiem riskiem - mazkustību, emocionālo vardarbību sociālajos tīklos, seksuālas ekspluatācijas riskiem un pieeju vecumam nepiemērotai informācijai.

Mazinoties dzimumu lomu atšķirībām, pieaug sieviešu skaits, kas alkoholu lieto pārmērīgi.^{64 65 66 67} Ja 2008. gadā pārmērīga alkohola lietošana bija raksturīga 18% sieviešu⁶⁸, tad 2015. gadā riskanti alkohola lietošanas paradumi tika uzrādīti 28,4% darbspējas vecuma sieviešu⁶⁹. Eksperti pašvaldībās to uzskata par satraucošu tendenci, jo mātes devianta uzvedība ietekmē bērna attīstību, uzvedību un paradumus.^{70 71} Reģionos tiek

63 Manfred Spitzer. *Digitale Demenz. Wie wir uns und unsere Kinder um den Verstand bringen.* Droemer Verlag, Munich 2012

64 Slade, T, Chapman, C, Swift, W, et al (2016) *Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and meta-regression.* BMJ Open 6:e011827. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011827

65 Obot, I.S., Room, R. (2005) *Alcohol, Gender and Drinking Problems. Perspectives from Low and Middle Income Countries.* World Health Organization. Geneva 227 p.

66 Emslie, C., Lewars, H., Batty, G.D., Hunt, K. (2009) *Are there gender differences in levels of heavy, binge and problem drinking? Evidence from three generations in the west of Scotland.* Journal of Public Health. Vol123, Issue 1, p.12-14

67 Wilsnack, R., Wilsnack, S.C., Gmel, G., Kantor L. *Gender Differences in Binge Drinking.* Alcohol Research: Current Reviews. Vol. 39, No.1

68 https://www.spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Atkaribu%20slimibu%20petijumi/atkaribu_izraisoso_vielu_lietosana_iedzivotaju_vidu_2008.pdf

69 https://www.spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Atkaribu%20slimibu%20petijumi/Diana/atkaribu_izraisosu_vielu_lietosana.pdf

70 Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options, WHO, Geneva 2004

71 Koroļeva, I. et als. (2007) *Riska un aizsargājošo faktoru ietekme uz atkarību izraisīto vielu lietošanu.* Rīgas Atkarību profilakses centrs, 113 lpp.

norādīts, ka alkohols ģimenēs nereti tiek lietots kopā ar nepilngadīgiem bērniem, mātes dzīvesveida paradumu dēļ vājinās bērna piesaiste mātei, kā rezultātā attīstās uzvedības problēmas. Tāpat tiek norādīts, ka bērnu uzvedības traucējumu iemesls bieži ir mātes depresija vai citas psihiskas slimības, kas, līdzīgi kā pārmērīga alkohola lietošana, liedz veidot veselīgas attiecības ar bērnu un nostiprināt piesaisti. Šādos gadījumos, palīdzot mātei pārvarēt depresiju vai atkarību, arī bērna uzvedība būtiski uzlabojas.

Uzvedības problēmas biežāk raksturīgas tiem bērniem, kuriem vecāki devušies strādāt uz ārzemēm, atstājot bērnu vecvecāku aprūpē, kā arī tiem, kurus vecāki atstājuši novārtā. Tomēr atstāšana novārtā ir vērojama visdažādākās ģimenēs neatkarīgi no ģimenes sociālā statusa.

Jāatzīmē, ka vecāki ne vienmēr apzinās un adekvāti novērtē bērna veselības stāvokli, ne vienmēr uzticas speciālistiem, pat pretēji – informācija par bērna veselības stāvokli (t.i., psihiskiem traucējumiem) bieži tiek apzināti slēpta jeb ignorēta, piemēram, situācijā, ja PMK atzinumā ietvertās rekomendācijas nesaskan ar vecāku pārlicību.

4.2. Asistenta pakalpojumi

Šobrīd arvien biežāk bērnu un ģimenes atbalstam tiek izmantoti dažādi atbalsta personu pakalpojumi. Viens no pieprasītākajiem un efektīvākajiem ir izglītības asistents. Izglītības asistenta loma izglītības procesā ir atvieglot skolēna ar speciālām vajadzībām dalību izglītībā, turklāt pētījumi rāda, ka skolēniem, kam bijuši pieejami asistenti, ir vieglāk iekļauties skolas vidē, nekā tiem, kuriem šāds atbalsts nav bijis. Asistenta iesaiste mācību procesā var būt ļoti dažāda – tas var būt līdzās bērnam lielāko daļu laika vai būt blakus tikai starpbrīžos, palīdzot sagatavoties nākamajai nodarbībai, vai piedalīties atsevišķās nodarbībās, kas skolēnam sagādā īpašas grūtības. Ideālā gadījumā to izvērtē vecāki kopā ar pedagogu (pedagogiem) un psihologu vai speciālo pedagogu⁷². Tomēr kā liecina Lielbritānijā veiktie pētījumi⁷³, būtiski ir definēt un skaidri nospraust iesaistītā atbalsta personāla darbības robežas, pretējā gadījumā pārāk aktīva un neprecīza atbalsta nodrošināšana var bremsēt bērna attīstības gaitu.

