

LATVIJAS UNIVERSITĀTE  
SOCIĀLO ZINĀTŅU FAKULTĀTE  
POLITIKAS ZINĀTNES NODAĻA

**STARPDISCIPLINĀRĀ SADARBĪBA SOCIĀLĀJĀ  
DARBĀ AR KLIENTU AR DEMENCI**

MAGISTRA DARBS

Autors: **Inga Zviedre**

Studenta apliecības Nr.: 14031

Darba vadītāja: docente, Dr. sc.soc. Līga Rasnača

RĪGA 2015

0

## ANOTĀCIJA

Maģistra darba “Starpdisciplinārā sadarbība sociālajā darbā ar klientu ar demenci” mērķis ir izpētīt starpdisciplināro sadarbību sociālajā darbā ar klientu ar demenci ilgstošās sociālās aprūpes iestādēs. Problēma saktualitāti nosaka klientu skaita pieaugums un atbilstošu pētījumu trūkums Latvijā. Darba teorētisko ietvaru veido aprūpes teorija un starpdisciplinārās sadarbības skaidrojums. Pētījuma empīriskajā daļā veikta trīs gadījumu izpēte par sadarbību ilgstošās sociālās aprūpes institūcijās RSAC „Gaiķezers”, RSAC „Stella maris” un SAC „Stūrīši”. Autore konstatē, ka aprūpes organizācijā un starpdisciplinārajā sadarbībā netiek nodrošināta individuālā pieeja un respekts pret personisko telpu. Medikalizācija ir viena starpdisciplinārās sadarbības barjerām.

**Atslēgas vārdi:** klients ar demenci, sadarbība, starpdisciplināritāte sociālajā darbā, sadarbības barjeras

## ABSTRACT

Goal of the Master's Thesis "Interdisciplinary cooperation in social work with clients with dementia" is to explore the interdisciplinary cooperation in social work with clients with dementia at the long-term social care institutions. Problems actuality is determined by increase in the number of customers and lack of adequate research data in Latvia. Theoretical framework consists of care theory and explanation of interdisciplinary co-operation. Empirical part of the research consist of three case studies on cooperation in the long-term social care institutions RSAC "Gaiļezers" RSAC "Stella Maris" and SAC "Stūrīši". The author concludes that the care organization and interdisciplinary collaboration lacks individual approach and respect for personal space. Medicalization is one of interdisciplinary cooperation barriers.

**Keywords:** client with dementia, cooperation, interdisciplinarity in social work, cooperation barriers.

## SATURS

APZĪMĒJUMU SARAKSTS .....	5
IEVADS .....	6
1. STARPDISCIPLINĀRĀ SADARBĪBA SOCIĀLAJĀ DARBĀ .....	9
1.1. Sociālais darbs ilgstošās sociālās aprūpes institūcijās .....	9
1.2. Starpdisciplināritāte sociālajā darbā .....	17
1.3. Starpdisciplinārās sadarbības organizācija un barjeras .....	22
2. SOCIĀLAIS DARBS AR KLIENTU AR DEMENCI .....	28
2.1. Klienta ar demenci raksturojums .....	28
2.2. Sociālais darbs ar klientu ar demenci ilgstošās sociālās aprūpes iestādēs .....	39
2.3. Alternatīvie aprūpes veidi sociālajā darbā ar klientu ar demenci .....	45
3. PĒTIJUMA METODOLOĢIJA .....	49
4. SOCIĀLAIS DARBS AR KLIENTU AR DEMENCI ILGSTOŠAS SOCIĀLĀS APRŪPES IESTĀDĒS LATVIJĀ (SAC) .....	53
4.1. RSAC Gaīlezers gadījuma izpēte .....	53
4.2. RSAC „Stella maris” gadījuma izpēte .....	56
4.3. SAC „Stūrīši” gadījuma izpēte .....	61
4.4. Sadarbība sociālajā darbā ar klientu ar demenci – līdzības un atšķirības aprūpes centros .....	64
5. DISKUSIJA PAR STARPDISCIPLINĀRITATI SOCIĀLAJĀ DARBĀ AR KLIENTU AR DEMENCI .....	69
SECINĀJUMI UN PRIEKŠLIKUMI .....	71
PATEICĪBA .....	75
IZMANTOTIE INFORMĀCIJAS AVOTI .....	76
PIELIKUMI .....	80
1. Pielikums. KLIENTA KARTE .....	80
2. Pielikums. Sociālā darba un citu speciālistu darba pārskats .....	83

3. Pielikums. Klienta piederībasriskā grupai un emocionāla stavokļa novērtējums	84
4. Pielikums. Klientu funkcionālo traucējumu, specifiskas uzvedības un slimības izpausmju novērtējums.....	86
5. Pielikums. Novērtējums par klientam nepieciešamajiem tehniskajiem palīgīdzekļiem .....	88
6. Pielikums. Starpprofesionāļu komandas atzinums .....	90
7. Pielikums. Personas sociālās aprūpes plāns.....	91
8. Pielikums. Sociālās rehabilitācijas plāna aktivitātes .....	93
9. Pielikums. Sarunas/konsultācijas apraksts.....	94
10. Pielikums. RSAC IEKŠĒJIE NOTEIKUMI.....	95
11. Pielikums. RSAC „Gaiļezers” nolikums .....	99
12. Pielikums. RSAC „Stella maris” nolikums .....	103
13. Pielikums. Intervijas Nr. 1 transkripts .....	108
14. Pielikums. Intervijas Nr. 2 transkripts .....	114
15. Pielikums. Intervijas Nr. 3 transkripts .....	120
16. Pielikums. Intervijas Nr. 4 transkripts .....	124
17. Pielikums. Intervijas Nr. 5 transkripts .....	127
18. Pielikums. Intervijas Nr. 6 transkripts .....	130
19. Pielikums. Intervijas Nr. 7 transkripts .....	132

## APZĪMĒJUMU SARAKSTS

- ASV – Amerikas Savienotās Valstis
- IZM – Izglītības un zinātnes ministrija
- LR – Latvijas Republika
- LSK - Latvijas Sarkanais Krusts
- MK – Ministru Kabinets
- NVA - Nodarbinātības valsts aģentūra
- RSAC – Rīgas sociālās aprūpes centrs
- SAC - sociālās aprūpes centrs
- VSAC – Valsts sociālās aprūpes centrs

## IEVADS

Sociālais darbs kā profesionālā darbība ietver darbu ar dažādām sociālajām grupām. Novecošana, to pavadošo fizisko un garīgo saslimšanu pieaugums un ar to saistītās sociālās pārmaiņas aktualizē nepieciešamību specializēties darbā ar klientiem ar demenci.

Demence skar dažādu vecuma grupu klientus, tomēr daudz biežāk vecāka gadagājuma klientus. Pēc Īrijas Nacionālās stratēģijas pārskata ar demenci sirgstošo skaits pasaulē ir aptuveni 35 miljoni no tiem 9 miljoni Eiropas valstīs (The Alzheimer society of Ireland, 2013).

Pasaules Veselības organizācija aprēķinājusi, ka, palielinoties cilvēku mūža ilgumam, līdz 2030.gadam ar demenci sirgstošo skaits sasniegs 66 miljonus, bet 2050.gadā tas varētu sasniegt 115 miljonus (WHO, 2012).

Pēc speciālistu atziņām, arī Latvijā novērota demences izplatība. Katrus piecus gadus gandrīz dubultojas demences slimnieku skaits Eiropā un Amerikā. Lielbritānijā šī slimība izmaksā jau vairāk nekā vēzis, insults un sirds slimības kopā, secina Rīgas Stradiņa universitātes Psihiatrijas un narkoloģijas katedras vadītājs, profesors Elmārs Rancāns. (LTV Panorāma 12.01.2014 20:45, citēts Ozols, 2014).

Pēs slimības profilakses un kontroles centra datiem 2013.gadā bija reģistrēti 4933 pacienti ar diagnozi demence. (Pulmanis, Pelne, Taube, 2013).

Veicot sociālo darbu ar klientu ar demenci, nākas saskarties ar dažādu disciplīnu speciālistiem, veidot koleģiālās attiecības un sadarboties ar tādiem speciālistiem kā medicīnas māsas, ārsti, geriatri, psihiatri, psihologi, fizioterapeiti. Jāņem vērā arī tas, ka sociālajam darbiniekam jāvada starpprofesionāļu komanda, kurā jādarbojas sociālajam rehabilitētājam, sociālajam aprūpētājam, sadarbojoties ar aprūpes personālu, lai īstenotu piemērotāko individuālo aprūpes plānu, katram klientam ar demenci (Gitlin, Earlands, 2010).

Sadarbība tiek uzskatīta par procesu, kur izšķiroša loma ir komunikācijai. Veiksmīga sadarbība var veidoties, tad visiem darbiniekiem ir vienošanās par koopiģiem mērķiem, sadarbības prasmes, uzticēšanās utt.

Nereti dažādu disciplīnu speciālistu viedoklis, profesijas regulējuma akti personiskas īpašības un iepriekšēja darba pieredze, var atšķirties, apgrūtinot sadarbību citu disciplīnu pārstāvjiem starpdisciplinārās sadarbības realizācijā.

Tāpēc profesionālās darbības laikā, var veidoties dažāda veida barjeras- varam tās nosaukt par starpdisciplinārām barjerām- kuru dēļ var būt traucēta sadarbība, pat

komunikācija starp dažādu disciplīnu speciālistiem. Taču sadarbība sociālajā darbā ir svarīgākais aspekts kvalitatīvai aprūpei un darbam ar klientu ar demenci.

**Problēmsituācija un pētījuma problēma:** starpdisciplinārā sadarbība un starpdisciplinārās barjeras pētījuma kontekstā izpaužas, kad nav vērojama īsta sadarbība starp sociālajiem darbiniekiem un citu disciplīnu pārstāvjiem, profesionāļiem kuri veic klientu ar demenci aprūpi.

**Izpētes pakāpe, novitāte:** Klientu ar demenci darbs prasa īpašu profesionalitāti, bet ierobežotu resursu apstākļu dēļ, nav pētīts, kā to labāk nodrošināt ilgstošas sociālās aprūpes iestādēs. Latvijā maģistra vai promocijas darbu līmenī pieejamās datu bāzēs nav atrodami par autores izvēlēto tēmu pētījumi.

**Mērķis:** izpētīt starpdisciplināro sadarbību sociālajā darbā ar klientu ar demenci ilgstošas sociālās aprūpes iestādēs.

**Maģistra darba uzdevumi:**

1. Veikt starpdisciplinārās sadarbības galveno jēdzienu izpēti;
2. Izpētīt sociālā darba ar klientu ar demenci specifiku;
3. Analizēt kā noris sociālais darbs ar klientu ar demenci ilgstošas sociālās aprūpes iestādēs Latvijā;
4. Veikt empīrisko pētījumu par starpdisciplināro sadarbību un barjerām darbā ar klientu ar demenci.

**Pētījuma objekts:** Sociālie darbinieki, sociālā darba speciālisti, citu disciplīnu pārtavji ilgstošas sociālās aprūpes institūcijā; RSAC „Gaiļezers”, RSAC „Stella maris” un SAC „Stūrīši”.

**Pētījuma priekšmets:** starpdisciplinārā sadarbība sociālajā darbā ar klientu ar demenci.

**Pētījuma jautājums:** Kādas ir sociālā darba iespējas (īpatnības) darbā ar klientu ar demenci institūcijā? Kā noris starpdisciplinārā sadarbība?

Pētījuma **teorētisko bāzi** veido starpdisciplināritātes izpratne sociālajā darbā ilgstošas aprūpes institūcijās, Džudītes Filipas (Juddith Phillips) aprūpes koncepcija un klientu ar demenci sociālais raksturojums, kā arī Salfordas Universitātes pētnieku Natālijas Jeitsas-Boltones (Natalie Yates-Bolton) un citu sociālā darba pētnieku starpdisciplināro barjeru teorētisks raksturojums. Autore izmanto arī Starptautiskās Sociālā Darba federācijas un citu starptautisko un vietējo profesionālo organizāciju materiālus.

Pētījumā autore izmantos kvalitatīvās pētījumu **metodes:** dokumentu analīzi, intervijas, kuras integrētas gadījuma analīzes stratēģijā.

Gadījuma atlasē ieļauti trīs Latvijas SAC analīze - RSAC „Gaiļezers”, RSAC „Stella maris” ,” SAC „Stūrīši”.

Darba praktiskā nozīme: pētījuma rezultāti izmantojami starpdisciplinārās sadarbības veicināšanai un barjeru novēršanā darbā ar klientiem ar demenci, tādējādi ļaujot īstenot klienta vajadzībām atbilstošāku to aprūpi.

Maģistra darbs tiks strukturēts 5 daļās, saskaņā ar maģistra darba mērķa īstenošanai izvirzītajiem uzdevumiem: pirmajā daļā autore veiks starpdisciplinārās sadarbības galveno jēdzienu teorētisko interpretāciju – skaidrojot, kas ir sociālais darbs, kāda ir tā saikne ar citām disciplinām,

Otrajā daļā autore raksturos sociālā darba ar klientiem ar demenci specifiku, demences ka saslimšanas veidus un tas stadijas, un sociālo darbu institūcijā dažādu institūciju atšķirības un to kopējās iezīmes, alternatīvās aprūpes iespējas

Trešajā nodaļā autore izstrādās pētījuma metodoloģisko ietvaru empīriskajam pētījumam, raksturos pētījuma metodes un plānu.

Ceturtais nodaļas ietvaros autore veiks sociālā darba ar klientiem ar demenci izpēti un salīdzināšanu ilgstošas aprūpes iestādēs Latvijā..

Piektajā nodaļā autore veiks diskusiju par starpdisciplināritāti sociālajā darbā ar klientu ar demenci.

# 1. STARPDISCIPLINĀRĀ SADARBĪBA SOCIĀLAJĀ DARBĀ

Klientu ar demenci aprūpē nozīmīgu lomu ieņem sociālais darbinieks. Tomēr efektīva klienta ar demenci aprūpe var būt tikai savstarpēji sadarbojoties dažādu jomu speciālistiem (piemēram, medīkiem un sociālajiem darbiniekiem). Līdz ar to svarīgs priekšnoteikums šādā rakursā ir starpdisciplinārās sadarbības process, arī veidojot komandu, sadarbojoties klientu interesēs, meklējot un plānojot labākus atbalsta un aprūpes veidus, atbilstoši klienta ar demenci vajadzībam. Kurā neeksistē vai ir maksimāli samazinātas iespējamās barjeras.

Šīs nodaļas ietvaros autore veiks sociālā darba būtības izpēti, raksturojot arī saskari ar dažādo citu disciplīnu pārstāvjiem sociālā darbinieka ikdienā. Ņemot vērā iepriekš aprakstīto autore pētīs arī starpdisciplinārās sadarbības principus un iespējamo barjeru veidošanos.

## 1.1. Sociālais darbs ilgstošās sociālās aprūpes institūcijās

Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā sociālais darbs ir definēts kā „profesionāla darbība, lai palīdzētu personām, ģimenēm, personu grupām un sabiedrībai kopumā veicināt vai atjaunot savu spēju sociāli funkcionēt, kā arī radīt šai funkcionēšanai labvēlīgus apstākļus” (Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums, 2002). Autore secina, ka sociālais darbinieks līdz ar to ir profesionālis, kurš objektīvi spēj novērtēt un sniegt atbilstošu palīdzību cilvēkiem, kuriem tā nepieciešama. Minētajā likumā noteikts, ka „sociālos pakalpojumus sniedz, tikai pamatojoties uz sociālā darba speciālista veiktu personas individuālo vajadzību un resursu novērtējumu” (Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums, 2002). Tas apstiprina autores teikto par sociālā darbinieka nepieciešamību būt savas jomas profesionālim.

Starptautiskā Sociālā Darba federācijas Ģenerālā Asambleja 2014.gadā izstrādāja sociālā darba definīciju: praksē balstīta profesija un akadēmiskā disciplīna, kas veicina sociālās izmaiņas un attīstību, sociālo kohēziju (vienotību), sociālās brīvības un palīdzību cilvēkiem. Sociālā darba centrā ir sociālā taisnīguma, cilvēktiesību, kolektīvās atbildības un dažādības cieņas principi. Balstoties uz sociālā darba teorijām, sociālajām zinātnēm un vispārējām zināšanām, sociālais darbs aicina un veicina cilvēku un dažādu organizatorisko struktūru aktivitātes, atbalstu, kas adresēts labklājības un dzīves izaicinājumu attīstībai. (International Federation of Social Workers, 2015).

- 1) mikro līmenī, kas ir individuāls darbs ar cilvēku jeb sociālā gadījuma risināšana);
- 2) mezo līmenī - pašvaldības līmenī, piemēram, pabalstu veidu un to apjomu noteikšana, sociālo pakalpojumu kvalitātes izvērtēšana un jaunu pakalpojumu izveidošana;
- 3) makro līmenī - valsts līmenī, piemēram, jaunas likumdošanas veidošana, sociālās politikas ietekmēšana, sociālo problēmu prognozēšana. (Sociālā darba speciālistu profesiju standarti, 2002).

Autore secina, ka sociālā darbinieka darba specifiku nosaka līmenis, uz kādu vērsts darbs, kuru viņš veic.

Latvijā sociālo pakalpojumu organizēšana lielā mērā deleģēta pašvaldībām – „pašvaldībai, kuras teritorijā persona reģistrējusi savu pamatdzīvesvietu, ir pienākums nodrošināt personai iespēju saņemt tās vajadzībām atbilstošus sociālos pakalpojumus un sociālo palīdzību” (Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums, 2002). Autore secina, ka līdz ar to pašvaldības ir centrālie sociālās palīdzības organizēšanas subjekti, caur kuru menedžmentu notiek tās sniegšana.

Savukārt, tiek apskatīts kā dalīta pakalpojumu sniegšana starp Valsti un pašvaldībām: Sociālo pakalpojumu veidi, kurus nodrošina centrālās valdības finansētas institūcijas:

**Invalīdu profesionālo rehabilitāciju** nodrošina Valsts, lai personas ar invaliditāti vai prognozējamu invaliditāti varētu apgūt jaunu profesiju vai pilnveidot savas profesionālās zināšanas un prasmes, valsts piedāvā profesionālās rehabilitācijas pakalpojumus. Profesionālo rehabilitāciju nodrošina Labklājības ministrijas Sociālās integrācijas valsts aģentūras (SIVA) Koledža un Jūrmalas profesionālā vidusskola. Vide SIVA ir pilnībā pielāgota cilvēkiem ar kustību traucējumiem un personām, kuras pārvietojas ratiņkrēslā. Profesionālā rehabilitācija ietver šādas darbības: profesionālās piemērotības noteikšanu, profesionālās kvalifikācijas iegūšanu, apgūstot kādu no izglītības programmām SIVA Koledžā vai Jūrmalas profesionālajā vidusskolā, individuālo sociālo rehabilitāciju, atbalsta sniegšanu iekārtošanai darbā pēc profesionālās kvalifikācijas iegūšanas. Lai saņemtu rehabilitācijas pakalpojumu, personai jāvēršas ar iesniegumu pašvaldības sociālajā dienestā. Piesūksanas kārtību nosaka Ministru kabineta 2012.gada 17.apriļa noteikumi Nr. 271 „Kārtība, kādā persona saņem profesionālās rehabilitācijas pakalpojumu” (MK noteikumi Nr.271).

**Redzes un dzirdes invalīdu sociālo rehabilitāciju** nodrošina Valsts, Lai saņemtu sociālās rehabilitācijas pakalpojumu, personai ar redzes vai dzirdes invaliditāti vai viņa likumiskais pārstāvis iesniedz iesniegums Latvijas Neredzīgo biedrībai vai Latvijas Nedzirdīgo savienībai. Piesūksanas kārtību nosaka Ministru kabineta 2009.gada 15 decembra

noteikumi Nr. 1472 „Kārtība, kādā Latvijas Neredzīgo biedrība un Latvijas Nedzirdīgo savienība sniedz sociālās rehabilitācijas pakalpojumus un nodrošina tehniskos palīgīdzekļus - tiftotehniku un surdotehniku" (MK noteikumi Nr.1472.).

**Vardarbībā cietušo pilngadīgo personu** sociālās rehabilitācijas pakalpojumus nodrošina Valsts, pakalpojuma mērķis sniegt psihosocīalo atbalstu, mazināt traumas sekas, lai cilvēks sekmīgi spētu atgūt fizisko un psihisko veselību, reintegrēties sabiedrībā, atjaunot vai uzlabot sociālās funkcionēšanas spējas, atgūt sociālo statusu. Pakalpojumu nodrošina pašvaldības sociālie dienesti. Piesķiršanas kārtību nosaka Ministru kabineta 2014.gada 23 decembra noteikumi Nr. 790 „, Socialās rehabilitācijas sniegšanas kārtība no vardarbības cietušām un vardarbību veikušām pilngadīgam personām" (MK noteikumi Nr.790.).