Tomēr šobrīd bērniem ar smagiem uzvedības traucējumiem, kam netiek noteikta un arī nebūtu jānosaka invaliditāte, asistents izglītības iestādē netiek nodrošināts, kaut gan šādu bērnu uzvedība var radīt apdraudējumu gan pašam, gan arī citiem. Ņemot vērā bērnu ar PAUA problemātiku, jārisina jautājums par asistentu “atsaisti” no invaliditātes statusa, tādejādi nodrošinot asistentu arī tiem bērniem, kuriem nav noteikta invaliditāte (piemēram, autisma un uzvedības traucējumu gadījumā).

Paralēli izglītības iestādēs tiek paredzēti pedagogu palīgi, kuru uzdevums ir atbalstīt skolotājus mācību procesā. Arī skolotāju palīgi savā ikdienas darbā ir saistīti un saskaras ar bērniem ar PAUA. Šobrīd nav vienotu principu atbalsta personu iesaistīšanai izglītības procesā, to funkcijas var pārklāties un dublēties.

Sociālo dienestu piedāvātā ģimenes asistenta pakalpojuma mērķis ir sekmēt atbalstāmās ģimenes bērnu attīstībai labvēlīgu vidi, sniedzot fizisku, emocionālu un izglītojošo atbalstu. Tomēr pakalpojuma ieviešanu apgrūtina pašu ģimeņu nevēlēšanās

⁷² Latvijas Autisma centrs. “MĀCĪBU ASISTENTI bērniem ar autiskā spektra traucējumiem, kā arī bērniem ar uzvedības traucējumiem IZGLĪTĪBAS IESTĀDĒ.” 2015

⁷³ “Making best use of Teaching Assistants” Guidance Report, Education Endowment Foundation

“ielaist” ģimenē svešu cilvēku, salīdzinoši īslaicīgais sadarbības laiks un pašvaldību ierobežotie finanšu resursi un izpratne par šāda pakalpojuma nepieciešamību.

Lai nodrošinātu apmācību programmu asistentu sagatavošanai un profesionālai pilnveidei, sniedzot atbalstu tiem bērniem, kuriem tā nepieciešama, būtu pilnveidojams normatīvais regulējums, nosakot vienotu un integrētu asistenta pakalpojumu sniegšanu bērnam, kuru piešķir un finansē ne tikai personām ar invaliditāti, bet arī pamatojoties uz pedagoģiski medicīniskās komisijas atzinumu bērniem ar smagiem uzvedības vai attīstības traucējumiem. Attiecīgi pārskatāmi Ministru kabineta 2012. gada 18. decembra noteikumos Nr. 942 “Kārtība, kādā piešķir un finansē asistenta pakalpojumu pašvaldībā” un Ministru kabineta 2012. gada 9. oktobra noteikumos Nr. 695 “Kārtība, kādā piešķir un finansē asistenta pakalpojumu izglītības iestādē” sniegtie pakalpojumi.

4.3. Likumpārkāpumu prevencija

Izvērtējot esošo situāciju gan sabiedrībā kopumā, gan Latvijas izglītības sistēmā, jau 2011. gadā Tiesībsargs savā ziņojumā ir secinājis, ka ir liels skaits sociāli atstumtu bērnu, kas veido ievērojamu riska grupu. Pētījumi rāda, ka skolās ir liels skolēnu skaits ar mācīšanās grūtībām, uzvedības un emocionāliem traucējumiem. Dažādu preventīvu programmu efektivitātes analīze norāda, ka uzvedības problēmas ir viens no riskiem, lai pusaudzis tiktu izslēgts no skolas. ESF projekta „Atbalsta programmu izstrāde un īstenošana sociālās atstumtības riskam pakļauto jauniešu atbalsta sistēmas izveidei” pētījuma „Sociālās atstumtības riskam pakļauto jauniešu sociālpsiholoģiskais portrets” ietvaros uzvedības problēmas iedalītas vairākās grupās: 1) kriminālā – delinkvence, kas izpaužas kā zagšana, vardarbība, sodāma agresija; 2) alkohola un citu vielu lietošana; 3) stundu kavēšana, skolas neapmeklēšana, mācību pamešana; 4) antisociāla, agresīva, dumpīga uzvedība, autoritāšu nerespēktēšana, necieņa pret citiem.

ANO Bērna tiesību komiteja pēdējās rekomendācijās Latvijas valstij norādījusi, ka Komiteju satrauc izglītības iestāžu neapmeklētāju skaits, kā pamatā, cita starpā, ir patvaļīga mācību stundu kavēšana, vecāku ieinteresētības trūkums un bērnu iebiedēšana skolā.

Uzvedības un emocionālie traucējumi pieder traucējumu grupai, kas prasa īpašu psiholoģisku un sociālu atbalstu. Šiem bērniem ir nepieciešami uzvedības un emocionālās sfēras, t.sk. vadības funkciju un uzmanības veicināšanas pasākumi. Ja bērns nepieciešamo atbalstu nesaņem, viņa uzvedība kļūst bīstama viņam pašam un rada citu personu, tai skaitā bērnu, tiesību aizskārumu. Grūtībās nonāk arī viņu vecāki un skolotāji, jo neveiksmes mācībās un saskarsmē ar apkārtējiem bieži noved bērnu pie motivācijas mācīties zuduma, bet skolotājs zaudē vēlmi veicināt mācīšanos. Laikus nesaņemts atbalsts no pieaugušajiem rada bērnam maldīgu pārliecību, ka viņa uzvedība ir atbalstāma, kas savukārt pakāpeniski noved pie likumpārkāpumu izdarīšanas.