Sociālo rehabilitāciju attiecīgās institūcijās **pilngadīgām personām un bērniem, kuriem ir izveidojusies atkarība no narkotiskajām, toksiskajām vai citām apreibinošām vielām** nodrošina Valsts, no psihoaktīvām vielām (alkohola, narkotiskajām, toksiskajām) vai citām apreibinošām vielām atkarīgie bērni par valsts budžeta līdzekļiem var saņemt sociālās rehabilitācijas pakalpojumus, lai panāktu atteikšanos no psihoaktīvo vielu lietošanas, tādējādi uzlabojot fizisko un garīgo veselību un veicinot atgriešanos pilnvērtīgā dzīvē. Tiesības uz valsts apmaksātiem sociālās rehabilitācijas pakalpojumiem ir no psihoaktīvām vielām atkarīgiem bērniem pēc pilna ārstēšanās un motivācijas kursa pabeigšanas ārstniecības iestādē vai pēc narkologa noteiktā ārstēšanās kursa pabeigšanas. Sociālās rehabilitācijas kursa ilgums bērnam ir 3, 6, 12 vai 18 mēneši Piesķiršanas kārtību nosaka „Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums”

Valsts nodrošina **personām ar funkcionāliem traucējumiem darbspējīgā vecumā, kā arī personām ar funkcionāliem traucējumiem, kuras strādā,** sociālās rehabilitācijas pakalpojumus darbspēju atjaunošanai sociālās rehabilitācijas institūcijās, Sociālā rehabilitācija ir pasākumu kopums, kas palīdz iemācīties sadzīvot ar funkcionāliem traucējumiem, atjauno vai apmāca tam prasmēm, kas dažādu apstākļu dēļ ir zudušas, palīdz cilvēkam atgriezties darbā dzīvē un iesaistīties sabiedriskajās aktivitātēs. Ta ietver individuālā sociālās rehabilitācijas plāna izveidi, izglītošanu vides pielāgotības un palīgīdzekļu lietošanas jomā, lai uzlabotu mobilitāti un dzīves iemaņas. Sociālās rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanu par valsts līdzekļiem nodrošina Sociālās integrācijas valsts aģentūra (SIVA), lai saņemtu rehabilitācijas pakalpojumu, personai jāvēršas ar iesniegumu pašvaldības sociālajā dienestā. Valsts apmaksā rehabilitācijas kursu: 1) personām ar funkcionāliem traucējumiem darbspējīgajā vecumā no 15 gadiem līdz pensijas piešķiršanas vecumam, 2) politiski represētām personām un nacionālas pretošanas kustības dalībniekiem, 3) Černobiļas AES

avārijas seku likvidēšanas dalībniekiem, 4) personām ar prognozējamo invaliditāti. Piesķiršanas kārtību nosaka „Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums”.

Valsts nodrošina cilvēku **tirdzniecības upuru** sociālo rehabilitāciju, pakalpojuma sniegšanu koordinē Sociālās integrācijas valsts aģentūra (SIVA), persona vai tās likumiska Vis parstavis veršās ar iesniegumu pie pakalpojuma sniedzēja, kopš 2007 gada Biedrība „Patvērums Droša māja”, no 2015 gada Biedrība „Resursu centrs sievietēm Marta”. Piesķiršanas kārtību nosaka Ministru kabineta 2006.gada 31.oktobra noteikumi Nr. 889 „Noteikumi par kārtību, kādā cilvēku tirdzniecības upuri saņem sociālās rehabilitācijas pakalpojumus, un kritērijiem personas atzīšanai par cilvēku tirdzniecības upuri” (MK noteikumi Nr.889.). Valsts nodrošina atbalsta programmu ar **celiakiju slimajiem bērniem**, atbalstu pieprasa bērna likumiskais pārstāvis vērsoties ar iesniegumu Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūrā. Piesķiršanas kārtību nosaka Ministru kabineta 2013.gada 21.maija noteikumi Nr. 261 „Noteikumi par valsts atbalstu ar celiakiju slimajiem bērniem” (MK noteikumi Nr.261.).

**Valsts asistenta pakalpojums**, Asistenta pakalpojumu piešķir: 1) bērnam no 5 līdz 18 gadu vecumam ar invaliditāti, pamatojoties uz Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas (VDEĀVK) atzinumu par īpašas kopšanas nepieciešamību sakarā ar smagiem funkcionāliem traucējumiem; 2) pieaugušam cilvēkam ar I vai II invaliditātes grupu, pamatojoties uz VDEĀVK atzinumu par asistenta pakalpojuma nepieciešamību. Šo atzinumu sniedz, pamatojoties uz invaliditātes ekspertīzes rezultātiem. Lai saņemtu asistenta pakalpojumu, cilvēkam ar invaliditāti vai viņa likumiskajam pārstāvim deklarētās dzīvesvietas pašvaldības sociālajā dienestā ir jāiesniedz iesniegums ar lūgumu piešķirt asistenta pakalpojumu. Piesķiršanas kārtību nosaka Ministru kabineta 2012.gada 18.decembra noteikumi Nr. 942 „Kārtība, kādā piešķir un finansē asistenta pakalpojumu pašvaldībā” (MK noteikumi Nr.942.).

Turpmāk, sociālo pakalpojumu veidi, kurus nodrošina pašvaldību finansētas institūcijas:

**Dienas aprūpes centra (DAC)** pakalpojums personām ar garīga rakstura traucējumiem ir institūcija, kas dienas laikā nodrošina sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus, sociālo prasmju attīstību, izglītošanu un brīvā laika pavadīšanas iespējas. (Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums) Lai saņemtu Dienas aprūpes centra pakalpojumu, persona vai tās likumiskais pārstāvis vērsās savas pašvaldības Sociālajā dienestā.

**Aprūpe mājās** pakalpojums ko nodrošina personas dzīvesvietā (mājās) pamatvadzību apmierināšanai personām, kuras objektīvu apstākļu dēļ nevar sevi aprūpēt. Aprūpe mājās var

būt pastāvīga vai pagaidu. Aprūpi mājās var saņemt: 1) personas, kuras vecuma dēļ vai garīgu vai fizisku traucējumu dēļ nevar veikt ikdienas mājas darbus un savu personisko aprūpi un kurām nav likumīgu apgādnieku vai tie objektīvu apstākļu dēļ nespēj sniegt nepieciešamo palīdzību; 2) personas, kurām slimības laikā vai atveseļošanās periodā ir grūtības veikt ikdienas mājas darbus un savu personisko aprūpi un kurām nav likumīgu apgādnieku vai tie objektīvu apstākļu dēļ nespēj sniegt nepieciešamo palīdzību; 3) bērni invalīdi vai pieaugušas personas ar garīga vai fiziska rakstura traucējumiem, ja ģimenes locekļi objektīvu apstākļu dēļ nespēj viņiem nodrošināt aprūpi. Aprūpe mājās tiek sniegta gan minimāli nepieciešamās aprūpes pakalpojumu veidā (par pašvaldības budžeta līdzekļiem), gan paplašinātās aprūpes pakalpojumu veidā (par samaksu).

**Īslaicīga sociālā aprūpe institūcijā (ISA)** nodrošina diennakts sociālo aprūpi un veselības aprūpi minimālā apjomā līdz 2 mēnešiem kalendārajā gadā pilngadīgām personām, kurām nepieciešamais pakalpojuma apjoms pārsniedz aprūpei mājās vai dienas aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā noteikto apjomu un kuru ģimenes locekļi nespēj nodrošināt personai nepieciešamo aprūpi nodarbinātības vai citu iemeslu dēļ, personas atveseļošanās periodā vai līdz pakalpojuma saņemšanai ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā. Sociālo gultu pakalpojumu var saņemt visas personas, kuru teritorijā ir šāda veida pakalpojums un kuru deklarētā dzīvesvieta ir konkrētā pašvaldībā un kurām pakalpojums ir piemērotākais sociālais pakalpojums saskaņā ar pašvaldības Sociālā dienesta veiktu personas vajadzību pēc sociālajiem pakalpojumiem novērtējumu. Sociālo gultu pakalpojuma izmaksas daļēji vai pilnībā tiek segtas no pašvaldības budžeta, pakalpojums tiek nodrošināts līdz 60 dienām kalendārajā gadā.

**Ilgstošās sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcija** Tiesības saņemt ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas (pansionāta) pakalpojumu (SAC) ir personām, kuras vecuma vai veselības stāvokļa dēļ (noteikta invaliditātes I vai II grupa, izņemot neredzīgas personas un personas ar smagiem garīga rakstura traucējumiem) nespēj sevi aprūpēt. Lai saņemtu SAC pakalpojumu, persona vai tās likumiskais pārstāvis vēršas savas pašvaldības Sociālajā dienestā. SAC pakalpojums tiek piešķirts saskaņā ar Latvijas Republikas Ministru kabineta 21.04.2008. noteikumos Nr.288 „Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanas kārtība”. (Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums, 2002).

Autore secina, ka nacionālā līmenī sociālā darba īstenošanā īstenošanā saskaras saskaras un ir sniegto pakalpojumu nodrošināšanā ir iesaistīti dažādi valsts pārvaldes līmeņi, pašvaldībām deleģējot pienākumus sniegt tiešo sociālo palīdzību un sociālos pakalpojumus

tajā reģistrētajiem iedzīvotājiem, savukārt valsts augstākā līmeņa pārvaldes institūcijām – noteiktām sociālajām grupām vai sabiedrībai kopumā nacionālā rakursā, līmenī.

Profesiju klasifikatorā kā dažādās klientu grupas minētas ģimenes ar bērniem, veciem cilvēkiem, bezpajumtniekiem, vardarbībā cietušām personām, personām ar funkcionāliem traucējumiem, personām ar atkarības problēmām, cilvēku tirdzniecības upuriem, personām ieslodzījuma vietās un personām pēc soda izciešanas, kā arī kopienām, minoritātēm un citām grupām (2.pielikums Ministru kabineta 2010.gada 18.maija noteikumiem Nr 461).

**Sociālais darbs ar ģimeni un bērniem:** sociālais darbinieks nodrošina sociālā darba pakalpojumu ģimenēm ar bērniem, visbiežāk sadarbojas ar ģimenēm, kurām ir grūtības bērnu audzināšanā, tās nonākušas konfliktsituācijās, bērni neapmeklē skolu, konstatēta bērnu pamešana novārtā vai ģimene nonākusi krīzes situācijā (vecāku šķiršanās, tuvinieku smaga slimība vai nāve u.c.). Sociālais darbinieks sniedz individuālas konsultācijas, veic intervijas ar ģimeni, motivē un iedrošina ģimenes līdzdarboties un patstāvīgi risināt problēmas, sniedz nepieciešamo informāciju un emocionālo atbalstu, palīdz attīstīt nepieciešamās prasmes (konfliktsituāciju risināšanai, bērnu audzināšanai u.c.).

**Sociālais darbs ar īpašo vajadzību cilvēkiem:** sociālais darbinieks nodrošina sociālā darba pakalpojumu personam ar īpašām vajadzībām, visbiežāk sadarbojas ar citam valsts, pašvaldības un nevalstiskam organizācijam, veic klienta vajadzību izvērtēšanu attiecīgo pakalpojumu saņemšanai, arī strādā ar klientu ar demenci. Nodarbināts slimnīcās, sociālās aprūpes centros, dienas centros, pašvaldības sociālajos dienestos.

**Sociālais darbs ar ieslodzītajiem un sodu izcietušām personām:** sociālais darbinieks strādā un nodrošina sociālā darba pakalpojumu personam brīvības atņemšanas iestādes, probācijas dienesta klientiem, sniedz individuālas konsultācijas, nodarbināts ieslodzījumu lietu pārvaldē, valsts probācijas dienesta.

**Sociālais darbs ar dažādās atkarībās nonākušiem cilvēkiem, viņu ģimenes locekļiem:** sociālais darbinieks strādā un nodrošina sociālā darba pakalpojumu atkarību izraisīto vielu lietotājiem, sniedz individuālas konsultācijas, nodarbināts slimnīcās, krīzes centros, pašvaldības sociālajos dienestos.

**Sociālais darbs ar dažādu minoritāšu – tautības, reliģijas, ādas krāsas, seksuālās piederības pārstāvjiem:** sociālais darbinieks sniedz sociālā darba pakalpojumu dažādu minoritāšu pārstāvjiem, mobilizē un piesaista resursus, nodarbināts izglītības iestādēs, krīzes centros, dienas centros, pašvaldības sociālajos dienestos.

**Sociālais darbs ar bezpajumtniekiem:** visbiežāk strādā ielu sociālie darbinieki, sniedz sociālā darba pakalpojumu bezpajumtniekiem, personām bez noteiktās dzīves vietas, krīzes situācijā nonākušām personām, kur bieži var būt saskare arī ar klientu ar demenci, kurš

ir nonācis krīzes situācijā, nodarbināts slimnīcās, patversmēs, mobilā brigādē, pašvaldības sociālajos dienestos.

**gerontoloģiskais sociālais darbs:** sociālais darbinieks strādā ar īpašu klientu grupu veciem cilvēkiem, īpašs saskarsmes process, strādājot ar šo sociālo grupu visbiežāk sanāk saskarties ar klientu ar demenci, nodarbināts dienas aprūpes centros, slimnīcās, ilgstošās aprūpes institūcijās, pašvaldības sociālajos dienestos.

**Sociālais darbs ilgstošas sociālās aprūpes institūcijā:** sociālās darbinieks sniedz sociālos pakalpojumus personām, kuras vecuma vai veselības stāvokļa dēļ nespēj sevi aprūpet, plāno un vada sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas darbu institūcija, starpdisciplināras komandas vadīšana, sastāda sociālas aprūpes/rehabilitācijas plānu, organizē un kontrolē sociālā darba speciālistu un aprūpētāju darbu, veic un organizē klientu izvērtēšanu, veic sociālā gadījuma risināšanu, pārstāv klienta intereses citās institūcijās, organizē un vada kultūras pasākumus un brīva laika aktivitātes institūcijas klientiem, izstrāda projektu pieteikumus, darbs ar klientu tuviniekiem. (Latvijas profesionālo sociāla darba speciālistu asociācija, 2002.).

Sociālā darba speciālistu profesiju standarti norāda, ka „sociālais darbinieks pārrauga pārējo sociālā darba speciālistu - sociālās palīdzības organizatoru, sociālo aprūpētāju un sociālo rehabilitētāju - darbību. Viņš veic supervīziju: sniedz profesionālu un rehabilitējošu atbalstu sociālā darba speciālistiem ar mazāku pieredzi vai ar zemāku kvalifikāciju” (Latvijas profesionālo sociāla darba speciālistu asociācija, 2002). Autore secina, ka pētījuma kontekstā iepriekš citētais apraksts norāda uz sociālā darbinieka centrālo lomu sociālā darba ar klientu ar demenci organizēšanā un komunikācijas koordinēšanā.

Saskaņā ar profesiju klasifikatoru, sociālais darbinieks: identificē klienta (indivīda, grupas) sociālās problēmas un vada sociālā gadījuma risināšanas gaitu; apzina, mobilizē, organizē un piesaista resursus. Izveido starpprofesionālo komandu, nodrošina tās vadību un ilglaicīgu funkcionēšanu. Pārstāv klienta intereses un tiesības citās institūcijās, analizē sociālo problēmu cēloņus un izstrādā priekšlikumus sociālo problēmu risināšanai mikro, mezo un makro līmenī; veicina uzlabojumus un izmaiņas kopienas un visas sabiedrības sociālajā attīstībā, sakārtojot kopienas un valsts sociālo vidi; novērtē sociālās politikas efektivitāti, sociālo pakalpojumu kvalitāti un atbilstību iedzīvotāju vajadzībām, kā arī pakalpojumu pieejamību sabiedrībai; veic un attīsta sociālā darba pētījumus, programmas un projektus; organizē un veic profilaktisko sociālo darbu, lai novērstu sociālo problēmu rašanos; veic supervīziju; vada citus darbiniekus. (LR IZM rīkojums Nr. 351).

Autore secina, ka uzskaitītās funkcijas ir vispārīgas, tomēr to pamatā ir mērķis „sniegt konsultatīvu, organizatorisku palīdzību klientiem sociālo problēmu risināšanas procesā, kā arī sniegt sociālos pakalpojumus”.

**Sociālais darbs ilgstošās sociālās aprūpes institūcijas** Sociālā darba pakalpojumu nodrošināšana institūcijās prasa veidot unikālu fiziskā, psiholoģiskā, sociālā un ģimenes atbalsta kombināciju, veicinot klientu fiziskās, psiholoģiskās un sociālās funkcionēšanas spējas (NASW 2015).

Ilgstošās sociālās aprūpes un rehabilitācijas institūciju pakalpojuma nepieciešamība visbiežāk rodas starp gados veciem cilvēkiem, kā arī gados jauniem cilvēkiem fizisko, psihisko saslimšanu vai attīstības traucējumu dēļ.

Bet protams ka svarīgāka prioritāte ir sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas sniegšana, sociālo funkciju saglabāšana, kā arī veselības aprūpes pakalpojums.

Sociālā aprūpe ir individuālās identitātes pamats, jo nosaka mūsu sociālās mijiedarbības iespējas un attiecības. Aprūpe var tikt realizēta privātajā un publiskajā sektorā, ģimenē un kā sabiedriska pakalpojums, to var nodrošināt brīvprātīgā darba, neformālu attiecību vai profesionālā veidā. Aprūpes organizāciju ietekmē demogrāfiski, sociāli, politiski un ekonomiski faktori. Analizējot aprūpi jāpievērš uzmanība atbildīgajam aģentam (piemēram, privāts/sabiedriska, centralizēti vadīts, pakļauts vietējai varai) (Phillips, 2007, 4). Dzīvescikla perspektīva ir nozīmīga aprūpes nodrošinājumā, jo aprūpes saņēmējs un aprūpes nodrošinātājs dzīves laikā var mainīties vietām. Vecāka gadagājuma klientiem svarīgāks būs veselības nodrošināšanas konteksts, bet bērniem izglītība siespējas aprūpes kontekstā. Aprūpes saņēmēja un aprūpes nodrošinātāja attiecības mainās dzīvescikla laikā. Arī dažādu disciplīnu pārstāvju iesaiste aprūpes procesā atšķirīgām vecuma grupām ir dažāda, ko noska galvenie aprūpes mērķi (piemēram reprodiktīvā uzvedība, deinstitucionalizācijas perspektīvas). Aprūpes jēdziens ietekmē kultūras vērtības, starpkultūru aspekts ir viens no stūrakmeņiem katram klientam individuāli atbilstošas aprūpes nodrošināšanā (Phillips, 2007, 5-6).

Tādēļ darbs ilgstošās sociālās aprūpes un rehabilitācijas institūcijās prasa īpašas prasmes un svarīgs nosacījums ir ētikas ievērošana un darba plānošana, jo sociālais darbinieks veicot sociālo darbu ilgstošās sociālās aprūpes un rehabilitācijas institūcijā, saskaras un sniedz pakalpojumu ne tikai klientiem un viņu tuviniekiem, bet sadarbojās ar dažādu disciplīnu speciālistiem un citām institūcijām.

Ilgstošās sociālās aprūpes institūcijas divdesmitajā gadsimtā kritizētas kā vietas, kur tiek realizēta totāla kontrole, stingra, uz varas resursiem balstīta iekšējās uzvedības

reglamentācija, izolācija no ārpusaules. Amerikāņu izcelsmes sociālo procesu pētnieks Ervins Gofmans (*Erving Goffman*) ilgstošās aprūpes organizācijas pieskaita totālām organizācijām. Individīdi totālās organizācijās atrodas stingrā organizatoriskajā ietvarā, kas ir detalizēti plānots un rūpīgi uzraudzīts. Tajās darbojas skaidra klientu un personāla norobežošana, personālam ir tiesības sodīt un uzraudzīt. Jaunpienācēji tiek iekļauti, paredzot atteikšanos no iepriekšējās individualitātes (apģērbs, matu griezums, paradumi), paredzot organizācijas noteikumu ievērošanu (jauns vārds, identifikācijas Nr., liegta vai strikti ierobežota tikšanās ar draugiem un tuviniekiem) (Phillips, 2007, 106). Negatīvais ilgstošas sociālās aprūpes institūciju raksturojums ietekmējis arī de-institucionalizācijas idejas un popularitāti Eiropas Savienības valstīs, tajā skaitā Latvijā. (Townsend, citēts pēc Phillips, 2007, 107). Privātās telpas neaizskaramība ir viens no pretrunīgāk vērtētajiem jēdzieniem institucionālās aprūpes klientiem. Piemēram, iespēja nodrošināt personīgo lietu drošu un pieejamu glabāšanu, individualizētu, ierastu priekšmetu izvietojumu tuvākajā apkārtnē (fotogrāfijas, mēbeles, greznuma priekšmeti utml.). Ilgstošās aprūpes institūcijās šī personīgā telpa aizstāta ar nevietu (Baumans, 2001, 130-6), kurā var nākt un iet jebkurš, kurā nav nekā individuāla, personīgi dārga, atmiņas rosinoša. Institūcijās zūd robeža starp personisko un sabiedrisko telpu, kas īpaši nozīmīgi klientiem ar atmiņas un orientācijas telpā traucējumiem. Sociālā darba proces problēmu identifikāciju, novērtējumu, plānošanu, intervenci un novērtējumu un refleksiju, lai iegūto pieredzi ņemtu vērā tālākajā praksē. Taču procesu nevar raksturot kā lineāru, jo procesā atkārtoti jāatgriežas pie iepriekš veiktā, jāpārvērtē un jāpilnveido izvēlētas metodes, sadarbībā iesaistītās personas, kuras pārstāv dažādas disciplīnas (Lymbert, Postle, 2007, 111-116).

Nākošajā nodaļā autore veiks izpēti dažādu disciplīnu speciālistu sadarbībai sociālajā darbā

## **1.2. Starpdisciplināritāte sociālajā darbā**

Sociālais darbs ne vien attiecībā uz klientiem ar demenci, bet – attiecībā uz dažādām sociālajām problēmām, vienmēr iesaista dažādu disciplīnu speciālistus.

Kanādas organizācija „Nūfoundlendas un Labradoras sociālo darbinieku asociācija” 1998. gadā sagatavotajā diskusiju dokumentā „Starpdisciplinārais komandas darbs” norādījusi, ka starpdisciplinārā darba definīcija ir: prakse ar diviem vai vairākiem speciālistiem no vismaz divām vai vairākām zināšanu un aktivitāšu jomām, kuri veic specifiskus uzdevumus, īsteno noteiktas lomas un strādā savstarpēji cieši saistītā saiknē, lai

īstenotu kopēju mērķi. (The Newfoundland and Labrador Association of Social Workers, 1998, 4).

Minētā organizācija norāda, ka starpdisciplinārajā darbā izdalāmi vairāki pozitīvi ieguvumi, kas iedalās:

1) ieguvumi klientiem:

- daudz holistiskāka (vienotāka) un uz klientu orientēta pieeja;
- daudz būtiskāki pakalpojumi, kas balstīti daudz precīzākā vajadzību apzināšanā;
- klienti ir mazāk apdraudēti;
- klientiem ir pieeja daudzveidīgākiem resursiem veidā, kas ir daudz efektīvāks nekā ārpus komandas darba ietvariem;

2) ieguvumi komandas locekļiem:

- kopīgu vērtību attīstība attiecībā uz starpniecību;
- profesionālo identitāšu lielāka integrēšanās;
- dažādu ikdienā nesaistītu profesionāļu ciešāka sadarbība, otra darba nianšu labāka izpratne;
- lielāka darba apmierinātība, pirmkārt, dēļ lielākām profesionālās izaugsmes, attīstības iespējām; otrkārt, sniedzot un saņemot intelektuālu stimulāciju un savstarpēju atbalstu; treškārt – attīstot cieņu un zināšanas par citām specialitātēm;

3) ieguvumi organizācijām:

- nodrošinājums organizācijas piedāvātajiem pakalpojumiem konsekveci un kvalitatīvi;
- daudz efektīvāka personāla resursu izmantošana, pirmkārt, uzlabojot sadarbību starp profesionāļiem; otrkārt, speciālistiem dodot iespēju koncentrēties vairāk uz savām specifiskajām prasmēm un iemaņām; treškārt, daudz efektīvāk izmantojot arī atbalsta personālu. (The Newfoundland and Labrador Association of Social Workers, 1998, 4-5).

Demences kontekstā, aplūkojot dažādu valstu un starptautisko organizāciju pieredzi un ieteikumus, atbalstu demences pacientiem jāsniedz kompleksi, iesaistot un iesaistoties dažādiem sabiedrības subjektiem. Tā, piemēram, nacionālajā mērogā Skotijas Alcheimera biedrība definējusi t.s. astoņu pīlāru modeli, kas ietver:

1. demences atbalsta koordinators – profesionāls medicīniskais darbinieks, kurš vada un atbild par pacienta aprūpi, ārstēšanu un atbalstu, kā arī par viņa kopēja atbalstu ilgtermiņā, koordinējot viņu pieeju, sasaisti ar pārējiem atbalsta pīlāriem un nodrošinot efektīvu starpniecību vispārējā veselības un sociālajā aprūpē;
2. atbalsts kopējiem – proaktīva nacionāla un lokāla pieeja, lai atbalstītu kopējus un uzturētu viņu veselību un labklājību;
3. personalizēts atbalsts – fleksibli un uz personām orientēti servisi, lai veicinātu demences pacientu iesaistīšanos, līdzdalību sabiedrības dzīvē un viņu patstāvību;
4. sabiedrības sasaiste caur dažādām saiknēm, „savienojumiem” – nacionāls un lokāls atbalsts specifisku sociālo tīklu izveidei un attīstīšanai, kuros, aktīvi iesaistoties un līdzdarbojoties, iegūtu gan demences slimnieki, gan viņu kopēji;
5. vide – dažādas adaptācijas, palīdzības, dizaina izmaiņas, palīgtechnoloģijas, lai uzturētu demences pacientu patstāvību un palīdzētu viņu kopējiem;
6. mentālās veselības aprūpe un ārstēšana – pieeja psihiatriskajiem un psihologu pakalpojumiem, lai uzturētu garīgās veselības labklājību;
7. vispārējā veselības aprūpe un primārās medicīnas pakalpojumi – regulāra un vispārēja pacienta ar demenciveselības stāvokļa izvērtēšana, lai uzturētu viņa fizisko veselību un labsajūtu;
8. terapeitiska iejaukšanās, lai mazinātu, novērstu demences simptomus – specifiskas demences terapijas, lai aizkavētu dažādās dezorientācijas, maksimizētu pacienta patstāvību un uzlabotu viņa dzīves kvalitāti. (Yates-Bolton, et al., 2012; Dalrymple, 2013).

Autore secina, ka Skotijas piemērs *a priori* nosaka nacionālā mērogā, ka demences pacientu sociālajā aprūpē nepieciešams iesaistīties ne vien dažādiem speciālistiem, bet arī visai sabiedrībai kopumā – tas, pēc autores domām, nozīmē, ka sociālais darbs ar pacientu ar demenci ietver 3 līmeņus.

1. Klienta ar demenci ikdienas aprūpi, kurā tiešā veidā iesaistīts ir aprūpētājs, kurš sadarbojās un izpilda sociālā darbinieka (pēc klientu vajadzību izvērtēšanas) sastādīto aprūpes plānu.
2. Klienta ar demenci sociālo aprūpi, kurā tieši iesaistīti dažādi speciālisti, lai ārstētu pacientu ar demenci, kuru starpdisciplināro darbu vada tiesi sociālais darbinieks.
3. Klienta ar demenci aprūpi un atbalstu no sabiedrības puses, iesaistoties gan dažādiem speciālistiem, piemēram, arhitektiem, izstrādājot dizainus lielveikaliem,

atbilstoši pacientu ar demenci uzvedības specifikai, u.tml. (Yates-Bolton, et al., 2007, 8).

Klienta vides uzlabošana ir viens no galvenajiem faktoriem, kas var uzlabot klientu ar demenci dzīves kvalitāti ilgstošās aprūpes institūcijās. Tas attiecas gan uz fizisko, gan sociālo un psiholoģisko vidi, jo klienta funkcionālo aktivitāti, kas ir priekšnoteikums slimības gaitas nesteidzināšanai ietekmē gan telpas, to pieejamība, vides priekšmeti, gan dienaskārtība, tās sakārtotība, kurā tomēr jābūt arī emocijas atraisošiem elementiem, gan psiholoģiskais klimats (mierīgums, balss nepadzišana utml.).

Attiecībā uz disciplinām sociālajā darbā ar klientiem ar demenci vērojamas dažādas pieejas. Piemēram, Īrijas Alcheimera biedrība definē, ka starpdisciplinārajā komandā jābūt speciālistiem šādās jomās:

1. profilaktiskā terapija – nefarmakoloģiskā iejaukšanās un izaicinājumus saturoša uzvedība;
2. runas un valodas terapija – komunikācijas uzlabošanai;
3. fizioterapija - fiziskās aktivitātes;
4. sociālais darbs;
5. medmāsu atbalsts. (The Alzheimer society of Ireland, 2013).

Svarīga ir sociāla darbinieka iesaiste, sociālas darbinieks iesaistās kā sociālās aprūpes procesa koordinators, sadarbojoties ar dažādu disciplīnu pārstāvjiem, gan pacienta tuviniekiem, sniedzot nepieciešamo atbalstu.

Cita pieeja norāda uz plašāku speciālistu iesaisti – saskaņā ar to disciplīnas sociālajā darbā ar klientiem ar demenci, un to loma demences pacientu apkopē ir: medmāsām – viņas sniedz personisko aprūpi un palīdz ikdienas aktivitātēs, pārvalda ar slimību saistītos simptomus. Tāpat medmāsa izpilda ārsta noteiktās procedūras un dod zāles, ņemot vērā farmakoloģisko iedarbību, mijiedarbību ar citām zālēm un blaknes. Nodrošina terapeitiskās komunikācijas vidi un demences simptomu dažādas pārvarēšanas stratēģijas, aizstāv pacienta intereses. Medmāsas pienākumos ietilpst arī apmācīt ģimenes pārstāvjus, aprūpētājus un pacientus saskarei ar konkrēto pacientu, kā arī izstrādāt aprūpes plānu sadarbībā ar starpnozaru komandas biedriem un izmantot iespējas pacientiem tikt pie dažādiem to slimības kontekstā esošajiem pieejamajiem resursiem. (Gitlin, Earlands, 2010).

Praktizējošās medmāsas – nodrošina vienkāršu, ilgstošu veselības aprūpi un sadarbojas ar ārstiem un citu disciplīnu pārstāvjiem lai izstrādātu aprūpes plānu pacientam ar demenci. Praktizējošā medmāsa nodrošina arī apmācības sesijas aprūpes personālam par klientu ar demenci aprūpi, kā arī sniedz šādas konsultācijas vai rosina atbalsta grupu veidošanu ģimenēm, no kurām nāk pacienti ar demenci. (Gitlin, Earlands, 2010).

Primārās veselības aprūpes ārsts – viņa funkcijās ietilpst kognitīvo funkciju izmaiņu fiksēšana pacientam ar demenci, pacienta un ģimenes konsultēšana, kā arī medicīniskās terapijas uzsākšana vai monitorēšana. Ģimenes ārsts nozīmē arī pacientu tālākiem izmeklējumiem pie speciālistiem; Austrālijas Rietuma Austrālijas reģiona Veselības departamenta 2011. gada publikācijā „*Dementia Model of Care*” norādīts, ka tieši ģimenes ārsts ieņem īpaši nozīmīgu lomu demences pacienta aprūpē. Viņa funkcijas ir: Nodrošināt veselības profilaktiskos pasākumus, kas jau pirms iespējamās demences sākuma visiem pacientiem preventīvi var samazināt tās rašanās riskus; nodrošināt pacienta ar demenci aprūpes vispārīgo menedžmentu; nosūtīt demences pacientu pie dažādiem speciālistiem; nosūtīt demences pacientu uz specializētām ar slimības ārstēšanu, aprūpi saistītām iestādēm; informēt demences pacientu/aprūpētāju par dažādiem iespējamiem pakalpojumiem, kas varētu jebkādā veidā atvieglot, palīdzēt, pacientam vai/un aprūpētājam; citas funkcijas (Department of Health, Westrn Australia, 2011, 15-17).

Parasti primārās aprūpes ārsts strādā ciešā sadarbībā ar sociāla darba speciālistu, kurš ir sociālās aprūpes koordinators, ja tāda sadarbība izstrūks, tad tas varētu kavēt un ietekmēt kvalitāvu pacienta aprūpi, jo ir svarīgi sadarboties tiesi pacienta labā, lai būtu iesaistīti visi nepieciešamie disciplīnu speciālisti.

Geriatrs – nodrošina savu kā eksperta izvērtējumu pacientam, diagnosticējot, menedžējot netipiskus vai komplikētus demences simptomus, izpausmes. Geriatrs veic arī specializētu ekspertīzi uzvedības simptomiem un saistītajām slimībām un nodrošina informāciju par sabiedrības resursiem pacienta mājās vai speciālajā aprūpē. Geriatra funkcijās ietilpst arī pacienta ģimenes konsultatīvs atbalsts. (Gitlin, Earlands, 2010). Senioru vecuma jeb pēc 65 gadiem, kad slimības mēdz pārklāties būtu nepieciešams būt tādām ārstam, kurš labi pārzinātu organisma bioloģiskos novecošanas procesus, tāds ir geriatrs, bet diemžēl Latvijā ir ļoti maz sertificētu geriātru, tāpēc viss uzsvars ir uz ģimenes ārstiem.

Geriatrs psihiatrs – eksperts pilna spektra kognitīvo traucējumu un uzvedības izpausmju izvērtēšanā un diagnosticēšanā, kā arī citu saistīto psihiatrisko problēmu noteikšanā. Rekomendē un monitorē medicīnas terapiju, konsultē ģimeni un koordinējas ar citu sociālo disciplīnu pārstāvjiem par tālāko ārstēšanu. (Gitlin, Earlands, 2010). Latvijā diemžēl tāds speciālists piejams tikai Rīgas Austrumu slimnīcā geriatrijas centrā. (Latvijas avīze 11.03.2013).

Sociālais darbinieks – veic visaptverošu pacienta un kopēja izvērtēšanu, lai izstrādātu aprūpes plānu. Norāda uz sabiedrībā pieejamajiem resursiem pacienta vajadzību apmierināšanā, koordinē sociālo aprūpi ar slimnīcas un kopēju plāniem; nodrošina pacienta lietas pārvaldību, izglīto un dod padomus pacientam un ģimenei visu slimības laiku. Sociālais

darbinieks tāpat organizē dažādas aktivitātes, atbilstoši pacienta vajadzībām u.tml. (Gitlin, Earlands, 2010). Latvijā sociālais darbinieks izstrādā sociālās aprūpes plānu tikai tad, ja klients atrodas sociālās aprūpes iestādē, vai klientam nepieciešams aprūpe mājās pakalpojums. Latvija bieži vien valda stereotipi, kad klienta tuvinieki vairāk uzklausa medicīnu viedokli, nekā sociālo darbinieku viedokli.

Psihologs – veic neiropsiholoģisko novērtējumu pacientiem ar viegliem kognitīvajiem traucējumiem, demenci, nodrošinot psihoterapiju un grupu terapiju. (Gitlin, Earlands, 2010). Praksē sanāk ka, psihologs strādā vairāk ar klienta tuviniekiem.

Farmakologs – monitorē un koriģē farmakoterapiju, samazinot vai izslēdzot no tās medikamentus, kas var izraisīt vai saasināt demences simptomus; iesaka dažādas farmakoterapijas iespējas un monitorē iespējamo kaitīgo zāļu ietekmi. Farmakologs konsultē arī pacientu un ģimeni, kopējus par jautājumiem, kas saistīti ar zāļu lietošanu un sniedz palīdzību citu disciplīnu speciālistiem, lai uzlabotu medicīnisko ārstēšanu, apkopi pacientam ar demenci. (Gitlin, Earlands, 2010). Gadījumā kad sociālais darbinieks ir sociālā aprūpes procesa koordinators, svarīga sadarbība ar visiem aprūpē iesaistītajiem profesionāļiem, efektīvākai un uz klienta vajadzībām vērstai aprūpei.

Fizioterapeits – nodrošina ieteikumus gan pacientam, gan viņa kopējam (ieskaitot apmācību un izglītošanu), lai maksimizēt ikdienas aktivitāšu līmeni, dažādas funkcijas, mobilitāti. Fizioterapeits konsultē arī par apkārtējas vides ergonomiskumu atbilstoši demences specifikai, lai samazinātu kritienu un traumu risku un sadarbojas ar citiem starpdisciplinārajiem speciālistiem; dietologs – sniedz palīdzību ieteikumos, kā un ko labāk lietot uzturā pacientam ar demenci. (Gitlin, Earlands, 2010). Fizioterapeits ir svarīgs starpdisciplināras komandas speciālists, ar ka palīdzību tiek pildīta svarīga sociālās aprūpes plāna daļa.

Garīdznieks – atkarībā no pacienta un/vai viņa ģimenes reliģiskās pārliecības palīdz morāli; ļoti svarīga ir komunikācija ar ģimenes locekli, kas nodrošina citus speciālistus ar informāciju par pacienta vidi, ikdienas aktivitātēm, vajadzībām, spējām, interesēm u.tml. (Gitlin, Earlands, 2010). Svarīgs nosacījums lai klients arī ārpus ģimenes aprūpē, nezaudētu viņa ierasto saiti, komunikāciju ar garīdznieku.

Autore secina, ka no augšminētajiem speciālistiem ilgstošās sociālās aprūpes institūcija pieejami šādi starpdisciplinārā sadarbība ietver visus speciālistus, kuri tieši piedalās pacienta ar demenci aprūpē un rehabilitācijā. Piemēram, mediķi, aprūpētāji, sociālie darbinieki un iestādes administrācija, ar ko klients saskaras uzturēšanās laikā institūcijā. Ņemot vērā lielo dažādo disciplīnu skaitu, autore nākošajā nodaļā veiks iespējamo barjeru izpēti starp šiem iesaistītajiem dalībniekiem.

### 1.3. Starpdisciplinārās sadarbības organizācija un barjeras

**Sadarbība** tiek uzskatīta par procesu, kur izšķiroša loma ir komunikācijai. Veiksmīga sadarbība var veidoties, tad visiem darbiniekiem ir vienošanās par kopīgiem mērķiem, sadarbības prasmes, uzticēšanās utt. Pēdējo gadu pētījumi liecina, ka tiesi attieksme ir izšķiroša pie sadarbības un ne tik liela mērā pieredze un prasmes. Tas arī apstiprinās darbā ar klientu ar demenci ilgstošās sociālās aprūpes iestades, kur ir ļoti svarīga darbinieku attieksme pret veicamo darbu un klientu ar demenci. Tebors Šolcs (*Thebor Scholz*) un Gērts Lovinks (*Gert Lovink*) uzsver šadas sadarbības vadlīnijas: uzticēšanās un savstarpējā ciena, skaidri un sasniedzami mērķi, labi definētas intereses un vajadzības, tieša un netieša komunikācija, komunikatīvas prasmes ( izteikties skaidri, īsi, „pašreflektēt”, kontrolēt velmi uzspiest savu viedokli), ilgtermiņa skatījums, vēlēšanas dalīties, pazemība (Lovink, Scholz, 2004). Minētas kvalitātes ietver gan individuus, gan grupu un organizāciju līmeni, tādēļ sadarbība kā fenomēns var izpausties tikai tad, ja visos līmeņos visiem iesaistītajiem darbiniekiem piemīt šadas īpašības.

Deivs Polards sadarbību definē ka „*strādāšanu kopā, lai radītu daudz pāraku rezultātu par to, kādu atsevišķi darbojušies indivīdi jebkad varetu sasniegt*” (Polard, 2004). Un izdala trīs atšķirīgas izpratnes un interpretācijas, sadarbībai tiek izšķirtas tadas pakapes kā **koordinācija, sadarbība un kopdarbība** (*coordinātion, cooperation, collaboration*).

**Koordinācija** - kopīgie mērķi, jaiesaistas vairākām personam, izpratne par vajadzībām, sasniedzami mērķi, problēmu risināšanas mehānisms. Mērķis – indivīdu rīcības saskaņošana noteikta uzdevuma izpildei. Rezultāts- efektivitāte.

**Sadarbība** - kopīgie mērķi, jaiesaistas vairākām personam, savstarpējā uzticesanās un ciena, savstarpēja labuma atzīšana, kopa strādājot. Konsultācijas, dalīšanās ar zināšanām, skaidrs lomu sadalījums. Mērķis – abpusējs labums. Rezultāts- efektivitāte, laika un izmaksu ietaupījums. (Bīte, 2012).