Arī Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komiteja (turpmāk – EESK) norādījusi personības un uzvedības traucējumus kā vienu no cēloņiem, kuru dēļ bērni izdara likumpārkāpumus: „Personības un uzvedības traucējumi saistībā ar iepriekšējā punktā minēto faktoru (atkarību izraisošu vielu lietošana) vai neatkarīgi no tā; tie parasti darbojas kopā ar citiem sociālajiem vai vides faktoriem, liekot jauniešiem rīkoties impulsīvi vai neapdomājot savu rīcību, neatbilstoši sabiedrībā pieņemtajām uzvedības normām”.

Nemot vērā, ka uzvedības un emocionālie traucējumi, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā, ir iekļauti Starptautiskajā slimību klasifikatorā (SSK-10), kā galējais līdzeklis gadījumā, kad bērna uzvedība ir bīstama pašam vai apkārtējiem, tiek piemērota bērna ievietošana psihoneiroloģiskajā slimnīcā. Tas ir īslaicīgs risinājums, kas neatbilst bērna vislabāko interešu nodrošināšanas principam, jo medicīniska palīdzība vien nenovērš problēmu nākotnē. Pedagogi un vecāki pietiekami agri var ievērot bērna uzvedības problēmas, taču nepieciešamo atbalstu bērns visbiežāk laikus nesaņem. Vecākiem ir grūti pieņemt faktu, ka uzvedības traucējumiem varētu būt psihiskās veselības, neiroloģiski vai citi cēloņi, tostarp audzināšanā pieļautas kļūdas. Vecāki ir nedroši, pat baidās apmeklēt neirologu, psihoterapeitu vai psihiatru. Savukārt skolotāji sevi neapzinās kā bērnu tiesību aizsardzības subjektus, kuriem ir pienākums reaģēt, saskaroties ar pirmajām uzvedības, emocionālo vai mācīšanās traucējumu pazīmēm. Ikvienā gadījumā būtu nepieciešama tūlītēja speciālista konsultācija, lai konstatētu uzvedības problēmu pamatā esošos traucējumus un bērnam palīdzētu. EESK paudusi uzskatu, ka preventīvo pasākumu piemērošana šodien nozīmē ne tikai censties meklēt iespējas viņu sociālajai rehabilitācijai, bet arī novērst pieaugušo noziedzību nākotnē. Līdz ar to secināms, ka preventīvais darbs ar bērniem, kuriem ir uzvedības un emocionālie traucējumi, ir nozīmīgs visai sabiedrībai.

Šobrīd likumpārkāpumu prevencijas sistēma normatīvi nostiprināta piecos dažādos likumos, tādejādi paralēli pastāv trīs dažādas pieejas, kā valsts reaģē uz bērna veiktu likumpārkāpumu:

1. tradicionālā sodīšanas sistēma (bērns ir izdarījis likumpārkāpumu, bērns ir jāsoda atbilstoši tā raksturam – Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodekss, Krimināllikums, Kriminālprocesa likums);
2. audzināšana (ja bērns ir izdarījis likumpārkāpumu, likumpārkāpums ir jāizmeklē, bet tradicionālā soda vietā piemēro audzinoša rakstura piespiedu līdzekļus – likums "Par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem");
3. resocializācija (ja bērns ir izdarījis (vai nākotnē varētu izdarīt) likumpārkāpumu, ir jānoskaidro bērna rīcības cēloņi un jāveic attiecīgas darbības, lai "labotu" bērnu - Bērnu tiesību aizsardzības likums).

Veiktā statistikas analīze liecina, ka pastāvošā bērnu likumpārkāpumu prevencijas sistēma nedarbojas efektīvi, tā "reaģē" uz likumpārkāpumiem tikai no bērna 11 gadu vecuma (var sākt piemērot audzinoša rakstura piespiedu līdzekļus), bet šajā vecumā mazinās iespējas koriģēt bērna uzvedību - reakcijai uz antisociālu uzvedību jābūt ātrai, neatkarīgi no bērna vecuma. Turklāt pastāvošās sistēmas ietvaros netiek meklēts cēlonis, kāpēc bērns izdarījis likumpārkāpumu, kas viņu uz to pamudināja, un netiek spriests, ko darīt, lai bērns mainītu savu uzvedību un turpmāk spētu iekļauties sabiedrībā, atkārtoti neizdarot likumpārkāpumus. Bērna psiholoģiskās attīstības pakāpe un emocionālais briedums nav pielīdzināms pieauguša cilvēka emocionālajam briedumam.

Kā norāda pedagogi, skolēnu uzvedība mēdz būtiski mainīties arī situācijās, ja bērns iepriekš izdarījis likumpārkāpumu un norit šīs lietas izskatīšana tiesā. Lai gan lietām, kas skar bērnu tiesības un intereses, tiesa saskaņā ar Bērnu tiesību aizsardzības likuma 6. panta otro daļu un Kriminālprocesa likuma 14. panta ceturto daļu piešķir prioritāti un skata tās paātrinātā kārtībā, pats process rada nepilngadīgajam stresu, un atsevišķos gadījumos tas var radīt nihilistisku attieksmi, kas negatīvi ietekmē attiecību veidošanu skolā, attieksmi pret mācībām un uzvedību kopumā.

Saskaņā ar likuma „Par pašvaldībām” 15. panta 23. punktu viena no pašvaldības autonomajām funkcijām ir bērnu tiesību aizsardzības īstenošana attiecīgajā administratīvajā teritorijā. Speciālisti pašvaldībās norādījuši, ka nav saprotams, kādu pasākumu kopumu ietver uzvedības sociālās korekcijas programma, kuru atbilstoši Bērnu tiesību aizsardzības likuma 58. pantam pašvaldībām ir jānodrošina, organizējot likumpārkāpumu profilaksi.