**Kopdarbība** - kopīgie mērķi, jaiesaistas vairākām personam, savstarpējā uzticesanās un ciena, saistību uzņemšanas, dinamisks process, piederības izjūta, atvērta komunikācija, papildinātība, zināšanu un prasmju dažādība, kopīga izpratne, sadarbības prasmes. Mērķis – kolektīva labuma sasniegšana. Rezultāts - efektivitāte, laika un izmaksu ietaupījums, inovatīvi, ekstraordināri rezultāti. (Pollard D. 2005).

Līdzīga sadarbība aprakstīta arī Terezās Hogju kvalifikācija, kur ir izdalīti pieci sadarbības attīstības līmeņi, līdzaspastāvēšana, komunikācija (iepazīšanās, resursu apzināšana), koordinācija (kopīga mērķa izvirzīšana), kopdarbība (kopīgs darbs, plāna ieviešana), koadunācija (pēc mērķa sasniegšanas tiek pieņemts lēmums turpināt sadarbību).

Līmeni tiek izšķirti pēc mērka, organizācijas struktūras, lemmu pieņemšanas procesa. Koadunācija raksturo augstāko integrācijas pakāpi (Hogue, T. 2004, citēts pēc Bite, D., 2012)

Pieejamajos pētījumos aplūkoti konkrēti, šauri šīs problēmas aspekti, kurus autore aplūkos šīs nodaļas ietvaros, lai izdarītu secinājumus sadarbību un par vispārīgajām barjerām starp dažādām disciplinām sociālajā darbā.

1955. gadā amerikāņu pētnieces D. Makkjūskija un V.J. Konoveja, pētot starpdisciplināro sadarbību izglītības jomā, secināja, ka viena no nozīmīgām starpdisciplinātām barjerām varētu būt – profesionālās atšķirības. Tās ietver gan specifiskos terminus, profesionālo žargonu specifiskās zināšanas un tehnikas. (McCuskey, 1955, 396-399). Kanādas organizācija „Nūfoundlendas un Labradoras sociālo darbinieku asociācija” 1998. gadā sagatavotajā diskusiju dokumentā „Starpdisciplinārais komandas darbs” (The Newfoundland and Labrador Association of Social Workers, 1998, 4). norādījusi, ka starpdisciplinārā darba barjeras vispārīgā izpratnē sociālajā darbā var būt saistītas ar: profesionālo kultūru sadursmi; dažādu lomu problēmām; grupas domāšanu; grupas tirāniju un deprofesionalizāciju.

**Profesionālo kultūru sadursme** – sociālo darbinieku biežākās frustrācijas cēloņi ir sadarbība ar medicīnisko personālu, ko viņi uztver kā profesionāļus, kuri nav orientēti uz klientu tiesībām pašnoteikties. Autore uzskata, ka šī varētu būt nozīmīga barjera arī Latvijā, kur citu disciplīnu speciālisti nevienmēr ir orientēti uz klientu tiesībām, kas savukārt ir svarīgi sociālajam darbiniekam. Ētikas vai vērtību dilemmas, ar kurām ikdienā ir jāstopas sociālajam darbiniekam, jo citu disciplīnu pārstāvjiem.

**Dažādas lomu problēmas** – tās ietver, pirmkārt, lomu sāncensību – vai sociālā darbinieka, medmāsas vai darba terapeita norādījumi būs dominējoši sociālajā darbā u.tml.; otrkārt – lomu neskaidrība un pārklāšanās – starpdisciplinārā sadarbība nozīmē atteikšanos no kaut kādas daļas profesionālās autonomijas: iesaistītajiem speciālistiem ir jādalās ar savām zināšanām, novērojumiem, secinājumiem u.tml.; treškārt – lomu definēšana: 1989. gada pētījumā noskaidrots, ka sociālie darbinieki uzskata, ka klientu konsultēšana ir viena no viņu funkcijām, turpretī terapeiti to neuzskata par sociālā darbinieka funkciju. Autore uzskata, ka šī varētu būt nozīmīga barjera arī Latvijā, jo bieži ilgstošās sociālās aprūpes institūcijās tiek novērots, ka robežas starp veicamajiem darbiem saplūst, kad sociālais darbinieks veic vairākas funkcijas klienta ar demenci aprūpē. (Yates-Bolton, et al., 2007, 36-38; The Newfoundland and Labrador Association of Social Workers, 1998).

**Grupās domāšana** – fenomens, kura ietvaros grupas locekļi piekrīt tam, ko par pareizu uzskata grupas vairākums. Tas mazina kritisko domāšanu un šādas grupas darba efektivitāti. Latvija tas bieži izpaužas kā aizspriedumi darbā ar kādām jaunām metodēm vai

veicamajiem pienākumiem, kā arī veicamo darbu rutīna, kas varētu būtiski ietekmēt sociālas aprūpes procesu (Yates-Bolton, et al., 2007, 37).

**Grupas tirānija** – grupas tiešs un netiešs spiediens uz kādu no tās locekļiem, kura var būt sastopama, bet prasa specifiskas, bieži ilgstošas metodes, lai to atklātu. Par to netieši var liecināt, piemēram, bieža personāla maiņa, kas ir noverojama ilgstošās sociālās aprūpes institūcijās (Yates-Bolton, et al., 2007, 38).

**Deprofesionalizācija** – komandas locekļu spēju unificēšana, piedēvējot noteiktas profesijas zināšanas jebkuram no grupas locekļiem, par cik visi strādā vienā komandā. (The Newfoundland and Labrador Association of Social Workers, 1998, 4). Noverojama, kad skaidri nav nodalītas darba funkcijas. Latvijās ilgstošās sociālas aprūpes iestādēs bieži novērojama pretējā tendence starp medicīnas personālu un sociālā darba speciālistiem, kad piemēram klientam ar demenci ir nozīmēta kāda medicīniska indikācija, bet sociālā darba speciālisti par to netiek informēti.

Varētu secināt, ka Latvijā, tiek novērotas šādas starpdisciplināras barjeras, kuras verētu kavēt veiksmīgu starpdisciplināro sadarbību īpaši ilgstošās sociālās aprūpes institūcijās, – profesionālo kultūru sadursme, ētikas dilemmas, dažādu lomu problēmas, veicamo profesionālo darbu rutīna, novērots, ka institucionālajā aprūpē (slimnīcās, SAC) vēsturiski ir iegājies, ka sociālais darbinieks mediķiem kalpo kā „rokasmeita”, kas pilda mediķu norādījumus, tas arī apstiprinājās interviju laikā ar ilgstošās sociālās aprūpes institūcijas darbiniekiem, novērots atbildības robežu neizpratne, kurš par ko ir atbildīgs, klientu tuvinieku neizpratne par sociālā darba lomu aprūpes procesā, bieža aprūpes personāla maiņa, deprofesionalizācija, kuras būtu speciāli jāpēta, lai konstatētu, kāpēc tas rodas.

Sociālajā darbā un citur ir savlaicīgi diagnosticēt demenci. Demences diagnostiku un savlaicīgu aprūpes nodrošināšanu var kavēt gan institucionāli, ar medicīnisko aprūpi saistīti, gan personiski, individuāli šķēršļi jeb barjeras. Medicīnas un sociālās aprūpes atšķirības (skat. 1.1. attēlu).

#### **Medicīniskas un sociālās aprūpes atšķirības**

	<b>ĀRSTĒŠANA</b>	<b>APRŪPE</b>
<b>NOSACIJUMI</b>	Akūta	Hroniska
<b>STATUSS</b>	Augsts	Zems
<b>TELPA</b>	Slimnīca	Māja, institūcija
<b>PROFESIJA</b>	Dakteris	Māsa, aprūpētājs
<b>APRŪPES PRINCIPI</b>	Racionālitate	Emocijas, intūicija
<b>FINANSĒJUMS</b>	Augsts	Zems

1.1. att. Medicīniskās un sociālās aprūpes atšķirības. (Phillip, 2007,126)

Starpdisciplinārās sadarbības problēmas var atklāties dažādos sociālā darba procesa posmos - izvērtēšanā (assessment), intervence (intervention), novērtēšana (evaluation) , katra no posmiem tiek izmantotas atbilstošas metodes, kuras sociālais darbinieks izmanto ņemot vērā klienta vajadzības, atspoguļojos darba procesu.

**Izvērtēšana-** iepazīšanās ar klientu, pirmreizēja vajadzību veselības, sociālās aprūpes un pakalpojumu izvērtēšana,

**Intervence** – iekļaušanās, pēc izvērtēšanas notiek starpdisciplinārais darbs, klientam nepieciešamajos aspektos, kuri atspoguļojās izvērtēšanā, veselības aprūpe, sociāla aprūpe (Lymbery, Postle, 2007, 202).

**Novērtēšana** – svarīgs posms kad atpoguļojais pavektais, iepriekš sastādītajā aprūpes/rehabilitācijas plāna un vai ir/nav sasniegts aprūpes/rehabilitācijas plāna mērķis. (noteikumi ilgstošās sociālās aprūpes institūcijās pilngadīgam personam 2014, skat.pielikumu Nr.10, veidlapa skat.pielikumu Nr.1-7).

Visos sociāla darba posmos ir svarīga starpdisciplināra sadarbība, jo arī veicot pirmreizējo izvērtēšanu sociālais darbinieks sadarbojas ar citu disciplīnu pārstāvjiem, sastāda sociālas aprūpes/rehabilitācijas plānu, izvērtējos visas klienta vajadzības gan veselības aprūpe, gan sociālajā aprūpē. It īpaši nozīmīga starpdisciplināra sadarbība ir intervences laikā, no tā ir atkarīgs viss ārstēšanas/aprūpes process. Kā arī novērtēšanas posmā, kas visi starpdisciplinārie profesionāļi sniedz savu novērtējumu par paveikto procesa posmu.

Sociālajā darbā un citur ir savlaicīgi diagnosticēt demenci. 2010. gadā britu pētnieki T. Koha un S. Ilaifs veica pētījumu par vispārējo novērtējumu barjerām, kādas pastāv pacientu ar demenci diagnosticēšanā un viņu slimības terapijā dažādu valstu primārajā veselībā. Kā galvenās barjeras tika identificētas un izpaūžas dažādās formās: atbilstošas aprūpētāju izglītības trūkums, nepietiekami ģimenes ārsta resursi, lai sniegtu visu optimālo palīdzību kļietam ar demenci, ģimenes ārstu limitēta pieeja speciālistu pakalpojumiem, informācijas trūkums par dažādiem sabiedrības resursiem pacientu ar demenci aprūpē.

Autore secina, ka šīs problēmas ir aktuālas arī Latvijā, par ko bieži tiek runāts publiskajā telpā attiecībā uz medicīnas jautājumiem vispār un demences saslimšanas izplatīšanu starp Latvijas iedzīvotājiem.

Laika ierobežojumi – ģimenes ārstu noslogotība rada ierobežotu laiku, lai veiktu optimālu nepieciešamo procedūru un darbību īstenošanu demences diagnosticēšanā. Finansiālie ierobežojumi – tie īpaši raksturīgi valstīm, kurās ģimenes ārstiem tiek tiešā veidā no valsts apmaksāti viņu sniegtie pakalpojumi, Latvija tā ir būtiska problēma. Kauns par slimību – dažādi pētījumi norāda, ka pacienti ar demenci vai to kopēji – tuvākie radnieki, slimības sākuma stadijā kaunas par stereotipu, ka viņi tiks uzskatīti par garīgi slimiem, tādēļ

izvēlas nogaidīt, līdz simptomi kļūst jau uzskatāmi, kas rada nākamo problēmu novēlota diagnozes noteikšana. Diagnozes nenoteiktība – ģimenes ārstu nepārliecīgā par demences diagnozi galvenokārt divu iemeslu dēļ – jo nav pietiekoši izglītoti šajā jautājumā; jo sākuma stadijā simptomi ir neizteikti, sertificētu ārstu geriatru trūkums. Novēlota pacientu parādīšana ārstiem – ģimenes neziņa par demences simptomiem, visbiežāk novērota problēma Latvijā, kad pats pacients neatzīst, bet ģimenes locekļi neatpazīst demences simptomus, bieži izskaidrojot to ar vecuma posma īpatnību vai uz rakstura īpašību. Terapeitiskais nihilisms – dažādi pētījumi norāda, ka ģimenes ārstu apsvērumi par nespēju sniegt adekvātu terapiju demencei rosina izvairīties no demences diagnosticēšanas. (Koch, Iliffe, 2010, 3-5).

Autore uzskata, ka nozīmīga vispārīgā barjera sociālajā darbā ar klientiem ar demenci arī Latvijā ir tieši starpdisciplināro komandu trūkums darbā ar pacientiem ar demenci – jo lielāko daļu šo jautājumu koordinē un risina parasti klienta tuvākie radnieki, it īpaši demences agrākajās (sākuma) stadijās.

Nozīmīgs aspekts demencei medicīniskā rakursā ir – medikamenti. Demences ārstēšanā tiek pielietoti dažādi psihofarmakoloģiskie līdzekļi. Tomēr tiem ir vērojamas dažādas indikācijas – šie līdzekļi bieži samazina: trauksmi, bailes; depresiju; sakaitināmību; fizisku agresivitāti; halucinācijas; murgus. (Skausigs, citēts Kulbergs, 2001, 353. lpp.).

Tomēr šie paši līdzekļi bieži nemazina citus simptomus: nemieru; bēgšanas mēģinājumus; uzbāzību citiem; maniakālu vajadzību pēc aktivitātes; nemieru naktīs; kliegšanu. (Skausigs, citēts Kulbergs, 2001, 353. lpp.).

Autore secina, ka tādējādi psihofarmakoloģiskie līdzekļi var ietekmēt sociālā darbinieka komunikāciju ar klientu ar demenci neviennozīmīgi – ja vieni simptomi tiek novērsti, citi turpina izpausties, un var pie šādu līdzekļu lietošanas izpausties saasinātāk.

**Medikalizācija** var apgrūtināt starpdisciplinārās sadarbības procesu, jo deformē sadarbības partneru statusu un piešķir galveno nozīmi medicīniskām indikācijām un ārstēšanai.

Medikalizācija ir process, kurā noteikti ikdienas dzīves notikumi vai raksturojumi kļūst par medicīnas daļu, tos sāk pārraudzīt veserības aprūpes sistēma, ārsti un citi medicīnas profesionāļi. Parasti medikalizācija ir saistīta ar sociālo attieksmju un terminoloģijas maiņu (Mežinska, Salane-Kuļikvska, 2013, 16). Piemēram, pārlieka klienta medicīniskās diagnozes nepieejamība sociālajam darbiniekam neļauj pilnvērtīgi izstrādāt sociālās rehabilitācijas plānu. Līdzīgi arī terminoloģija (nevis „klients”, bet „patients”), dažādu medicīnisku terminu lietošana var nošķirt medicīnas pārstāvjus no citiem aprūpes organizācijā iesaistītajiem dažādu disciplīnu pārstāvjiem. Pārlieka paļaušanās uz zāļu vielu lietošanu kā galveno aprūpes

faktoru arī ietilpst medikalizācijas veidā – farmaceitikalizācijā (Mežinska, Salmane-Kuļikovska, 2013, 7).

Amerikāņu pētnieces 2010. gada pētījumā norāda, ka efektīvas sadarbības priekšnoteikumi starpdisciplinārajā darbā ar klientiem ar demenci, ir: Koordinēta aprūpe starp mediķiem un aprūpētājiem; skaidra, atvērta komunikācija, ieskaitot klausīšanos, starp visiem iesaistītajiem dalībniekiem; starpdisciplinārajiem speciālistiem jābūt zināšanām un sapratnei par pacienta ģimenes specifiskajiem apstākļiem un vajadzībām; jebkuras problēmas risināšanā jābūt iesaistītiem vismaz diviem vismaz diviem dažādu disciplīnu pārstāvjiem; dalībnieku starpā jābūt vēlmei un interesei par tiem zināšanu pamatiem un vērtībām, kas ir viņa kolēģa darba pamatā; dalībnieku starpā jāvalda vienotai, konsekventai, nepārtrauktai organizacionālajai un komandas filozofijai par konkrētā pacienta demences ārstēšanu, pacienta apkopšanu. (Gitlin, Earlands, 2010).

Autore secina, ka demences efektīvai ārstēšanai un kvalitatīva sociālā aprūpes plāna īstenošanai ir nepieciešams, pirmkārt, vienota nostāja starp visiem iesaistītajiem dalībniekiem, tātad starpdisciplināra sadarbība kas vērsta uz klienta vajadzībām un efektīvāku medicīnas un sociālo aprūpi, otrkārt – svarīgi ir saprast visas kavējošās barjeras kas rodās ilgstošās sociālas aprūpes institūcijas starp medicīnas personālu, sociāla darba speciālistu un citu disciplīnu pārstāvjiem.

## 2. SOCIĀLAIS DARBS AR KLIENTU AR DEMENCI

Sociālais darbs ietver dažāda veida aktivitātes ar plašas amplitūdas sociālajām grupām sabiedrībā – tās ir gan ģimenes ar bērniem, veci cilvēki, bezpajumtnieki, invalīdi u.tml. Autores pētījuma kontekstā uzmanība pievērsta specifiskai cilvēku grupai – klientiem ar demenci. Sociāla darba speciālistu klasifikātorā nav atrodams un īpaši izdalīts sociālais darbs ar klientu ar demenci. Visbiežāk ar šo klientu grupu saskaras sociālie darbinieki kuri ir nodarbināti dienas aprūpes centros, slimnīcas sociālie darbinieki un ilgstošas sociālās aprūpes institūcijā. Tādēļ šīs nodaļas ietvaros autore veiks demences izpēti, sociālā darba ar klientiem ar demenci analīzi un padziļinātu izpēti.

### 2.1. Klienta ar demenci raksturojums

Demencei pieejami vairāki skaidrojumi zinātniskajā literatūrā:

„Demences pacients ir zaudējis agrākās spējas un prasmes attiecībā uz intelektu, zināšanām, atmiņu, valodu un jūtām. Demenci var izraisīt daudzas citas slimības, un tai ir daudz izpausmes formu” (Skausigs, citēts Kulbergs, 2001, 347. lpp.). Bieži var novērot ka, klients ar smagu demences formu var veikt tikai kadu vienu darbību, vai ilgstoši atrasties miegā.

Demence ir dažādas slimības un apstākļi, kas attīstās, smadzeņu nervu šūnām ejot bojā vai pārstājot funkcionēt normāli. Tā rezultātā šīs šūnas – neironi izraisa izmaiņas cilvēka atmiņā, uzvedībā, spējā skaidri domāt (Alzheimers Association, 2012, p. 4.). Zūd kontrole ar fizioloģiskajām vajadzībām, cilvēks vienlaicīgi var gan ēst, gan kārtot savas fizioloģiskās vajadzības.

Demence ir veselības stāvoklis, kad cilvēkā novērojama atmiņas samazināšanās UN vismaz vienā no šīm kognitīvajām spējām: Spējā ģenerēt sakarīgu runas vai rakstu valodu, spēja atpazīt vai identificēt objektus, ja nav fiziski bojāta sensorā funkcija; spējā izpildīt motoriskās aktivitātes, ja nav fiziski bojāta sensorā funkcija; spējā domāt abstrakti, izdarīt spriedumus, plānot un izpildīt kompleksus uzdevumus. Šīm pazīmēm jābūt tik stiprām, ka tās traucē ikdienas dzīvi cilvēkam. (Alzheimers Association, 2012, p. 5.).

Demences definīcija un apraksts var būt vairāk vai mazāk formulēts medicīniskos terminos, bet tas vienmēr ietver arī sociālās funkcijas un psiholoģiskās īpašības. Piemēram „sindroms, kas radies smadzeņu slimības rezultātā, parasti ar hronisku vai progresējošu norisi un daudzveidīgiem augstāko kortikālo funkciju traucējumiem, ieskaitot atmiņu, domāšanu,

orientāciju, saprašānu, rēķināšanu, spēju mācīties, runas un spriešanas spēju. Apziņa nav aptumšota. Parasti vienlaikus, ir kognitīvo funkciju traucējumi, tie reizēm jau sākumā izpaužas ar emocionālās kontroles, sociālās uzvedības vai motivācijas pārmaiņām. Sindroms sastopams Alcheimera slimības, cerebrovaskulāru slimību un citos gadījumos, ja primāri vai sekundāri tiek bojātas smadzenes” (Slimību Profilakses un Kontroles centrs, 2013).