Saskaņā ar Bērnu tiesību aizsardzības likuma likumpārkāpumu profilakses darbu ar bērniem veic pašvaldība sadarbībā ar bērnu vecākiem, izglītības iestādēm, VP, VPD, ja bērns ir probācijas klients, sabiedriskajām organizācijām un citām iestādēm. Tāpat pašvaldība iekārto profilakses lietu un izstrādā uzvedības sociālās korekcijas programmu katram bērnam, kurš izdarījis noziedzīgu nodarījumu vai atzīts par vainīgu noziedzīga nodarījuma izdarīšanā, bet sods nav saistīts ar brīvības atņemšanu, kā arī, citos likumā paredzētos gadījumos. Savukārt VP var ņemt profilaktiskajā uzskaitē bērnus, kuri izdarījuši likumpārkāpumus, kā arī citus bērnus, kuriem pašvaldībā iekārtota profilakses lieta, ja izstrādātā uzvedības sociālās korekcijas programma paredz policijas līdzdalību konkrētajā lietā (58. panta trešā daļa). Saskaņā ar VP teritoriālo struktūrvienību sniegtajiem datiem, VP nepilngadīgo lietu inspektoru redzeslokā sakarā ar likumpārkāpumu izdarīšanu 2014. gadā nonāca 363 bērni vecumā no 7 līdz 18 gadiem, attiecīgi 2015. gadā - 348 bērni, 2016. gadā – 333 bērni, bet 2017. gadā – 289 bērni. Laika periodā no 2013. līdz 2017. gadam VP nepilngadīgo lietu inspektori īstenojuši 18 135 preventīvus pasākumus.

Savukārt 30 pašvaldības 2017. gada laikā nebija izstrādājušas uzvedības korekcijas programmu nevienam bērnam, 51 pašvaldība bija izstrādājuši vienam līdz pieciem bērniem, 20 pašvaldības – sešiem līdz 10 bērniem. Tātad kopā 101 no 119 Latvijas pašvaldībām 2017.gada laikā izstrādāja programmas līdz 10 bērniem, kaut gan pētījumi liecina, ka bērni ar uzvedības traucējumiem ir katrā klasē.⁷⁴

2016. gada 1. jūnijā stājās spēkā grozījumi likumā “Par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem” un grozījumi Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodeksā, nosakot, ka bērnam par administratīvo pārkāpumu prioritāri piemēro audzinoša rakstura piespiedu līdzekļus, savukārt administratīvo sodu piemēro tikai tad, ja audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošana konkrētajā gadījumā nav lietderīga. 2017. gadā pašvaldību administratīvās komisijas pieņēma 2550 lēmumus par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem par viņu izdarītajiem administratīvajiem pārkāpumiem, kas ir par 1666 lēmumiem vairāk kā 2016. gadā. Savukārt saskaņā ar datiem uz 2018. gada augustu 1547 gadījumos par administratīviem pārkāpumiem pieņemts lēmums par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļiem. Iegūtie dati nepilngadīgo administratīvo pārkāpumu lietās liecina, ka nepilngadīgo veiktajiem administratīvajiem pārkāpumiem ir tendence pieaugt. Kopš 2016. gada ir būtiski audzis piemēroto audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu skaits, kas ir vērtējami pozitīvi, savukārt piemēroto administratīvo sodu skaits nepilngadīgajiem kopumā nesamazinās.

Lai novērstu nepilngadīgo izdarītos likumpārkāpumus, liela nozīme ir preventīvajam darbam ar nepilngadīgajiem. VP to realizē divos virzienos - gan kā vispārējo prevenciju (dažādu akciju, lekciju, reidu u.c. pasākumu ietvaros), gan kā individuālo prevenciju (attiecas uz konkrētām personām) ar mērķi novērst un atturēt nepilngadīgās personas no noziedzīgu nodarījumu izdarīšanas. Tā kā par vadošo iestādi bērnu likumpārkāpumu

⁷⁴ http://www.tiesibsargs.lv/uploads/content/lapas/tiesibsarga_2017_gada_zinojums_1520515340.pdf
76.lpp.

profilakses darba organizēšanā, starpinstitucionālās sadarbības veidošanā un profilaktiskā darba veikšanā ir noteikta pašvaldība, VP par visiem BTAL 58. panta otrajā daļā minētajiem bērniem informē pašvaldību. Tāpat skolās un sabiedriskajās vietās organizējami preventīvi, izglītojoši un jauniešiem interesējoši pasākumi. Piemēram, izglītojošas īsfilmas sociālos tīklos par datoratkarību, atkarību izraisīto vielu lietošanu, smēķēšanas riskiem. Pie antisociālas uzvedības vai riska uzvedības iekļaujama arī agrīna seksuālā dzīve (iesaistīšanās prostitūcijā, agrīna seksuāla pieredze, grūtniecība).

Nodrošinot izglītības iestāžu audzēkņu likumisko pārstāvju informēšanu par viņu un bērnu tiesībām, pienākumiem un atbildību, VP nepilngadīgo lietu inspektori 2014. gadā piedalījās 28 vecāku sapulcēs, izstrādāja sešus bukletus, vienu prezentāciju un tās metodiskos norādījumus. 2015. gadā VP nepilngadīgo lietu inspektori piedalījās 31 vecāku sapulcē, izstrādāja sešus bukletus un sešas prezentācijas un to metodiskos norādījumus. VP veiktie preventīvie pasākumi ir veicinājuši bērnu un viņu vecāku izpratni par viņu pienākumiem, tiesībām un atbildību.

VP nepilngadīgo lietu inspektori trīs gadu (2013.-2015. gads) laikā ir īstenojuši 11 455 preventīvos pasākumus, kuru laikā organizētas drošības dienas skolās, informējot bērnus par drošību uz ielas, drošību braucot automašīnā, drošību mājās un ārpus tās, ugunsdrošību, drošību skolā, par nelaiemes gadījumu riskiem attiecīgajos apstākļos un gadalaikā, drošību pirotehnikas lietošanā, par personīgo mantu drošību, sniedzot padomus atbilstoši personīgo mantu uzglabāšanai, informējot par personīgo mantu nozaudēšanas un nozagšanas riskiem, demonstrējot informatīvi izglītojošu prezentāciju „Sargā pats sevi un savas mantas!”. Tāpat tika rīkoti preventīvie pasākumi par likumā paredzēto atbildību, tiesībām un pienākumiem, tiesisko audzināšanu, sabiedriskās kārtības noteikumu un iekšējo kārtības noteikumu ievērošanu, par kriminālatbildību vai administratīvo atbildību, informējot par pārkāpuma veidiem, kā arī par narkotisko, psihotropo un psihoaktīvo vielu lietošanas riskiem un sekām, atkarības veidošanos, demonstrējot izglītības iestādēs informatīvi izglītojošas prezentācijas „Izvēle – rīcība - sekas”, „Narkotikām - nē”, „Lieto barā, mirsti viens!”, prezentāciju par smēķēšanas un alkohola izraisīto kaitīgo seku ietekmi „Pusaudži un alkohols”.

III PIEDĀVĀTIE RISINĀJUMI

Bērni, kuriem sociālemocionālā attīstība nenorīt veiksmīgi, īstermiņā saskaras ar mācīšanās traucējumiem un var saskarties ar atstumtību no mācību vides. Ilgtermiņā šiem bērniem ir paaugstināts risks saskarties ar psihiskām saslimšanām, noziedzību, zemiem sasniegumiem skolā un sliktāku fizisko veselību. Lai veidotu veselīgu sabiedrību, kas vairo produktivitāti un valsts konkurētspēju nākotnē, ietaupītu valsts resursus ilgtermiņā, ir nepieciešams vienots un nesaskaldīts valsts redzējums bērnu psihiskās veselības uzlabošanai nākotnē. Šim nolūkam PKC sadarbībā ar nozaru ministrijām, citām institūcijām, pētniekiem un nozaru profesionāļiem ir izstrādājis un piedāvā darbības plānu, aptverot ne tikai veselības aprūpes nozari, bet arī izglītības, tieslietu, iekšlietu un sociālo jomu, bet arī savstarpēji integrējot valsts un pašvaldību piedāvātos pakalpojumus (2.pielikums).

Lai novērstu gadījumu skaitu, kad bērnam veidojas uzvedības traucējumi, attīstās psihiskie traucējumi vai nostiprinās antisociāla uzvedība, kā rezultātā bērns nonāk psihoneiroloģiskā slimnīcā, audzināšanas iestādē nepilngadīgajiem vai sociālās korekcijas izglītības iestādē, un turpina radīt veselības, sociālo un ekonomisko slogu tālākā dzīves laikā, **nepieciešams veidot starpinstitutionālu tiešo valsts pārvaldes iestādi – Pedagoģiski psiholoģisko atbalsta dienestu (Dienests)** – pierādījumos balstītu selektīvās un indicētās profilakses aktivitāšu īstenošanai, iekļaujošas izglītības un speciālās izglītības un sociālās korekcijas atbalstam, integrējot tajā attiecīgās VBTAI un VISC funkcijas.

Selektīvās profilakses aktivitātēs ietvertas intervences dažāda vecuma bērniem, kuriem, ņemot vērā bioloģiskos, psiholoģiskos un sociālos faktoros, psihisko saslimšanu, uzvedības traucējumu vai antisociālas uzvedības veidošanās risks ir daudz augstāks nekā citiem. Savukārt indicētā profilakse paredz intervences dažāda vecuma bērniem ar minimālām, taču pamanāmām psihiskās veselības vai uzvedības traucējumu pazīmēm vai simptomiem. Šāda veida aktivitātes līdz šim īstenotas tikai atsevišķās pašvaldībās, pilotprojektos, kā arī VBTAI Konsultatīvajā nodaļā, īstenojot ESF projektu bērniem ar saskarsmes grūtībām, uzvedības traucējumiem un vardarbību ģimenē.

Stiprinot institūciju sadarbību, kur nepieciešamas vairākas strukturālas izmaiņas izglītības, veselības un sociālās politikas jomās, vienlaikus tiktu ietekmēta arī krimināltiesību un administratīvo tiesību politikas nozare un resocializācija. Uzsākot **bērnu tiesību aizsardzības un prevencijas** sistēmas reformu, būtiski nodrošināt arī centralizētu atbalsta sistēmu un vienotu metodiku ne tikai vispārējos bērnu tiesību aizsardzības jautājumos, bet arī bērnu antisociālās uzvedības un likumpārkāpumu prevences jomā, iekļaujot šo funkciju vienotā Dienestā, kas ne tikai izstrādās individuālos plānus, bet arī analizēs situāciju, lai izvērtētu darbības praktisko funkcionalitāti un nepieciešamības gadījumā izstrādās un īstenos sistēmas pilnveidi.