Parasti novēro arī intelekta funkciju pazemināšanās (VSAC „Kurzeme”, 2012, 10. lpp.). Kas būtiski ietekme cilvēka dzīvesveidu, sociālajiem darbiniekiem kā arī visai starpdisciplinārajai komandai svarīgi identificēt un sastādīt klientam vispiemērotāko sociālās aprūpes plānu.

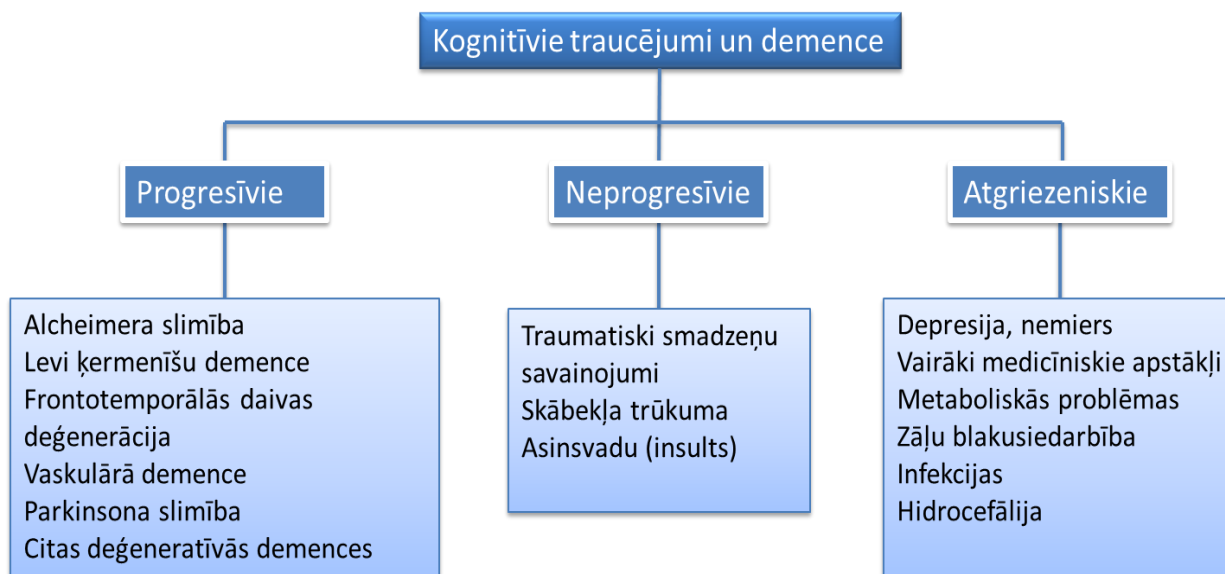
Autore secina, ka demence tādējādi ir apzīmējums pazīmēm, kuru rezultātā tiek traucētas cilvēka atmiņa un kognitīvās funkcijas tā, ka tās nozīmīgi ietekmē viņa dzīves kvalitāti, ikdienu, ir svarīgi atrast un piemērot vispiemērotāko uz klienta vajadzībam vērsto sociālās aprūpes plānu, kur iesaistīti visi nepieciešmie klientam speciālisti.

Kā demences cēloņi tiek minēti: Nervu sistēmas deģeneratīvas slimības (Alcheimera slimība, Parkinsona slimība); vaskulāras pataloģijas, kas izraisa smadzeņu asinsapgādes traucējumus; dažādas neiroloģiskas slimības (hidrocefālija, smadzeņu tumori, subdurālas hematomas); sistēmas saslimšanas (reimatisks slimības, kolagenozes); psihiatriskas slimības (depresija); aknu un nieru slimību izraisīti metaboli traucējumus (hipoglikēmija); infekcijas slimības (AIDS, Kreicfelda-Jakoba slimība); barības vielu deficīta stāvokļi (B12 vitamīna un folātu deficīts); hormonāli traucējumi (hipotireoīdisms); toksisku vielu iedarbība (narkotiku lietošana) (Paegle, Āboliņa, 2002).

## 2.1. attēlā aplūkojami citu autoru klasifikācija demences cēloņiem.

Saskaņā ar 2.1. attēlu, demenci izraisa 3 veidu cēloņi:

- progresīvie;
- neprogresīvie;
- atgriezeniskie



**2.1. att. Demences cēloņi (UCI Institute for Memory Impairments and Neurological Disorders, 2015)**

Autore secina, ka neprogresīvos visbiežāk izraisa traumatiskie apstākļi, un tie faktiski, pacientam paliek nemainīgi ilgtermiņā. Atgriezeniskie, savukārt, ir cēloņi, kas rada īslaicīgu demenci, tomēr ar pareizu/īslaicīgu ārstēšanu tos iespējams novērst. Psihiatrijas pētnieks Ū. B. Skausigs norāda, ka „10-20% demences stāvokļu ir reversibli, t.i., var ārstēt slimības cēloni un, ja tas noteikts pietiekami agri, izvairīties no demences attīstības” (Skausigs, citēts Kulbergs, 2001, 347. lpp.). Autore secina, ka tādējādi komunikācija ieņem jo īpaši nozīmīgu lomu sociālajā darbā ar šādiem pacientiem. Papildus reversībai demencei, nosacīti līdzīga situācija sociālajā darbā var veidoties ar t.s. pseidodemenci – „stāvokli, kad novērojami demencei līdzīgi simptomi, bet pacients nav dements (...). Ja slimību ārstē, simptomi pilnīgi vai daļēji pazūd. Bet, to var identificēt tikai cieša sadarbība ar medicīnas darbiniekiem. Tā, piemēram, depresija veciem cilvēkiem var atgādināt demenci. Tā mazinās, tiklīdz depresija kļūst vieglāka. Praktiski tomēr viegli demences simptomi bieži saglabājas. Vairumā depresīvas pseidodemences gadījumu tas nozīmē, ka pacientam demence attīstīsies vēlāk” (Skausigs, citēts Kulbergs, 2001, 347. lpp.).

Demences progresiju, saskaņā ar 1.1. attēlu, izraisa un rosina dažāda veida slimības, kuras autore detalizētāk aplūkos nākošās nodaļas ietvaros.

Demences attīstībā izdalāmas 7 stadijas, tā saucamā Reisberga skala:

Pirmā stadija: nav kognitīvu noviržu – persona funkcionē normāli, nav novērojami atmiņas zudumi, ir garīgi veseli. Diagnoze – nav demences;

Otrā stadija: ļoti mērenas kognitīvas novirzes – šo stadiju izmanto, lai aprakstītu normālus atmiņas zudumus, kas saistīti ar novecošanu, piemēram, vārdu aizmirstāna, vai to, kur novietoti zināmi priekšmeti. Šie simptomi paliek neievēroti no tuvinieku puses un tos neievēro arī ģimenes ārsts. Diagnoze – nav demences;

Trešā stadija: mērenas kognitīvas novirzes – šī stadija ietver palielinātu aizmāršību, vieglas grūtības koncentrēties, pazemināta darba izpildes spēja. Cilvēki biežāk apjūk vai aizmirst pareizos vārdus. Šajā stadijā pacienta tuvinieki sāk ievērot minētās kognitīvās novirzes. Vidējais ilgums – 7 gadi pirms demences sākuma. Diagnoze – nav demences;

Demences agrā stadija - šī stadija ietver grūtības koncentrēties, pazemināta atmiņa attiecībā uz neseniem notikumiem, kā arī grūtības plānot un menedžēt finanses vai ceļošanu vienatnē uz jaunām vietām. Cilvēkiem rodas grūtības, lai efektīvi vai precīzi izpildītu kompleksus uzdevumus, viņi arī noliedz minētos simptomus. Pacienti nereti attālinās no ģimenes, ko nosaka socializēšanās grūtības. Šajā stadijā ģimenes ārsts jau precīzi var noteikt acīmredzamas kognitīvās problēmas, runājot vai izmeklējot pacientu. Vidējais šīs stadijas ilgums ir 2 gadi;

Vidējā stadija - mēreni smagas kognitīvās novirzes: pacientiem šajā stadijā ir lielas atmiņas problēmas, un tiem ir nepieciešama palīdzība ikdienas aktivitāšu īstenošanā (apgērbties, nomazgāties, paēst). Atmiņas zudumi ir daudz ievērojamāki, un var ietvert arī nozīmīgus cilvēka dzīves aspektus – pacients var neatcerēties savu telefona numuru, adresi, kas par dienu ir u.tml. Vidējais stadijas ilgums – 1,5 gadi;

Vidēji smagā stadija - smagas kognitīvās novirzes: pacientiem šajā stadijā nepieciešama plaša, daudzpusīga palīdzība ikdienas aktivitātēs. Tie sāk aizmirst savu ģimenes locekļu vārdus un maz atceras pavisam nesenu notikumus. Daudzi pacienti spēj atcerēties tikai dažas detaļas no agrākās dzīves. Pacientiem vērojamas arī problēmas skaitīt atpakaļ no 10, kā arī pabeigt iesāktos uzdevumus. Pacientiem sākas arī urīna nesaturēšanas problēmas; parādās problēmas runas spējā. Vērojamas arī izmaiņas personībā. Stadijas vidējais ilgums – 2,5 gadi;

Demences vēlīnā stadija – ļoti smagas kognitīvās novirzes: pacientiem faktiski ir zudušas runas, komunikēšanas spējas. Tiem nepieciešama palīdzība praktiski visās darbībās – tualetes apmeklējumā, ēšanā. Bieži zūd arī psihomotorās funkcijas, piemēram, spēja staigāt. Šīs stadijas vidējais ilgums ir 2,5 gadi. (Reisberg, 1999, cited in American Elder Care Research Organization, 2013a).

Apkopojot demences stadijas teorētisko aprakstu un praktisko pieredzi var secināt, ka ilgstošas sociālās aprūpes institūcijas pakalpojumi ir nepieciešami demences vidēji smaga un vēlīnā stadijā, kad īpaši svarīga palīdzība vasās darbībās un aprūpe. Savukārt demences

pirmā, otrā, trešā un demences agrīnā stādijā klients pie attiecīgas tuvinieku aprūpes ir spējīgs dzīvot ģimenē.

Cita ASV veselības sistēmas organizācija - *Group Health Cooperative* arī izdala tikai 4 demences stadijas, kas niansēs atšķiras no iepriekš uzskaitītajām:

Agrā stadija – tai raksturīgas iezīmes ir noteikti, skaidri pamanāmi simptomi: Nesenu notikumu aizmirstāšana; pavājinātas spējas veikt aritmētiskas darbības prātā, piemēram, skaitīšanu atpakaļ; novērojamas grūtības sarežģītāku uzdevumu izpildē, piemēram, plānojot pusdienas viesiem, maksājot rēķinus u.tml.; savas dzīves notikumu aizmirstāšana; īgnums, vēlme norobežoties, it īpaši – sociāli vai psiholoģiski izaicinošās situācijās. Šī stadija ir līdzīgi aprakstīta, kā augstāk minēta ASV aprūpes pētnieciska organizācija.

Vidējā stadija – tai raksturīgas iezīmes ir būtiski novērojamas aiztures, pārtraukumi atmiņā un nepieciešamība pēc citu palīdzības ikdienas aktivitātēs:

Pacienti nespēj atcerēties savu adresi vai skolu, kurā mācījušies; mulst situācijās, kad viņiem jāpaskaidro, kur tie atrodas, vai kas ir par dienu, laiku; ir vērojamas problēmas ļoti vienkāršās aritmētiskas spējās, piemēram, izdalīt 20 ar 2 nepieciešama palīdzība, lai izvēlētos gadalaikam vai klimatam atbilstošu apģērbu; vēl nav nepieciešamība ēšanā vai tualetes apmeklējumos.

Vēlā stadija – tai raksturīgas iezīmes ir būtiski atmiņas pasliktināšanās, izmaiņas personībā, un pacientiem nepieciešama jau intensīva palīdzība. Šajā stādijā raksturīgākās iezīmes ir: Cilvēks neatceras pirms brīža notikušo, neorientējas apkārtējā telpā; atceras savu vārdu, bet grūtības sagādā atcerēties notikumus no savas dzīves; atpazīst sejas, bet neatceras vārdu savam dzīvesbiedram un aprūpētājam; nepieciešama palīdzība, lai apģērbtos; izmainās dienas ritms – gulēšana un nomoda stāvoklis var samainīties vietām; nepieciešama palīdzība tualetes apmeklējumā; vērojamas problēmas ar urīna nesaturēšanu, kā arī ar vēdera izeju; piedzīvo personības un uzvedības izmaiņas, ieskaitot aizdomīgumu, atkārtoto uzvedību; tendēts fantazēt vai apjukt.

Beigu stadija – tai raksturīgas iezīmes: spēj izteikt atsevišķas frāzes vai vārdus, bet visās ikdienas aktivitātēs nepieciešama palīdzība; zaudē spēju mijiedarboties ar apkārtējo vidi, komunicēt; zaudē spēju smaidīt, sēdēt bez atbalsta, noturēt galvu; zaudē spēju kontrolēt kustības – samazinās refleksi, atrofējas muskuļi, grūtības sāk sagādāt norīšana. (*Group Health Cooperative, 2012, 2-3*).

Amerikas Veco ļaužu aprūpes izpētes organizācija uzskaita arī faktorus, kas palēnina un iedarbojas preventīvi uz demences attīstību:

Pareizs uzturs – tam jāietver daudz augļu, dārzeņu, pilngraudu, jo tie satur smadzeņu darbībai un veselībai nozīmīgus vitamīnus, minerālvielas. Tajos ir arī t.s. antioksidanti, kas

apkaro brīvos radikāļus un dažādas ķīmiskās vielas, kas sekmē smadzeņu neironu noārdīšanos.

Dažādi vingrinājumi – gan fiziskie, gan prāta vingrinājumi uztur gan ķermeni formā – fizisko labsajūtu, gan arī smadzenes – psihisko labsajūtu un veselību.

Sirds profilaktiskie pasākumi – dažādu stresoru izvairīšanās, iemācīšanās tikt galā ar stresa situācijām; nesmēķēšana, ķermeņa normālas masas uzturēšana u.tml.

Mentālie uzdevumi – prāta stimulēšana veicina jaunu saikņu attīstīšanos smadzeņu šūnās, kas ir īpaši nozīmīgi demences prevencijā.

Izvairīšanās no galvas traumām – darba drošības noteikumu ievērošana, aizsargtērpa lietošana braucot ar motociklu u.tml. aizsargā no dažādiem riskiem, kas var būt par pamatu demences sākumam, attīstībai.

Sociālā mijiedarbība, sociālo kontaktu uzturēšana – dažādi pētījumi norāda, ka vecāku cilvēku aktīva socializēšanās labvēlīgi aizsargā no demences iespējamās iestāšanās. (American Elder Care Research Organization, 2013).

Autore secina, ka augstāk uzskaitītie faktori ir nepieciešami vispārējā veselības profilaksē, līdz ar to tie nav vērtējami kā specifiski tikai demences prevencijai.

ASV Nacionālais neiroloģisko saslimšanu un triekas institūts uzskaita vairākus faktorus, kuri vērtējami kā demences riska faktori:

Vecums – demences risks pieaug, cilvēkam novecojot; alkohola lietošana – dažādi pētījumi norāda, ka liela daudzuma alkohola lietošana rada paaugstinātus riskus demencei, turpretī mērena alkohola lietošana tos samazina.

Ateroskleroze – tā ir „hroniska artēriju slimība, kam raksturīga lipoīdu nogulsnešanās artēriju sienas iekšējā slānī un saistaudu savairošanās asinsvadu sienā. (..)” (Neslimo.lv, 2010). Aterosklerozes rezultātā pasliktinās smadzeņu apasiņošana, kas paaugstina vaskulārās demences riskus.

Diabēts – lai gan tiešā veidā diabēts dažādos pētījumos nav apstiprināts kā būtisks faktors, tomēr demenci tas veicina netiešā veidā – slikti kontrolēts diabēts veicina trieku un dažādas kardiovaskulārās saslimšanas, kas rezultātā veicina vaskulārās demences rašanos un attīstību.

Dauna sindroms – šīs slimības pacientiem ir paaugstināts risks saslimt ar Alcheimera slimību, kas pusmūžā izraisa arī demenci.

Ģenētika – tā izpaužas gan tajos gadījumos, kad ģimenē kādam bijusi demence, gan arī dažādos citos rakursos, piemēram, gēna TREM2 mutācija, kas izraisa frontotemporālo demenci, noteikta kā tipiska turku izcelsmes cilvēkiem.

Hipertensija – paaugstinātam asinsspiedienam dažādos pētījumos novērota cieša saikne ar kognitīvo aizturi, trieku un tiem demences tipiem, kam raksturīga izpausme baltās vielas reģionos smadzenēs.

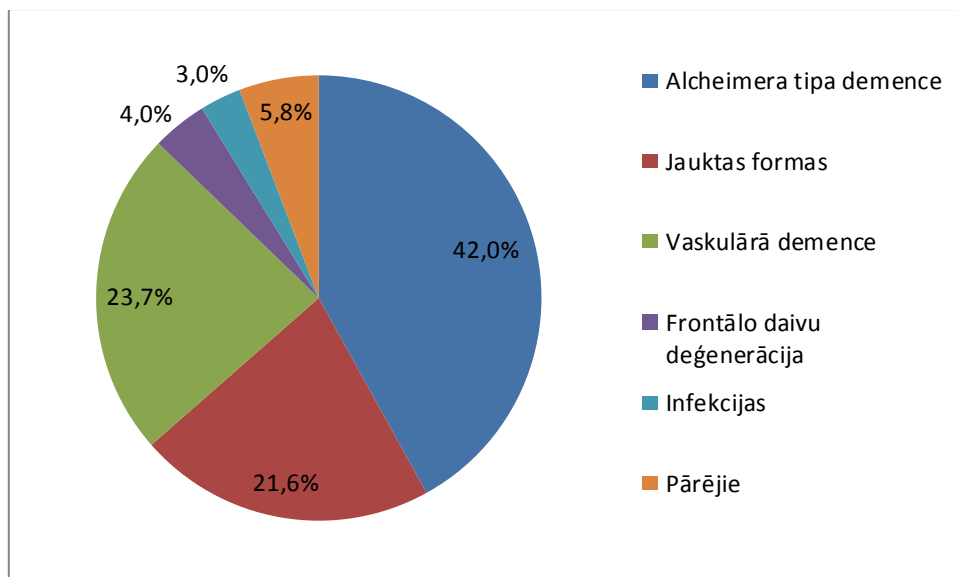
Mentālas saslimšanas – depresijai noteikta saikne ar mērenu psihisko procesu pasliktināšanos un kognitīvo funkciju novirzēm;

Smēķēšana – smēķētājiem ir nosliece uz saslimšanām, kas palēnina, pasliktina smadzeņu apasiņošanu. (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2013, 17-18).

Visi iepriekš uzskaitītie demences riska faktori ir janem verā veicot sociālo darbu ar klientu, bet īpaši izvērtējot un sastadot individuālo sociālās aprūpes planu, tādi kā diabēts, alkohola lietošana, smēķēšana un depresijas izpausme.

Par demences izplatību nobažījušies visā pasaulē - Amerikā, Japānā, kā arī Eiropas Savienībā ar demenci slimo apmēram 7,3 miljoni cilvēku, un sagaidāms, ka, pieaugot paredzamajam mūža ilgumam, tuvāko 20 gadu laikā šis skaitlis divkāršosies. Alzheimer slimība ir visizplatītākais demences izraisītājs, un 70 % slimnieku cieš tieši no šī demences paveida. Pētījumi liecina, ka ar šo kaiti sirgstošo procents ievērojami lielāks ir augsti attīstītās valstīs. Tāpēc zinātnieki no Ludas universitātes (Zviedrija) veica pētījumu ar merki noskaidrot demences vairāk izplatītākos veidus.

2.2. attēlā aplūkojami 2004. gadā veiktā Lundas universitātes pētījuma rezultāti.



2.2. att. Demences tipi (Brunnström, Gustafson, Passant, Englund, 2008, p.1.)

Saskaņā ar 2.1. att. apkopoto pētījumu, biežākie demences tipi ir:

1. Alcheimera tipa demence;
2. Vaskulārā demence;

3. Jauktas formas demence (Alcheimera – vaskulārā);
4. Frontālo daivu deģenerācija;
5. Infekcijas;
6. Citi cēloņi.

Arī jaunākie pētījumi norāda, ka divas dominējošās slimības, cēloņi ir Alcheimera slimība un vaskulārā demence.

Turpmāk autore detalizētāk aplūkos katru no šiem veidiem.