Lai nodrošinātu Dienesta piedāvāto resursu un pakalpojumu pieejamību, starpinstitutionu sadarbības grupas ietvaros panākta vienošanās par integrēta Dienesta ar desmit struktūrām visā Latvijas teritorijā veidošanu. Nosakot struktūrvienību izvietojumu jāņem vērā pakalpojumu nodrošināšanas iespējas, administratīvas izmaksas, telpu piemērotība. Vienlaikus speciālistu darbā, kur tas iespējams, īstenojama mobilitāte, pakalpojumus nodrošinot iespējami tuvu nepilngadīgo dzīvesvietai vai izglītības iestādē – bērnu dabiskajā dzīves telpā, kur viņi pavada lielāko dienas daļu.

Katrs no Dienesta centriem iecerēts kā vieta, kur gan vecāki, gan pedagogi, gan arī sociālie darbinieki, bāriņtiesu speciālisti, ģimenes ārsti un policisti, var vērsties un saņemt profesionālas konsultācijas un atbalstu jautājumos, kas attiecas uz bērnu psihisko veselību, noteiktā kārtībā lūgt Dienestu veikt bērna psiholoģiskā stāvokļa un uzvedības izvērtējumu, sastādīt intervences plānu un to īstenot. Plānots, ka Dienesta speciālisti izmantos pamatā pedagogiskās, psiholoģiskās un sociālā darba metodes. Uzlabojot bērnu sociālemocionālo veselību un attīstību, paredzēts, ka Dienests nodrošinās agrīnas intervences bērniem ar psihomotoriem un psihosociāliem traucējumiem 1,5 gadu vecumā un 3 gadu vecumā, nodrošinās psihologa un speciālā pedagoga intervences grupās un individuāli pirmsskolas vecuma bērniem ar uzvedības traucējumiem (STOP 4-7), multimodālas intervences sākumskolas vecuma bērniem ar uzvedības traucējumiem, kā arī sociālo prasmju attīstības programmas pusaudžiem ar antisociālas uzvedības veidošanās risku. Tāpat paredzēta arī līdzgaitnieka piesaiste un samierināšanās procesa ieviešana starp nodarījumā iesaistītajām pusēm tad, ja noziedzīgu nodarījumu izdarījusi nepilngadīga persona. Samierināšanās process starp iesaistītajām personām būs personas, kam nodarīts kaitējums, un bērna, kurš ir uzvedies antisociāli, brīvprātīga tikšanās un iesaistīšanās sarunā ar starpnieka palīdzību, lai kopīgi runātu par notikušo un kopā meklētu pieņemamu un savstarpēji taisnīgu risinājumu. Samierināšanās procesu starp iesaistītajām personām noteiks, ņemot vērā bērna brieduma pakāpi, un tikai gadījumā, ja tam piekrīt persona, kam nodarīts kaitējums, un bērns. Tādējādi minētā prevencijas pasākuma nodrošināšanai būs nepieciešami kompetenti samierināšanās procesa starpnieki, kurus būs nepieciešams atbilstoši apmācīt.

Lai sekmētu veiksmīgu bērna sociālemocionālo attīstību, ar ģimenes ārsta prakses komandas un sociālā dienesta palīdzību plānots identificēt ģimenes ar jaundzimušajiem, kurās sociālo apstākļu vai vecāku prasmju trūkuma dēļ pastāv augsts risks pilnvērtīgai bērna attīstībai. Paredzēts, ka šajās ģimenēs tiks piesaistīts ģimenes asistents, nodrošinot noteiktu apmeklējumu un prasmju treniņu skaitu ģimenes dzīvesvietā. Tāpat paredzētas atbalsta grupas vecākiem, kuru bērniem pastāv augsts uzvedības vai psihisko traucējumu veidošanās vai attīstības risks.

Lai nodrošinātu savlaicīgu attīstības, uzvedības un psihisko traucējumu atpazīšanu, kā arī agrīnu darbu ar bērniem, kuriem konstatēti minētie traucējumi, būtiska nozīme ir atbalsta funkciju stiprināšanai un paplašināšanai izglītības iestādēs. Šo iemeslu dēļ plānots nodrošināt izglītības psihologa pieejamību bērniem pirmsskolas izglītības iestādēs, kā arī individuālu asistentu bērniem ar uzvedības vai psihiskiem traucējumiem no 1,5 gadu vecuma, atsaitējot asistenta piešķiršanu no invaliditātes statusa. Tādējādi asistenta pakalpojums būtu pieejams arī, piemēram, bērniem ar autismu vai uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindromu. Galvenais izglītības asistenta uzdevums darbā ar šiem bērniem – nodrošināt uzvedības korekciju, bērnam palīdzot apgūt prasmi patstāvīgi iekļauties vienaudžu kolektīvā. Paredzēts, ka gan izglītības psihologa darbu pirmsskolas izglītības iestādēs, gan arī asistenta darbu koordinēs Dienests, vienlaikus nodrošinot šo speciālistu darba uzraudzību.

Dienestā tiks sniegts konsultatīvais atbalsts izglītības iestādēm bērnu ar speciālām vajadzībām izglītības iegūšanas procesā. Ir plānotas gan interaktīvas apmācības pirmsskolas izglītības iestāžu pedagogiem, gan vispārizglītojošo un speciālo izglītības iestāžu pedagogiem par bērnu psiholoģiju, neirobioloģiskas izcelsmes traucējumiem, psihisko saslimšanu simptomiem un agrīnām atpazīšanas iespējām. Papildus minētajām pedagogu grupām paredzēta arī praktiska prasmju pilnveide par instrumentiem un tehnikām krīzes situāciju risināšanā un sadarbības ar bērniem veidošanā, kā arī supervīzijas pedagogu

komandām (pedagogs, atbalsta personāls, izglītības iestādes administrācijas pārstāvis) konkrētu krīzes situāciju risināšanai un atbalsta sniegšanai darbā ar bērniem.