**Alcheimera demence** - saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās Slimību Klasifikācijas (SSK-10) skaidrojumu, „Alcheimera slimība ir primāra deģeneratīva nezināmas etioloģijas smadzeņu slimība ar raksturīgām neiroloģiskām un neiroķīmiskām izpausmēm. Traucējumi parasti sākas pakāpeniski un attīstās lēnām, bet nepārtraukti, vairākus gadus.” (Slimību Profilakses un Kontroles centrs, 2013). Izšķir: Agrīnu Alcheimera demenci – „demence Alcheimera slimības gadījumā, kas sākas pirms 65 gadu vecuma un norit ar relatīvi strauju stāvokļa pasliktināšanos un būtiskiem daudzveidīgiem augstāko kortikālo funkciju traucējumiem” (Slimību Profilakses un Kontroles centrs, 2013). (Kortikāla ir - organisma funkciju regulācija tiešā galvas smadzeņu garozas kontrolē, tāda, kas pakļauta gribai (Neslimo.lv, 2014)). Vēlīnu Alcheimera demenci – „demence Alcheimera slimības gadījumā, kas sākas pēc 65 gadu vecuma, parasti astotajā gadu desmitā vai vēlāk, lēni progresē, pamatizpaušme ir atmiņas pasliktināšanās. (Slimību Profilakses un Kontroles centrs, 2013).

Demences pētniece I. Blumberga norāda, ka Alcheimera demencei izdala 3 smaguma stadijas:

Viegla demence – „raksturīgi atmiņas – galvenokārt īslaicīgās, darba atmiņas – traucējumi. Slimnieks veido vienkāršākus teikumus, grūtāk uztver un veido abstraktus jēdzienus. Grūtāk koncentrēt uzmanību, apgūt jaunu informāciju, var parādīties miega traucējumi. Cilvēks kļūst izklaidīgs, aizmirst personiskās mantas, sliktāk orientējas apkārtējā vidē. Parādās nepamatotas garastāvokļa maiņas. Tomēr primārā atmiņa, zināšanas, kustību spējas ir relatīvi saglabātas” (Blumberga, 2007). Autore secina, ka komunikācijā ar šādas stadijas Alcheimera demences pacientu aprūpētājam jāņem vērā uzskaitītās pazīmes, pieļaujot, ka tam varētu būt maz izteiktas problēmas, galvenokārt – minētās īslaicīgās atmiņas rakursā.

Vidēja demence – „atmiņas traucējumi pieaug. Parādās grūtības veikt dažādas praktiskas darbības izpildīt uzdevumus, kas iepriekš šķita vienkārši. Pieaug grūtības formulēt savu domu, atrast pareizos vārdus. Samazinās spriešanas spējas. Pamazām arvien vairāk izmainās personība – slimnieki kļūst emocionāli nenoturīgi, kašķīgi, egoistiski. Kļūst grūtāk

veikt ikdienas pienākumus, bieži baidās vieni iziet uz ielas, braukt ar transportu, rīkoties ar naudu. Slimnieki arvien vairāk top atkarīgi no aprūpētāja” (Blumberga, 2007). Autore secina, ka šajā stadijā nepieciešama jau specifiskāka komunikācija ar klientu ar demenci, ņemot vērā, ka parādās jau izteikti traucējumi tā kognitīvajos procesos.

Smaga stadija – „slimnieka atmiņas traucējumi ļoti izteikti, nepazīst savu ierasto apkārtējo vidi, tuviniekus. Atmiņa reizēm fragmentāri it kā atgriežas, un aprūpētāji priecājas, ka izdevies panākt uzlabojumu slimības gaitā, tomēr pēc neilga laika stāvoklis atkal pasliktinās. Arvien izteiktāki kļūst valodas traucējumi, tādēļ grūti ar slimnieku kontaktēties. Samazinās kustību aktivitāte, bieži slimnieki kļūst guļoši, kopjami. Joprojām saglabājas psihoemocionāli traucējumi – apātija mainās ar pēkšņu nepamatotu uzbudinājumu, raudulību. Šādu slimnieku kopšana tuviniekiem kļūst gan fiziski, gan emocionāli ļoti smaga” (Blumberga, 2007). Autore secina, ka šajā stadijā aprūpētājs un medicīnas darbinieks ir vienīgie, kuri vislabāk spēs komunicēt ar šādiem pacientiem.

**Vaskulārā demence** – „smadzeņu infarktu sekas, kas radušies vaskulāras slimības dēļ, ieskaitot hipertensīvu cerebrālo slimību. Infarkti parasti ir mazi, bet to radītie bojājumi kumulējas, tāpēc demence parasti sākas pēc kāda laika” (Slimību Profilakses un Kontroles centrs, 2013). Vaskulārajai demencei tiek izdalītas 2 simptomu grupas:

- 1) mentāli traucējumi – kognitīva disfunkcija, intelekta deficīts, garstāvokļa un uzvedības traucējumi, depresija, psihotiski simptomi;
- 2) somatiski traucējumi - vispārēji fizikāli un ierobežoti neiroloģiski simptomi. (Paegle, Āboliņa, 2002).

Vaskulārās demences terapijā plašāk tiek lietoti medikamenti, kurus izmanto triekas prevencijā,. Galvenais to mērķis ir reducēt papildus smadzeņu bojājumu riskus. Atsevišķos pētījumos tik dotas norādes, ka medikamenti, kas uzlabo atmiņu Alcheimera demences pacientiem, palīdz arī vaskulārās demences agrīnajā stadijā. (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2013, 22.)

**Pika demence** – „progresējoša demence, kas sākas vidējos gados un kam raksturīgas agrīnas, lēni progresējošas pārmaiņas raksturā un sociāla degradācija, kam seko intelekta, atmiņas, runas funkciju traucējums ar apātiju, eiforiju un, reizēm, ekstrapiramidāliem simptomiem” (Slimību Profilakses un Kontroles centrs, 2013).

**Parkinsona demence** – „demence rodas verificētas Parkinsona slimības laikā. Līdz šim nav atrastas īpašas atšķirīgas slimības klīniskās pazīmes” (Slimību Profilakses un Kontroles centrs, 2013).

Daži pētījumi norāda, ka holīnesterāzes inhibitori var uzlabot kognitīvos, uzvedības un psihotiskos simptomus Parkinsona demences pacientiem. ASV viens no šādiem

medikamentiem, kas ir ieguvis licenci, ir rivastigmīns. (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2013, 22).

**Levi ķermenīšu demence** – tā vēl nav pilnībā izpētīta slimība, un zinātniskajās diskusijās tiek pieļauts, ka tā ir Parkinsona slimības kombinācija ar Alzheimeru slimību. Tai ir līdzīgi simptomi parkinsonam, slimība ļoti ātri attīstās un tai īpaši raksturīgas ir redzes un dzirdes halucinācijas. (Skausigs, citēts Kulbergs, 2001, 351. lpp.).

Levi ķermenīšu demences ārstēšanai tiek izmantoti medikamenti, tie palīdz pārvarēt stīvumu, halucinācijas un dažādas maldīgas izjūtas. Tomēr fizisko simptomu mazināšanas medikamenti ilgtermiņā tos saasina. Savukārt psihisko simptomu mazināšanā pielietotie medikamenti vienmēr paasina fiziskos simptomus. (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2013, 21-22).

**Hantingtona demence** – „demence ir daļa no plašas smadzeņu deģenerācijas izpausmēm. Slimību pārnes viens autosomāls dominants gēns. Simptomi tipiskos gadījumos parādās dzīves trešajā vai ceturtajā gadu desmitā. Progresē lēni, nāve iestājas 10-15 gadu laikā” (Slimību Profilakses un Kontroles centrs, 2013).

**Frontotemporālās daivas deģenerācija** - šobrīd nav izstrādāti medikamenti, kas sekmīgi cīnītos ar frontotemporālās daivas deģenerācijas simptomiem. Nomierinošie līdzekļi, antidepresanti un citi medikamenti, kurus lieto Alzheimeru un Parkinsona slimību simptomiem, var palīdzēt menedžēt noteiktus simptomus un uzvedības problēmas, kas raksturīgas frontotemporālās daivas deģenerācijai, tomēr tie attiecas uz šauru simptomu skaitu. (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2013, 22).

**Alkohola demence** – „sindromā dominē nesenās un ilgās atmiņas traucējumi, bet īslaicīgā atmiņa ir saglabāta. Samazināta spēja iemācīties jaunu materiālu, ir dezorientācijas laikā. Nozīmīgs simptoms var būt konfabulācijas, bet uztvere un citas kognitīvās funkcijas, ieskaitot intelektu, parasti ir neskartas. Prognoze atkarīga no pamatslimības norises” (Slimību Profilakses un Kontroles centrs, 2013).

**Kreicfelda – Jakoba demence** – „progresējoša demence ar bagātīgu neiroloģisku simptomātiku, kas rodas specifisku neiroloģisku pārmaiņu rezultātā, kam, iespējams, ir transmisīvs ierosinātājs. Sākums parasti vidējos gados vai vēlāk, bet var būt ikvienā pieaugušo vecumā. Norise subakūta, beidzas letāli vienā vai divos gados (Slimību Profilakses un Kontroles centrs, 2013).

Kreicfelda – Jakoba demencei nav ārstēšanas terapija, kas to izārstētu, vai ļautu to kontrolēt. Slimības menedžments fokusējas uz simptomu reducēšanu un cilvēku komfortablākas jušanās nodrošināšanu. (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2013, 21).

Medikamenti ir viens no galvenajiem mūsdienu medicīnas instrumentiem, un, pateicoties farmācijas sasniegumiem pieaugušas slimības gaitas aizkavēšanas iespējas. Tomēr pastāvot sarežģītai diagnostikas un slimības gaitas medicīniskai izpratnei vēl jo svarīgāk ir atrast veidus, kā sadarboties ar medicīnas pārstāvjiem sociālajā darbā.

## **2.2. Sociālais darbs ar klientu ar demenci institucionālā aprūpe**

Saskaņā ar Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumu, ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcija ir „sociālā institūcija, kas nodrošina personai, kura vecuma vai veselības stāvokļa dēļ nespēj sevi aprūpēt, kā arī bāreņiem un bez vecāku gādības palikušiem bērniem mājokli, pilnu aprūpi un sociālo rehabilitāciju” (Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums, 2002).

M. Rupenheite norāda, ka „agras un vidēji smagas demences gadījumos vecie cilvēki vislabāk jūtas ģimenē. Aprūpes komandas darbinieku uzdevums ir izglītēt piederīgos par drošības pasākumiem mājās, virtuvē, vannas istabā. (...) Sociālā izolācija pēc iespējas jānovērš un aprūpes procesa nodrošināšanā viens no svarīgiem pamatnosacījumiem ir sniegt vecajam cilvēkam aprūpi viņu nepārvietojot, jo ierastajā vidē vecais cilvēks jūtas vislabāk.” (Rupenheite, 2010, 19. lpp.) Autore norāda, ka ne vienmēr tas ir iespējams, jo īpaši – par cik ģimenes locekļiem psiholoģiski ir grūti aprast ar radnieka slimības izpausmēm, gan – dažādu sociālo faktoru dēļ (aizņemtība darbā, ar bērniem u.tml.).

Amerikāņu pētnieces Laura Gitlina un Treisija Ērlanda norāda, ka starpdisciplinārā rakursā vēlamās pieejas darbā ar pacientiem ar demenci ir:

Kognitīvā rehabilitācija – šī rehabilitācija ir vērsta uz iespēju izmantošanas atvieglošanu slimajiem pacientiem iesaistīties ikdienas aktivitātēs un identificēt konkrētas stratēģijas, ar kuru palīdzību pārvarēt grūtības, kas izriet no izmaiņām atmiņas vai citu izziņas procesu aspektos. Kognitīvajā rehabilitācijā var iekļaut dažādas tehnikas, ieskaitot kompensācijas stratēģijas, izmainot apkārtējo vidi tā, lai tā būtu vairāk pielāgota pacienta kognitīvajai funkcionalitātei;

Kopēja apmācība – tā fokusējas uz pacienta ar demenci kopēju, kas parasti ir ģimene, instruēšanu un apmācību par demenci, tās iezīmēm, komunikācijas tehnikām, problēmu risināšanas iespējām, ikdienas apkopes izaicinājumu pārvarēšanu apkopjot klientu ar demenci, vienlaikus tiekot galā ar savām emocionālajām reakcijām un iespējamajiem stresa izraisītājiem;

Apkārtējās vides pārprojektēšana – tā ir dizaina principu izmantošana, lai minimizētu apkārtējās vides negatīvo ietekmi uz pacientu ar demenci, piemēram, vienkāršošanu,

nomierinošo krāsu izvēli, objektu novietojumu tiešā redzamībā vai, gluži otrādi – ārpus tās u.tml.;

Dažādas nodarbības – pacientu nodarbināšana dažādās aktivitātēs, atbilstošās to spējām, ieskaitot patīkamus pasākumus, dažādus uzdevumus, rokdarbus;

Atmiņas plāksnes, lapiņas – dažādu atgādinājošu vēstījumu izvietošana uz speciāliem „ziņojumu dēļiem” vai atgādinājuma plakātiem, lai pacients vieglāk varētu izpildīt noteiktu darbību secību vai orientēties;

Kognitīvā terapija, lai vadītu pacienta raizēšanos, nemieru – tas ietver kompleksu terapiju ar elpošanas tehniku apmācību, paša sajūtu formulēšanu, atpazīšanu, noteiktas uzvedības aktivizēšanu, gulēšanas tehnikas u.tml. (Gitlin, Earlands, 2010).

Autore secina, ka iepriekš uzskaitītās tehnikas ir salīdzinoši vienkāršas, un bez farmakoloģiskas iejaukšanās tās var būtiski atvieglot pacientu ar demenci stāvokli.

Metodika sociālajam darbam ar demences klientiem ietver:

Klienta ar demenci kopējam jāzina, ka klients ar demenci īpaši slimības vēlākajās stadijās bieži zaudē spēju izprast laika ritumu, nepieciešamību veikt ikdienas lietas, veselības izmaiņas (piemēram, ēst, ievērot higiēnu, apmeklēt tualeti, izvairīties no briesmām, saprast, ka ķermeņa temperatūra ir paaugstināta).

Klienta ar demencikopējam jāpievērš īpaša uzmanība klienta ar demenci dienas režīmam un tā ievērošanai.

Klienta ar demencikopējam regulāri jānovēro un jāfiksē klienta ar demenci svāra pieaugums vai zudums. (VSAC „Kurzeme”, 2012, 6. lpp.).

Autore secina, ka sociālais darbs ar klientu ar demenci ietver pastāvīgu uzmanību viņa darbībām un to novirzei no normas, ko nosaka dažādie simptomi.

Klienta ar demencikopējam jāpievērš īpaša uzmanība klienta ar demenci uzturam, klienta ēšanas paradumu izmaiņām un citām ar ēšanu saistītām lietām:

Jānodrošina regulāru ēdienreizu ievērošanu; pēc iespējas jānodrošina kontrasts starp galdu (galdautu), šķīvjiem un ēdienu, jo klientam var būt grūtības saskatīt (piemēram, gaišu zupu, gaišā šķīvī uz gaiša galda);

Jāpasniedz pēc iespējas vienkāršus ēdienus, bet ne pārāk dažādu pārtiku vienā reizē, jāizvairās no cietu ēdienu pasniegšanas (piemēram, no riekstiem, kraukšķošiem produktiem), bet var piedāvāt mīksts konsistences saldus ēdienus, jānodrošina sāļš ēdiens. Jāpārliecinās, ka klients ar demenci uzņem pietiekoši daudz šķidrums - vismaz 1.5 litri dienā (piemēram, uz galda var novietot krūzi un atbilstoša lieluma plastmasas pudeli ar šķidrumu un jāatgādina klientam regulāri padzerties); piedāvātajam dzērienam jābūt pēc iespējas biezas konsistences (piemēram, jogurts, dzerami ķīseli, biezsulas), jo klientam ar demenci ir raksturīgi aizrīties.

Jāpasniedz ēdiens un dzēriens, kas nav par karstu, jo klients nespēj apzināties, ka pastāv applaucēšanās risks; jāveicina un jāatbalsta katra klienta vēlme ēst, dzert patstāvīgi; nepieciešamības gadījumā jāizmanto speciālus traukus, kas atvieglo ēšanu - neslidoši šķīvji, galda piederumi ar palielinātiem vai pielāgotiem rokturiem, krūzes ar snīpi u.c.; nepieciešamības gadījumā jāpalīdz klientam vadīt viņa roku, kad jāizmanto dakša vai karote, kas var palīdzēt atsaukt atmiņā kustību procesu. Jāievēro un jāatbalsta klienta vēlme ēst ar pirkstiem (raksturīgi Alcheimera slimniekiem) nodrošinot, ka ēdiens ir viegli paņemams un/vai mīksts. Jābaro klientu lēni, ļaujot barību sakošļāt un norīt, jāatceras (īpaši barojot klientu), ka klients ar laiku var zaudēt spēju atcerēties norādījumu - košļāt un norīt nozīmi. (VSAC „Kurzeme”, 2012, 6.-7. lpp.).

Autore secina, ka pacientu ar demenci ēdināšanā galvenā uzmanība jāpievērš viņa uztverei un tam, kā tā kropļo/var kropļot vai citādi ietekmēt adekvātus ēšanas paradumus, noteikti jāpievērš uzmanība klienta individuālajiem paradumiem. Kā arī drošības pasākumiem ēdienreizes laikā.

Klienta ar demencikopējam jāpievērš īpaša uzmanība klienta ar demenci vēlmei un spējai ievērot personīgo higiēnu: Jāizrāda sapratni, empātiju un jāievēro privātums, veicot higiēnas procedūras. Jānoskaidro, kāda veida mazgāšanās procedūrai klients dod priekšroku (piemēram, dušai vai vannai) un vai labprātāk mazgājas no rīta vai vakarā. Jāpiemērojas klienta paradumiem un jāmazgā klientu vienā un tajā pašā laikā, jābūt uzmanīgam, izvēloties ūdens un gaisa temperatūru dušas telpā/vannas istabā, jo klients ar demenci var jūtīgāk reaģēt uz karstumu vai aukstumu; uzmanīgi jāizvēlas apgaismojums telpā, kur klients mazgāsies, jāatbalsta klients, kurš vienmēr bijis kautrīgs, cieši aizverot higiēnas telpas durvis vai aizvelkot vannas aizkaru. Jānodrošina mazgāšanās drošība, izmantojot atbilstošus palīg līdzekļus (piemēram, speciālos sēdekļus, rokturus un neslidošus paklājus); jāpadara klienta mazgāšanās par patīkamu procedūru, izmantojot smaržīgus mazgāšanās līdzekļus, mīkstus dvieļus, utt. Jāsagatavo un jātur rokas attālumā visi mazgāšanai nepieciešamie priekšmeti, lai nevajadzētu iet tiem pakaļ un nebūtu jāatstāj klientu ar demenci vienu dušā vai vannā; iespēju robežās jāļauj klientam visu darīt pašam. Jāļauj klientam pārbaudīt ūdens temperatūra, lai klients pārliecinātos, ka tā mazgājoties ir viņam patīkama; jāveic atsevišķi klienta matu/galvas mazgāšana, ja tā ir problemātiska vai novērojams, ka klientam nepatīkama, mazgājoties vannā vai dušā. Jāatsakās no uzstājības un jānogaida kādu laiku, ja klients atsakās iet vannā, dušā konkrētajā brīdī (iespējams viņa noskaņojums drīz mainīsies). Atsevišķos gadījumos jāizmanto klienta norīvēšanās ar divieli, jahigiēnas procedūru izpilde ir stipri apgrūtināta. (VSAC „Kurzeme”, 2012, 6.-8. lpp.).

Autore secina, ka arī higiēnas jautājumos lielu lomu spēlē klienta ar demenci uztveres īpatnības – neadekvāta reakcija var radīt riskus un draudus viņa veselībai vai pat dzīvībai, tādēļ sociālajā aprūpē jāpievērš pastiprināta uzmanība pacienta personīgajai higiēnai. Svarīgs ir komandars darbs, ja sociālais darbinieks izvērtē un sastāda individuālo klienta aprūpes plānu, ievērojot visas klienta fiziskas un garīgas īpašības, tad svarīgi aprūpētājam kas individuāli strada ar klientu pildīt to.