Lai uzlabotu bērnu ar speciālām vajadzībām izglītības un atbalsta pasākumu īstenošanas uzraudzību, tādā veidā novēršot situācijas, kad atbalsta pasākumi speciālās izglītības un iekļaujošās izglītības apguves procesā tiek formāli organizēti vai arī dažādu iemeslu dēļ to apjoms neatbilst izglītojamā vajadzībām, valstī nodrošināma vienota pieeja bērna attīstībai, spējām un veselības stāvoklim piemērotākās izglītības programmas noteikšanā. Šim nolūkam **reformējams PMK tīkls, likvidējot komisijas pašvaldībās un paplašinot VISC organizētās valsts PMK darbu Dienestā** un maināma kārtība, kā izglītības iestādes tiek informētas par PMK atzinumu. Reformas ietvaros plānots, ka Dienests īsteno uzraudzību un seko līdzi tam, kā un vai tiek nodrošināti PMK atzinumā norādītie atbalsta pasākumi.

Katrā no Dienesta struktūrvienībām plānoti šādi cilvēkresursi: trīs izglītības psihologi, speciālais pedagogs, logopēds, klīniskais psihologs, sociālais darbinieks, atkarību speciālists vai narkologs, psihiatrs⁷⁵, kā arī divi administrācijas darbinieki, izglītības psihologi pirmsskolas izglītības iestādēm, izglītības asistenti un papildus speciālisti bērnu antisociālas uzvedības profilaksei. Dienesta galvenie sadarbības partneri – sadarbības grupa pašvaldībās bērnu tiesību aizsardzības jautājumos, t.i., izglītības pārvalde, sociālais dienests, bāriņtiesa, policija, kā arī izglītības iestādes, ārstniecības iestādes reģionā, ģimenes ārsti un ģimenes ar bērniem. Lai nepieciešamības gadījumā nodrošinātu Dienesta darba un veselības aprūpes pēctecību, ciešu sadarbību plānots veidot ar psihiatra komandu, paredzot, ka psihiatram ir tiesības iesaistīties Dienesta darbā.

Lai uzlabotu informācijas apmaiņu starp speciālistiem, nepieciešams attīstīt **Nepilngadīgo personu atbalsta informācijas sistēmu kā informācijas apmaiņas platformu speciālistiem**, kuri iesaistīti darbā ar bērniem ar PAUA. Lai veiksmīgi nodrošinātu informācijas apriti un apmaiņu, piekļuve NPAIS nepieciešama Pedagoģiski psiholoģiskā atbalsta dienesta speciālistiem, atbalsta personālam izglītības iestādēs, sociālajiem dienestiem, VBTAI, ģimenes ārstiem, psihiatra komandai, bāriņtiesai un policijai.

Lai nodrošinātu saskaņotu, savstarpēji papildinošu atbalsta sistēmu, kura strādā lokālā (izglītības iestāžu, primārās veselības aprūpes), pašvaldību un reģionālā līmenī ar vairākām iesaistītām institūcijām, **NPAIS nepieciešams uzkrāt informāciju** par nepilngadīgajai personai veiktajām psiholoģiskajām izpētēm, sniegtajām speciālistu konsultācijām vai nodrošinātajām intervencēm, sistēmā fiksējot attiecīgi veiktas izpētes, konsultācijas vai intervences faktu. Vienlaikus sistēmā uzkrājama arī aprakstoša informācija, ko speciālists atzīst par svarīgu nodot citiem speciālistiem, kas ir iesaistīti vai varētu būt iesaistīti darbā ar nepilngadīgo bez konkrētas diagnozes izpaušanas.

Lai nodrošinātu labāku vidi bērniem kvalitatīvas izglītības iegūšanai un veselības stāvoklim atbilstošas intervences vienuviet, kā arī uzlabotu atbalsta sistēmas pieejamību un kvalitāti un speciālo izglītības iestāžu uzraudzību, vērtējama **speciālo izglītības iestāžu nodošana valstij**. Atbilstoši jau veiktajiem grozījumiem Vispārējās izglītības likumā no 2020. gada 1. septembra speciālās izglītības iestādes īsteno speciālās pamatzglītības programmas tikai izglītojamiem ar garīgās veselības traucējumiem, garīgās attīstības

⁷⁵ Ja ambulatoro psihiatrijas centru attīstība, veidojot multiprofesionālas komandas kavēsies vai netiks īstenota (ziņojuma 2.pielikums; 1.rīcības virziens; 10.pasākums), tad psihiatra komanda stiprināma Dienesta ietvaros.

traucējumiem, smagiem garīgās attīstības traucējumiem vai ar vairākiem smagiem attīstības traucējumiem.⁷⁶

Pārņemot speciālās izglītības iestādes valsts īpašumā, tiks pārskatīts un uzlabots atbalsta aktivitāšu klāsts un saturs katrā no izglītības iestādēm, uzlabota uzraudzība pār speciālo izglītības iestāžu izglītības procesu un atbalsta aktivitāšu nodrošinājumu, uzlabota finanšu ieguldījumu uzraudzība, kā rezultātā tiks sakārtots speciālo izglītības iestāžu tīkls. Savukārt pašvaldībām būs vairāk iespēju un finanšu resursu nodrošināt iekļaujošo izglītību bērniem, kuriem nav nepieciešams izglītoties speciālajās izglītības iestādēs.