Klienta ar demenci kopējam jāpievērš īpaša uzmanība klienta ar demenci spējai patstāvīgi apģērbties un noģērbties: Regulāri jānovēro klienta spējas veikt nepieciešamās ģērbšanās darbības, atcerēties darbības un ievērot to secību, jāpiemēro klienta apģērbs atbilstoši viņa spējām lietot apģērbu (piemēram, spējai aizvilkt rāvējslēdzēju, aizpogāt pogas vai aizdarīt spiedpogas), jāpiedāvā klientam apģērbs, kas ir viegli uzvelkams/novelkams, ērts un iespēju robežās viegli kopjams/mazgājams. Jāatceras, ka svarīgi, lai klientam apģērbs patiktu un tad praktiskumam nav jāklūst par noteicošo faktoru. Jānodrošina klientam ērti apavi ar neslidošu zoli un līplentes aizdari (ļoti svarīgi slimības vēlākajās stadijās). (VSAC „Kurzeme”, 2012, 8. lpp.).

Autore secina, ka arī ģērbšanās jautājumi var kļūt par riska faktoru klienta ar demenci, tādēļ izvērtējot un sastādot individuālo klienta aprūpes plānu ir jāpievērš pastiprināta uzmanība/uzraudzība..

Klienta ar demenci aprūpētājam jāpievērš īpaša uzmanība klienta ar demenci spējai apmeklēt tualeti. Klienta ar demenci aprūpētājam jāpievērš īpaša uzmanība klienta ar demenci spējai izprast un ievērot ikdienas drošību, izvairīties no traumu riska, rīkoties neapdraudot savu veselību. Klienta ar demenci aprūpētājam jāpievērš īpaša uzmanība klienta ar demenci vispārējam veselības stāvoklim (piemēram, ķermeņa temperatūras izmaiņām, vēdera sāpju iespējamībai). Klienta ar demenci aprūpētājam nepieciešamības gadījumā (kad klients zaudē spējas lemt, atcerēties, droši rīkoties, u.tml.) jānodrošina klienta ar demenci pastāvīgu uzraudzību. Klienta ar demenci aprūpētājam jāizprot, ka riski klienta ar demenci veselībai un drošībai ir novēršami nekavējoties. Klienta ar demenci aprūpētājam jānodrošina iespējami drošu vidi katram klientam ar demenci. (VSAC „Kurzeme”, 2012, 8. lpp.).

Autore secina, ka dažādi ikdienas aspekti var radīt veselības, traumu risku klientiem ar demenci, tādēļ nepieciešama rūpīga uzmanība viņu ikdienas aktivitātēm katru dienu. Svarīgi aprūpētājam kas individuāli strāda ar klientu rūpīgi sekot un izpildīt individuālo klienta aprūpes plānu, kurš ir sastādīts ievērojot starpdisciplināras komandas ieteikumus, kur piedalā gan mediķi, gan sociālie darbinieki.

Klienta ar demenci aprūpētājam jāpievērš īpašu uzmanību un telpās, kurās uzturas klients ar demenci, jānovērš iespējamie blakus pastāvošie riski: Jānoņem grīdsegas un/vai

tepiķi, ja klienta spējas pārvietoties ir ierobežotas. Jānovērš grīdas segumu defekti, lai klients nepaslīdētu un nepakluptu, jānodrošina labs apgaismojums, jāglabā viegli plīstoši un/vai stikla priekšmeti drošā vietā, jātur sērkociņi un/vai šķiltavas klientam nepieejamā vietā, jāļauj klientam smēķēt tikai speciāli aprīkotās un smēķēšanai piemērotās vietās, nepieciešamības gadījumā jānopolsterē mēbeļu asie stūri, jāizvairās turēt indīgus un adatānus istabas augus (piemēram, kaktusus), jāglabā medikamentus un sadzīves ķīmiju klientam nepieejamā vietā vai slēgtā telpā, regulāri jāpārlicinās par kāpņu un logu drošību. Nekavējoši jāreaģē uz izmaiņām klienta veselības stāvoklī un/vai uzvedībā, darot to zināmu medicīnas personālam. (VSAC „Kurzeme”, 2012, 8.-9. lpp.). Svarīgi lai aprūpētājs kas strādā individuāli ar klientu, butu profesionāli kompetenta, un spētu ātri reaģēt uz visām klienta veselības stāvokļa izmaiņām.

Autore secina, ka pacienta ar demenci uztvere var radīt dažāda veida riskus jebkurā darbībā, kas veselam cilvēkam var neienākt prātā. Tā iemesla dēļ ļoti nozīmīgs akcents sociālajā darbā ar šādiem pacientiem ir pastāvīga uzmanība uz visu, ko pacients dara katru dienu.

Iepriekš autore noskaidroja, ka Alcheimera demencei raksturīga iezīme ir – tās progresēšana. Lai no tās izvairītos, komunikācijā ar šādas demences pacientu nepieciešams ņemt vērā demences pētnieces I. Blumbergas atziņas: „ir vairāki faktori, kurus ievērojot, iespējams ja ne atvairīt, tad vismaz attālināt nevēlamo izmaiņu attīstību galvas smadzenēs: absolūti nepieciešams saglabāt mentālo aktivitāti, tādējādi stimulējot intelektu, veicinot starpneironu saistību veidošanos. Pētījumi liecina, ka zemāk izglītotiem indivīdiem mentālo spēju zudums ir ievērojamāks un straujāks. Var pieņemt, ka trenētām smadzenēm piemīt salīdzinoši lielāka funkcionāla plasticitāte, spēja kompensēt un pārorientēt impulsu vadīšanu un garozas aktīvās zonas. Tādēļ vēlams izmantot krustvārdu mīklas, intelektuālās spēles, lasīt. Pasīvā informācijas uzņemšana, skatoties televizoru vai kino, netiek uzskatīta par pietiekami efektīvu” (Blumberga, 2007). Autore secina, ka tieši komunikācija tādējādi ir viens no efektīvākajiem demences progresā ierobežojošiem faktoriem.

2012. gada vidū VSAC „Kurzeme” izstrādāja metodiku darbam ar veciem cilvēkiem ar demenci. Attiecībā uz sazināšanos šajās vadlīnijās tika sniegti 23 ieteikumi: Darbiniekam jābūt pietiekamai informācijai par demenci un iespējamām slimības izpausmēm, darbiniekam jāspēj identificēt, kāds saskarsmes veids klientam ar demenci ir visvieglāk uztverams, darbiniekam rūpīgi jāapsver katra klienta demences izpausmes un jāizvēlas piemērotāko saskarsmes veidu (piemēram, jāizvēlas lietot vairāk verbālu vai neverbālu valodu).

Līdzīga metodika aprakstīta arī Ingrīdas Saviskas metodiskajā līdzeklī „vecu cilvēku pamatvajadzību nodrošināšana institucionālajā aprūpē”

Nepieciešama aprūpētāju apmācība par demenci kā saslimšanu, lai aprūpētajam kurš strāda ar klientu ar demenci būtu izpratne, par aprūpes procesu klientam ar demenci.

Aprūpētajam biežāk jāizmanto žesti un mīmika (piemēram, pieskāriens var palīdzēt noturēt klienta uzmanību, smaids un smieklis labāk par vārdiem var palīdzēt izveidot sapratni); darbinieka augstprātība pret klientiem nav pieļaujama, jo darbinieks ir klienta "darbarīks". Aprūpētajam jāatceras, ka klienta saskarsmes spējas var ietekmēt klienta demences izpausmes apvienojums ar citiem traucējumiem (piemēram, dzirdes, redzes, uztveres).

Darbiniekam jānodod klientam pietiekoši daudz laika saprast sacīto; darbiniekam, sazinoties ar klientu, jāizturas mierīgi, darbiniekam jāatceras, ka nedrīkst novirzīties no tēmas, darbiniekam jārunā par lietām un notikumiem, kurus klients ir spējīgs atcerēties; darbiniekam jārunā par lietām, ko klients spēj izdarīt; darbiniekam jānorāda uz lietām, ko klients spēj veikt. Darbiniekam jāatceras, ka nav pieļaujama strīdēšanās ar klientu vai viņa komandēšana; darbiniekam jārunā īsiem, vienkāršiem teikumiem; darbiniekam jārunā ar klientu par attālu pagātni, kas var iedarboties nomierinoši; darbiniekam sarunas laikā jāizvairās no skaļa fona - TV, radio, darbiniekam efektīvi jāizmanto verbālās un neverbālās iemaņas, lai veicinātu klienta vēlmi būt sabiedrībā; darbiniekam jāļauj klientam paust savas bailes un vēlmes, vienlaikus uztverot viņa sajūtas un vajadzības.

Darbiniekam sarunā ar klientu jāietver precizējoši jautājumi, lai noskaidrotu neizprotamo klienta rīcību vai runu; darbiniekam nepieciešamības gadījumā ir jāveic atkārtota izskaidrošana, darbiniekam jāatceras, ka regulāri jāveic klienta veselības pārbaudes un nepieciešamības gadījumā jāorganizē klientam vajadzīgo tehnisko palīgīdzekļu iegādi (piemēram, brilles vai dzirdes aparātu); darbiniekam jāizvairās no balss pacelšanas, klienta nosodīšanas un/vai iesaistīšanās strīdos; darbiniekam jāveicina klienta uzticēšanos. (Savicka I. 2014, 33. lpp.).

Autore secina, ka šie ieteikumi faktiski ietver 3 komunikācijas rakursus:

- 1) ķermeņa valodu;
- 2) balss toni un augstumu;
- 3) verbālo valodu – vārdus.

Autore secina, ka līdz ar to komunikācijā ar klientu ar demenci svarīgi ir prast un praktiski pielietot atbilstošus komunikācijas elementus – brīvu, atvērtu ķermeņa valodu, mierīgu, pozitīvu balss toni un atbilstošu augstumu, kā arī – tādus vārdus un gramatiskās konstrukcijas, kas rosinās klientu ar demenci uz komunikāciju ar sarunas partneri.

### 2.3. Alternatīvie aprūpes veidi sociālajā darbā ar klientu ar demenci

Kā novērots visabakā iespēja ir, būt savā ierastajā vidē, ģimenē, vai izmantojot majas aprūpes un dienas aprūpes centru pakalpojumus, bet protams tas ir iespējams demences āgrinos un vidējos posmos, ja slimība nav stipri progresējoša, ja cilvēks neapdraud sevi vai apkārtējos, un ģimene spēj uzņemt atbildību par viņu aprūpi.

Sociālajā darbā izdalāmi divu veidu pakalpojumi: Sociālās aprūpes pakalpojumi - Labklājības Ministrija sociālās aprūpes pakalpojumu definē kā pasākumu kopumu, kas vērsti „uz to personu pamatvajadzību apmierināšanu, kurām ir objektīvas grūtības aprūpēt sevi vecuma vai funkcionālo traucējumu dēļ, un ietver sevī pakalpojumus personas dzīvesvietā un ilgstošas sociālās aprūpes institūcijā.” Sociālās aprūpes pakalpojumi personas dzīvesvietā, savukārt, ir pakalpojumi, kas tuvināti ģimenes videi” (LR Labklājības ministrijas Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības departaments, 2014). Autore secina, ka sociālās aprūpes pakalpojumi līdz ar to ir vērsti uz palīdzību slimiem vai veciem cilvēkiem. Kā galveno mērķi šādiem pasākumiem LR Labklājības ministrija definē – „nodrošināt dzīves kvalitātes nepazemināšanos personai, kura vecuma vai funkcionālo traucējumu dēļ to nevar nodrošināt pati saviem spēkiem” (LR Labklājības ministrijas Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības departaments, 2014).

Ssociālās rehabilitācijas pakalpojumi - pasākumu kopums, kas „vērsts uz sociālās funkcionēšanas spēju atjaunošanu vai uzlabošanu, lai nodrošinātu sociālā statusa atgūšanu un iekļaušanos sabiedrībā, un ietver sevī pakalpojumus personas dzīvesvietā un sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā vai dzīvesvietā vai sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā” (LR Labklājības ministrijas Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības departaments, 2014). Autore secina, ka sociālās rehabilitācijas pakalpojumi līdz ar to ir vērsti uz palīdzību slimiem vai veciem cilvēkiem viņu sociālo spēju atgūšanā. Kā „novērst vai mazināt invaliditātes, darbnespējas, brīvības atņemšanas soda izciešanas, atkarības vai vardarbības un citu faktoru izraisītās negatīvās sociālās sekas personas dzīvē” (LR Labklājības ministrijas Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības departaments, 2014).

Autore secina, ka iepriekš aprakstīto sociālā darba pakalpojumu kopīgā iezīme ir to mērķis – cilvēki ar objektīvām grūtībām aprūpēt sevi vecuma vai funkcionālo traucējumu dēļ. Galvenā atšķirība šiem jēdzieniem, pakalpojumu veidiem ir – veids, kādā tiek īstenots sociālais darbs: sociālās aprūpes gadījumā tā ir aprūpe, sociālās rehabilitācijas – rehabilitācija, sociālās funkcionēšanas spēju atjaunošana, uzlabošana. Tomēr vienlaikus sociālā rehabilitācija arī ir sociālās aprūpes viens no veidiem.

Sociālajai aprūpei izdala šādus veidus:

1. aprūpe ilgstošas sociālās aprūpes iestādēs;

## 2. alternatīvie aprūpes veidi.

Alternatīvie aprūpes veidi ir: Aprūpe mājās; drošības pogas pakalpojums; pakalpojumi dienas aprūpes centrā; īslaicīga sociālā aprūpe; sociālā aprūpe mājās; īslaicīga sociālā aprūpe institūcijā; individuāls sociālais darbs ar klientu; psihosociālā palīdzība; sociālās rehabilitācijas pasākumi; medicīniskās rehabilitācijas elementi; citi pasākumi (LR Labklājības ministrijas Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības departaments, 2014).

Autore secina, ka alternatīvie aprūpes veidi līdz ar to ir dažāda veida pasākumi, kas tiek īstenoti personas dzīvesvietā vai tās tuvumā.

Sociālās rehabilitācijas pakalpojumos ietilpst: Pakalpojumi dienas aprūpes centrā; specializēto darbnīcu pakalpojumi; asistentu pakalpojumi; citu sociālās rehabilitācijas institūciju pakalpojumi (LR Labklājības ministrijas Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības departaments, 2014).

Autore secina, ka uzskaitītie rehabilitācijas pakalpojumi lielā mērā ir īpaši nozīmīgi klientam ar demenci tās attīstības sākuma stadijās, kad pastāv atsevišķos gadījumos iespēja uz atgriezeniskiem uzlabojumiem.

LR Labklājības ministrija norāda, ka sociālās rehabilitācijas pakalpojumi ir daudzveidīgi – tajos var ietilpt dažāda veida pasākumi: Individuāls sociālais darbs ar klientu; atbalsta/ pašpalīdzības grupas; sociālo un profesionālo prasmju attīstība; sociālās funkcionēšanas spēju atjaunošana vai uzlabošana; izglītošana un brīvā laika pavadīšanas iespējas; psihosociālā palīdzība; sociālā aprūpe; medicīniskās rehabilitācijas elementi; citi pasākumi (LR Labklājības ministrijas Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības departaments, 2014).

Attiecībā uz klientiem ar demenci, Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā ir noteikts, ka sociālo pakalpojumu sniegšanas pamatprincipi attiecībā uz viņiem ir: pirmkārt – „sociālos pakalpojumus sniedz, tikai pamatojoties uz sociālā darba speciālista veiktu personas individuālo vajadzību un resursu novērtējumu” (Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums, 2002) – autore secina, ka sociālo aprūpi vai rehabilitāciju līdz ar to klientam var sniegt tikai tad, ja sociālais darbinieks secina, ka tāda ir nepieciešama. Tas norāda, ka atbildīgajai ārstnieciskajai personai vai klienta ar demenci aprūpētājam nepieciešams laicīgi kontaktēties ar sociālo darbinieku, lai pēc iespējas ātrāk notiktu šāds klienta izvērtējums.

Otrkārt, „sociālos pakalpojumus nodrošina klienta dzīvesvietā vai iespējami tuvu tai, un tikai tad, ja šāds pakalpojumu apjoms nav pietiekams, tiek nodrošināta sociālā aprūpe un sociālā rehabilitācija ilgstošas aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā” (Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums, 2002) – autore secina, ka klienta ar demenci

aprūpē tādējādi lielu lomu spēlē vietējās pašvaldības, jo normatīvi uzsvars tiek likts uz aprūpes vai rehabilitācijas sniegšanu iespējami tuvu klienta dzīvesvietai.

Treškārt, „**sniegtot sociālos pakalpojumus, institūcijas nodrošina starpprofesionālu un starpinstitucionālu sadarbību**” ” (Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums, 2002) – autore secina, ka Latvijā tādējādi normatīvi ir noteikta nepieciešamība pēc starpdisciplināras sadarbības un komunikācijas, tomēr nav noteikta kāda konkrēta institūcija, bet tā institūcija, kura nodrošina sociālos pakalpojumus. Līdz ar to tā var būt gan pašvaldība, gan ilgstošas sociālās aprūpes iestāde. Autore uzskata, ka likuma interpretācijā galvenais uzsvars tiek likts tieši uz ilgstošas sociālās aprūpes iestādes atbildību, kas ir loģisks nosacījums, ņemot vērā faktu, ka un ja klients ar demenci pastāvīgi uzturas šāda veida iestādē. Tomēr likumā nav noteikts, kam jābūt atbildīgam, ja tiek sniegti, piemēram, alternatīvie sociālās aprūpes pakalpojumi no dažādām iestādēm.

Ceturtkārt, „ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās darbs organizējams tā, lai institūcijas vidi tuvinātu ģimeniskai videi (..)” (Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums, 2002) – autore secina, ka tādējādi ilgstošas sociālās aprūpes iestādēs tiek likts uzsvars uz klientu ar demenci vides līdzībai ar viņa ierasto vidi, kas, saskaņā ar autores iepriekš izdarītajām teorētiskajām atziņām, ir īpaši nozīmīgs faktors šo klientu aprūpē.

Latvijā sociālo aprūpi klientiem ar demenci veic šādos dienas aprūpes centros:

- Pansionāts „Veldre” Rīgā;
- Pansionāts „Ozolaine” Rīgā;
- Pansionāts „Liepa” Rīgā;
- „Oāze” Rīgā;
- alternatīvās sociālās aprūpes dienas centrs Gaismas iela Ķekavā; (Oliševska, 2012)
- „Dzintara Melodija” Rīgā; (Grudulis, 2014)
- Pansionāts „Balvi” Kubulu pagastā, Balvu novadā;
- Pansionāts „Sloka” Jūrmalā;
- „Secior Baltic” Rīgā;
- Pansionāts „Rauda” Smārdes pagastā, Engures novadā;
- Latvijas sarkanā krusta Sociālās aprūpes centrs „Stūrīši”, Talsu novadā;
- Sociālās aprūpes centrs „Gaiļezers” Rīgā;
- Sociālās aprūpes centrs „Stella maris” Rīgā; u.c.

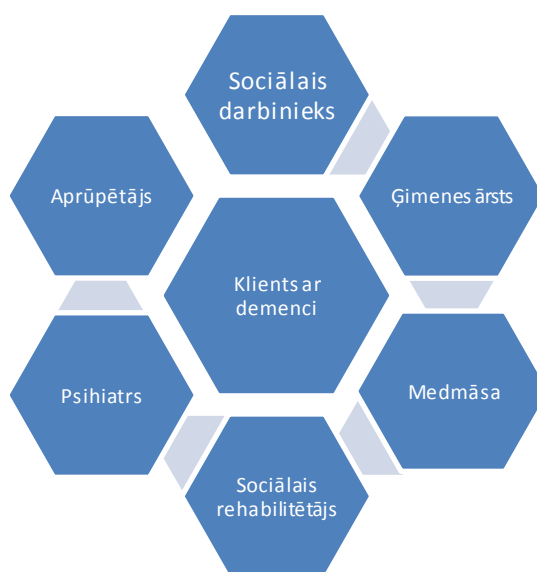
Iepriekš uzskaitīto aprūpes centru skaits norāda, ka Latvijā ir samērā maz demences aprūpes iestāžu, un to lielākā daļa ir koncentrēta Rīgā vai Pierīgā. Tas, savukārt, norāda, ka pārējā Latvijā ir problemātiski atrast iespējas piesaistīt speciālu aprūpes centru palīdzību lokālā mērogā.

### 3. PĒTIJUMA METODOLOĢIJA

Pētījuma gaitā paredzēts noteikt raksturīgākās problēmas, kas skar starpdisciplināro sadarbību sociālajā darbā ar klientu ar demenci. Citas disciplīnas ir gan medicīna, gan vadības nozare (administratori, pārvaldes organizatori) un arī citas radniecīgas labklājības nozares disciplīnas (rehabilitācija, ergoterapija u.c). Pētījuma galvenie jautājumi, uz kuriem jārod atbildes ir: Kādas ir sociālā darba iespējas (īpatnības) darbā ar klientu ar demenci institūcijā? Kā noris starpdisciplinārā sadarbība?