Lai uzlabotu psihisko traucējumu agrīnu atpazīšanu ģimenes ārstu praksēs, nepieciešams **stiprināt ģimenes ārsta komandas lomu** un veikt atsevišķus uzlabojumus darbā, pirmkārt, palielinot jaundzimušo aptveri, kam tiek veikta patronāža dzīvesvietā, un patronāžas rezultātā identificējot tās ģimenes, kurām nepieciešama vai nu papildu sociālā dienesta speciālistu, piemēram, ģimenes asistenta uzraudzība sociālo un vecāku prasmju pilnveidei, vai arī medicīnas māsas iesaiste vecāku prasmju bērna aprūpē uzlabošanai.

Lai panāktu minēto speciālistu un institūciju sadarbības efektivitāti, ir pārskatāmi patronāžas veikšanas principi, ietverot arī vienkāršotu vecāku psiholoģiskā stāvokļa un vides/sadzīves apstākļu piemērotības bērna ienākšanai ģimenē novērtējumu. Izstrādājamas vadlīnijas un kritēriji, kādos gadījumos ģimenes ārsta komanda sniedz informāciju sociālajam dienestam par jaundzimušajiem un ģimenēm, kuriem nepieciešama pastiprināta uzraudzība un/vai vecāku prasmju pilnveide. Izstrādājamas/adaptējamas intervences programmas, kas paredz vecāku prasmju pilnveidi sociālā riska ģimenēm, gan iesaistot ģimenes asistentus, gan ar speciāli apmācītu medicīnas māsu līdzdalību. Izstrādājama/adaptējama intervences programma mātēm ar pēcdzemdību depresiju. Tāpat jāpilnveido obligātais bērnu garīgās attīstības novērtējums, uzlabojot un vienkāršojot to, atbilstoši starptautiskajām vadlīnijām.

Vienlaikus nepieciešams pārskatīt un aktualizēt klīniskās vadlīnijas bērnu agrīnai funkcionēšanas novērtēšanai, papildinot tās ar turpmākās rīcības algoritmu ģimenes ārstiem gadījumos, ja bērnam tiek konstatēti psihomotori vai psihosociāli attīstības traucējumi, kā arī izstrādāt un Dienestā ieviest agrīnās intervences programmu bērniem ar minētiem traucējumiem. Tāpat, ņemot vērā nosacījumu, ka ārstniecības pakalpojumus atļauts sniegt tikai ārstniecības iestādēs, nepieciešams izstrādāt kvalitatīvu sadarbības modeli starp ārstniecības iestādēm (jo īpaši ģimenes ārstu praksēm, kas nodrošina pastāvīgu kontaktu ar praksē reģistrēto bērnu) un ambulatoro psihiatru.

Stiprinot psihiatra komandas ambulatoro darbu, psihiatra komandā iesaistāms psihologs, garīgās veselības aprūpes māsa un funkcionālie speciālisti (mākslas terapeiti, ergoterapeiti u.tml.), kā arī pie reģionālajām slimnīcām attīstāmi ambulatorie psihiatrijas centri ar multiprofesionālas komandas iesaisti. Veselības ministrija plāno psihiskās veselības aprūpes uzlabošanas rīcības plāna ietvaros apmaksāt psihiatru darbu caur kabinetu maksājumiem (tāmes finansējums), kā arī īstenot stratēģisko iepirkumu 2019. gadā, attīstot ambulatoros centrus: Rīga - 3; Latgale - 2 (Daugavpils; Rēzekne); Vidzeme – 1 (Valmiera); Kurzeme – 2 (Ventspils, Liepāja), Zemgale – 1 (Jelgava), tā uzlabojot pieejamību un kvalitāti, kas nodrošinātu atbalstu citiem sociālo un izglītības jomu pakalpojumu sniedzējiem valstī. Attīstot psihiatra komandas ambulatoro darbu, uzlabosies psihisko

⁷⁶ Papildus speciālās izglītības iestādes būs tiesīgas īstenot speciālās izglītības programmas izglītojamiem ar redzes vai dzirdes traucējumiem, kuras šajā ziņojumā netiek apskatītas.

traucējumu diagnostika un ārstēšana, kas bērnu psihiskās veselības kontekstā īpaši svarīga ir tādām pieaugušo saslimšanām kā pēcdzemdību depresija, depresija, bipolāri psihiskie traucējumi, atkarības, kas skar salīdzinoši lielu sabiedrības daļu un ietekmē ģimenē augošo bērnu psihisko veselību. Tāpat attīstāms arī bērnu psihiatra komandas ambulatorais darbs, nodrošinot savlaicīgi pieejamu terapeitisko atbalstu bērniem ar diagnosticētiem psihiskiem traucējumiem, kā arī ciešā sadarbībā ar ģimenes ārsta komandu un Dienestu savlaicīgi identificējot jaunu psihisko traucējumu izveidi bērniem un nodrošinot Dienestam un ģimenes ārstam pēctecīgu bērnu psihiatra komandas intervenci.

Ziņojuma 2. pielikumā ietverti izvērtēti risinājumi konkrētu pasākumu veidā, norādot atbildīgos, nepieciešamo finansējumu un izpildes termiņus.