Sociālā darba process klasiskajā sociālā darba izpratnē, kur minēts, ka izvērtēšanaseko intervence kā iekļaušanās un novērtēšana.

Praktiskajā darbā, strādājot sociālo darbu ilgstošas sociālas aprūpes institūcijās ar klientu ar demenci var atšķirties procesa gaita, vispirms klients tiek uzņemts ilgstošas sociālas aprūpes institūcijā, izvērtēts, tad var parādīties dažādas sociālā rakstura problēmas, kas iepriekš netika identificētas, to izpausme arī mainās līdz ar slimības gaitu un apkārtējās vides apstākļiem, maiņu. Pētījuma konceptuālo pamatu veido Sociālajā darbā ar klientu ar demenci iesaistīto darbinieku savstarpējā saikne: sadarbība (skat. 3.1. attēlu)



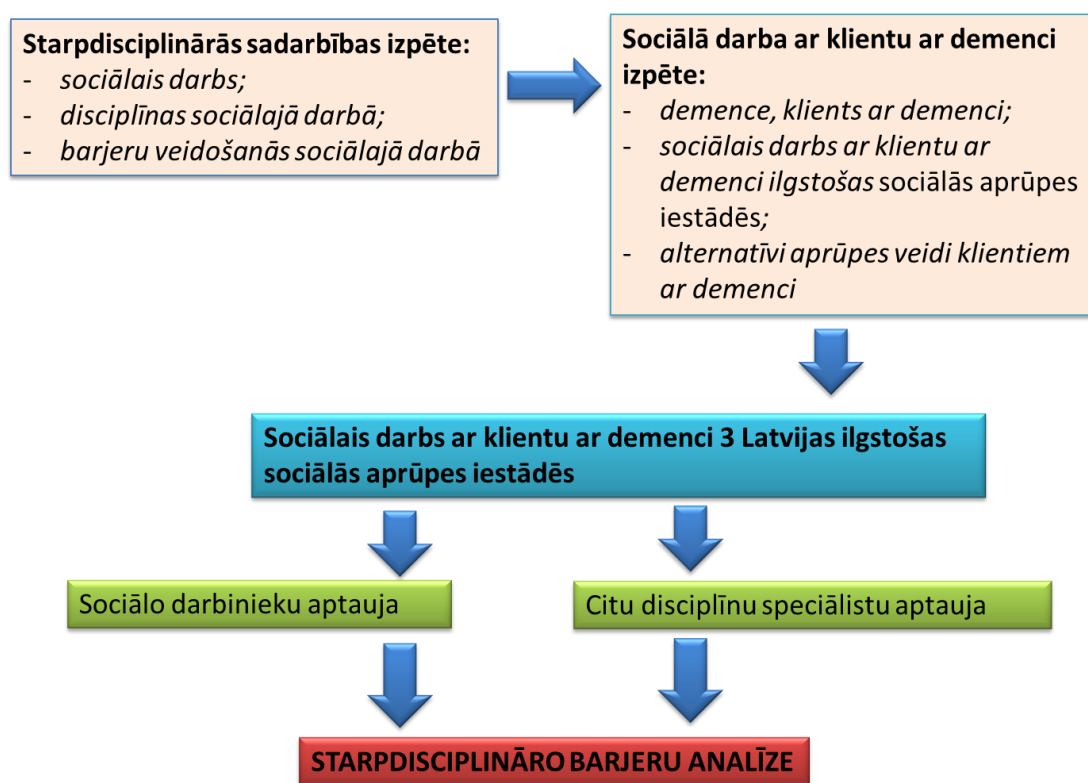
*Att. 3.1. Sociālajā darbā ar klientu ar demenci iesaistītie darbinieki. (Autores veidots).*

Saskaņā ar 3.1. attēlu, autore pēta starpdisciplināro sadarbību sociālā darba ar klientu ar demenci. Attēla centrā attēlots klients ar demenci, kura aprūpē iesaistīti dažādu jomu pārstāvji. Attēlā iekļautie darbinieki ir tie, kuru sadarbības izpētei autore pievērsīsies ilgstošās sociālās aprūpes institūcijās, jo teorētiski būtu nepieciešami arī citu disciplīnu pārstāvji, kas minēti 1.1. apakšnodaļā (piemēram, geriatri, ergoterapeiti u.c.). Tā kā autore ilgstoši strādā sociālās aprūpes jomā, tad izpētes modelī netika iekļauti teorētiski paredzētie, bet praktiski

gandrīz nesastopamie speciālisti. Klienta tuvinieki nav darba attiecībās ar institūciju, bet ir ļoti nozīmīgi aprūpes procesa dalībnieki, kuri var būt kā resurss sociālā darba veikšanā, kaut viņi neveic profesionālus pienākumus. Veiksmīga sadarbība parasti ir divvirzienu, jo vienpusēja komunikācija nedod rezultātu, tā neļauj dalībniekiem justies pilnvērtīgiem sadarbības procesa dalībniekiem. Sadarbībā var veidoties arī barjeras, tās kavē efektīvu klienta ar demenci aprūpi vai/un sociālo rehabilitāciju.

Balstoties uz šo konceptuālo pamatu, autore 3.2. attēlā izveidojusi shematisku praktiskā pētījuma modeli, pēc kura tiks izstrādāta darba praktiskā daļa.

3.2. attēlā redzams, ka autoras pētījuma pamatā ir iepriekš veiktā galveno jēdzienu teorētiskā un savstarpēji korelatīvā izpēte – autore veica sociālā darba, tā ietvaros esošo starpdisciplīnu sadarbības izpēti, kā arī analizēja iespējamās komunikācijas (sadarbības) barjeras tajā. Uz gūto atziņu pamata, kā arī šo jēdzienu kontekstā autore tālāk veica sociālā darba ar klientu ar demenci izpēti, aprakstot, kas ir demence, kādas ir tās iezīmes u.tml.



3.2. att. Praktiskā pētījuma shematiskais modelis

Saskaņā ar teorētiskajā izpētē gūtajām atziņām, autore tālāk pētīs sociālā darba ar klientu ar demenci iezīmes 3 Latvijas ilgstošas sociālās aprūpes iestādēs, pēc tam, balstoties uz iepriekš gūtajām atziņām, izstrādās plānu dažādo disciplīnu darbinieku aptaujai ar intervijas metodi; aptaujās šos darbiniekus un galarezultātā veiks iespējamo starpdisciplināro barjeru analīzi sociālajā darbā ar klientu ar demenci.

Izvirzītie kritēriji – ilgstošās sociālās aprūpes iestāde, sociālie darbinieki, klienti ar demenci.

Pētījuma **empīrisko bāzi** veidos primārie dati, iegūti ar autores izstrādātās daļēji strukturēto interviju un dokumentu analīzes palīdzību.

Autore izmantoja gadījuma izpētes metodoloģiju, raksturojot starpdisciplināro sadarbību sociālajā darbā ar klientiem ar demenci ilgstošās sociālās aprūpes centros : RSAC „Gaiļezers”, RSAC „Stella maris” un LSK SAC „Stūrīši ”

Gadījuma izpēte paredz divu veidu pieeju izpētei: kā unikālam patiesības noskaidrošanas veidam (intrinsic case study) vai kā instrumentālam gadījumam, ar kuar palīdzību tiek risināta kāda pētnieciskā problēma, kurai gadījums kalpo kā instruments (Stake, 1995, 15-33). Noteikti SAC izvēle šajā gadījumā veikta, lai izpētītu, kā tiek veidota starpdisciplinārā sadarbība sociālajā darbā ar klientiem ar demenci ilgstošās sociālās aprūpes institūcijās.

Empīriskā pētījuma īstenošanai autore aicināja uz interviju 10 speciālistus. Rezultātā intervijas pētījuma autorei sniedza speciālisti - dienas aprūpes centra „Agate” vadītāja, psiholoģe Inese Jurisa, Rīgas sociālās aprūpes centrā “Gaiļezers” ģimenes ārste Rudīte Sarkane, Rīgas sociālās aprūpes centrā “Gaiļezers” Sociālā darba struktūrvienības vadītāja Ieva Dortāne un Rīgas sociālās aprūpes centrā “Gaiļezers” , Rīgas sociālās aprūpes centrā “Stella maris” Vecākā medicīnas māsa Ilze Ādamsons, Sociālā darbiniece Larisa Vēvere un Latvijas Sarkanā krusta sociālās aprūpes centra „Stūrīši” darbinieki.

#### *Daļēji strukturēto interviju saraksts.*

1. Intervija ar RSAC „Stella maris” vacako medicīnas māsu Ilzi Ādamsoni
2. Intervija ar RSAC „Stella maris” Socialo darbinieku Larisu Vēveri
3. Intervija ar RSAC „Stella maris” Sociālo aprūpētāju Līgu Vismiņu
4. Intervija ar RSAC „Gaiļezers” sertificēto ģimenes ārsti Rudīti Sarkani
5. Intervija ar RSAC „Gaiļezers” Socialā darba struktūrvienības vadītāju Ievu Dortāni
6. Intervija ar RSAC „Gaiļezers” Sociālo darbinieku Brigitu Indulēvicu
7. Intervija ar LSK SAC „Stūrīši” vecāko medicīnas māsu Veltu Kurenkovu
8. Intervija ar LSK SAC „Stūrīši” Socialo darbinieku Lāsmu Šnefeldi
9. Intervija ar LSK SAC „Stūrīši” aprūpētāju Aneti Vilciņu
10. Intervija ar Dienas aprūpes centra vadītāju, psihologi „AGATE” Inesi Jurisu

### **interventiem tika uzdoti šadi jautājumi :**

Jūsu darbavieta un amats

Jūsu vecums darba stāžs kā socialajam darbiniekam? Medmāsai? Aprupētājam?

Kāda ir Jūsu pieredze darbā ar klientiem ar demenci ? pirmā pieredze?

Kādas metodes izmantojat darbā ar klientu ar demenci?

Ar kādiem speciālistiem visbiežāk sanāk sadarboties darbā ar klientu ar demenci?

Kādi speciālisti ir viss nozīmīgākie darbā ar klientiem ar demenci?

Kā veidojas sadarbība ar citu disciplīnu pārstāvjiem? (piemēram,..)

Kādas, Jūsaprāt, ir galvenās starpdisciplinārās problēmas klientu ar demenci aprūpē Latvijā?

Kā Jūs vērtējat starpdisciplināro sadarbību klientu ar demenci aprūpē Latvijā?

Jūsaprāt, ir kādas atšķirības darbā ar klientu ar demenci Rīgas reģionā un ārpus tā (laukos)?

Kāds ir biežākais demences veids tiem klientiem, ar kuriem esiet strādājis?

Kādas demences stadijas klienti, lielākoties, ir Jūsu klienti?

Kādi uzlabojumi, Jūsaprāt, būtu nepieciešami demences klientu aprūpē Latvijā nacionālā mērogā?

Lūdzu dot ieteikumus demento klientu aprūpes uzlabošanai Latvijā?

Lūdzu dot ieteikumus starpdisciplinārā darba uzlabošanai demento klientu aprūpē Latvijā!

Intervijas ar respondentiem veiktas laikā no 20.03.2015 līdz 10.05.2015

Interviju ilgums bija no 20 minūtēm līdz 80 minūtēm atkarība no respondentu laika iespējām.

Pēc respondentu lūguma tika saglabāta konfidencialitāte un nodrošināta vārda neminēšana. Ja respondents atsaucās uz kādu darbinieku vai klientu, minot vārdu, uzvārdu, autore to izdzēsusi no pierakstiem. Veicot intervijas tika ņemts vērā, ka sociālās aprūpes jautājumi var būt sensitīvi un delikāti, tāpēc autore neuzstāja uz konkrētu piemēru minēšanu un pārāk sīkiem situācijas raksturojumiem.

## 4. SOCIĀLAIS DARBS AR KLIENTU AR DEMENCI ILGSTOŠAS SOCIĀLĀS APRŪPES IESTĀDĒS LATVIJĀ (SAC)

Empīriskās izpētes veikšanai autore izvēlējās trīs ilgstošas sociālās aprūpes institūcijas kuras notiek sociālās darbs ar klientiem ar demenci, divas no tām atrodas Rīgas pilsētā, bet katra savā Daugavas krastā, tās ir Rīgas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas centrs „Gaiļezers”, Rīgas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas centrs „Stella maris”, un viena institūcija Kurzemes reģiona Latvijas sarkanā krusta sociālās aprūpes centrs „Stūrūši”.

### 4.1. RSAC Gaiļezers

Rīgas pilsētas sociālās aprūpes centrs (RSAC) „Gaiļezers” ir ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas iestāde, kas dibināta 1988. gada 1. novembrī Centra darbību regulē 2010 gada 1.jūnija Rīgas domes nolikums Nr.57 (skat pielikumu Nr.11.).

Tā uzņem:

- 1) pensijas vecuma cilvēkus un invalīdus ar pilsētas sociālā dienesta norīkojumu;
- 2) klientus ar demenci ar pilsētas sociālā dienesta norīkojumu.

RSAC „Gaiļezers” uzturās 396 klienti, 158 no tiem ar dažāda veida demenci. RSAC „Gaiļezers” strādā ap 180 darbiniekiem.

**Institūcijas pieejami resursi:** Sociālās aprūpes iestāde atrodas Rīgas zaļajā mikrorajonā Mežciemā, kur institūcijas klientiem ir pastaigas iespēja mežā, centrs atrodās 27 gadus atpakaļ celtā celtnē kas ir samēra plaša, kur klientiem ir nodrošināta mūsdienīga vide. Finansēšanas kartība pašvaldības apmaksāti klienti, projekti, ziedojumi.

Pakalpojumā ietilpst sociālā un medicīniskā aprūpe, ēdināšana.

Centrā darbojas 3 diennakts dežūrposteņi, kuros katrā strādā sertificēta medicīnas māsa.

Klienti uzturas istabiņās, pa 1- 5 cilvēki, atbilstoši veselības stāvoklim.

SAC strādā šādi speciālisti: Ģimenes ārsts; medicīnas māsa; zobārsts; sociālais darbinieks; sociālais rehabilitētājs; sociālais aprūpētājs; psihologs; fizioterapeita asistents; masieris; kā arī citu pakalpojumu speciālisti - frizieris; manikīrs / pedikīrs; kurpnieks; šuvēja; galdnieks.

Autore secina, ka SAC strādā liela daļa no citu valstu praksē iesaistītajiem speciālistiem, kuru līdzdalība ir nepieciešama klientu ar demenci aprūpē. Sociālā darba speciālisti klientu novērtēšanā izmanto Labklājības departamenta izstrādāto klienta karte (skat.pielikumu 1-9).

Galvenās aktivitātes, ko RSAC piedāvā klientiem, ir: Apmeklēt lasītavu / bibliotēku; apmeklēt rokdarbu pulciņu; pagatavot sev maltīti; apmeklēt trenāžieru zāli; apmeklēt kapelu; dziedāt ansambli „Jautrie iemītnieki”; spēlēt teātri; spēlēt dažādas galda spēles, apmeklēt kino.

Autore secina, ka Rīgas pilsētas sociālās aprūpes centrs „Gaiļezers” nodrošina plašu speciālistu loku darbam ar klientiem ar demenci. Kā arī izmanto plašu metožu klāsu darba ar klientu ar demenci.(skat pielikumu Nr. 15).

Veicot pētījumu par starpdisciplināro sadarbību sociālajā darbā ar demento klientu tika veiktas intervijas ar aprūpes centra dažādu disciplīnu speciālistiem ģimenes ārstu un sociālās struktūrvienības speciālistiem.

Interviju sniedza ģimenes ārste R. Sarkane ir 74 gadus veca mediķe, kura kopš 1989.gada strādā pansionātā Ģaiļezers kā ārste terapeite; vairāk kā 15 gadus ir ģimenes ārste un aptuveni 20 gadus darbojas medicīnas centrā Juglā kā dežurārsts, ģimenes ārsts. Ģimenes ārste R. Sarkane nodarbojas ar pacientu ārstēšanu, terapiju, izraksta nepieciešamos medikamentus, veic dažādus nosūtījumus. Ģimenes ārste R. Sarkane norāda, ka viņa ikdienā darbojas ar medmāsām un aprūpētājiem, arī sociālajiem darbiniekiem. Ģimenes ārste R. Sarkane norāda, ka viņas darbā nozīmīgākie speciālisti ir – labas medmāsas un aprūpētāji. Tas liecina, ka ģimenes ārstam būtisks ir gan medicīnas speciālists/palīgs, kāda ir medmāsa, gan arī aprūpētājs, kurš ikdienā visvairāk saskaras ar pacientu. Ģimenes ārste R. Sarkane uzskata, ka tajos pansionātos, aprūpes centros, kur ir ārsti pieejami, tur aprūpe notiek. Bet kopumā Latvijā tikai retajā pansionātā ir pieejami ārsti uz vietas - pieejamas ir tikai medmāsas, kuras bez ārsta rīkojuma neko nevar darīt. Savukārt laiks, kāds paiet līdz brīdim, kad šādā situācijā ārsts tiek līdz klientam ar demenci arī rada pienācīgas aprūpes trūkumu. Ģimenes ārste R. Sarkane uzskata, ka galvenā starpdisciplinārā barjera ir, pirmkārt, ārstu trūkums pansionātos, jo ģimenes ārsti, viņasprāt, ir centrālie starpdisciplinārā darba „mezgli”, kuri koordinē to. Tas norāda, ka bez ģimenes ārsta norādījumiem darbs ar klientu ar demenci ir nepilnīgs, jo, kamēr ģimenes ārsts nav ticis līdz šādam klientam, nekādus norādījumus nesaņem ne medmāsa, ne citi speciālisti, pie kuriem ģimenes ārsts nosūta. Otrkārt, aprūpes personāla zināšanu trūkums. Ģimenes ārstei R. Sarkanei ikdienā sanāk saskare ar visu demences formu pacientiem. Ģimenes ārste R. Sarkane uzskata, ka, par cik demenci izārstēt nevar, bet tās apārstēšanā jebkurā gadījumā ir nepieciešami medikamenti un kvalitatīva aprūpe, tad lielāka loma ir jāuztic tieši sociālajiem darbiniekiem un jāmēģina valsts mērogā nodrošināt pieejamākus ģimenes ārstu pakalpojumus šiem klientiem.

RSAC „Gaiļezers” sociālā darba struktūrvienības vadītāja Ieva Dortāne strādā līdzīgā amatā vairāk kā desmit gadus. Pieredze darbā tiesi ar klientiem ar demenci vairāk kā desmit

gadus atpakaļ, par tādu lietu kā demence vispārēja tipa pansionātos nu teiksim tā, sevišķi vēl nerunāja, bet īstenībā šie klienti bija. Darba ar klientu ar demenci visbiežāk tiek izmantotas klasiskās metodes, tā ir noverošana un saruna. Svarīgākie speciālisti- noteikti uzsvērtu aprūpētāju lomu, jo aprūpētājs ir tas cilvēks, kas visvairāk laika pavada kopa ar šo klientu, jo sociālais darbinieks sava darbībā, pilda arī daudz citu svarīgu uzdevumu, protams liela loma ir mediķiem, psihiatram, pēc liktu sociālo aprūpētāju vai sociālo rehabilitētāju. Svarīgākas problēmas **izglītības un zināšanu līmenis aprūpes personālam**, kas tieši strādā ar klientu ar demenci, mediķi tomēr ir informēti par šo jautājumu, un tomēr sociālajiem darbiniekiem, sociālajiem aprūpētājiem tas tiek skola macīts, nu viņi teiksim izprot šīs te demences būtību, bet spilkti redzams, ka tie cilvēki kas visvairāk strāda, aprūpētāji, kas strādā ar klientu kam ir demence, nu neizprot to demences būtību, ka šie ir, tie atmiņas traucējumi, un ka tas klients jau nedara to speciāli, ka pēc minūtes viņš jau ir aizmirsis ka ir ēdis, un visas šīs lietas, ka viņš cenšas ieskaidrot ka trīsdesmit gadīgs, ka viņam ir sarunāta tikšanās un tā, un kad to, aprūpētājs to neizprotot, cenšās strīdēties ar klientu, pārliecināt par savu taisnību, tas darbā ar klientu ar demenci nebūtu pieļaujami. Par starpdisciplinārās sadarbības problēmām var teikt, ka ta problēma ir to speciālistu trūkums, vai viņu ir par maz lai strādātu ar klientu ar demenci, jo ta sadarbība manuprāt komandā, nu viņa ir normāla, es neteiktu ka tur būtu īpasas problēmas, ja nu vienīgais, ta pieminētā ka aprūpētājiem pietrūkst reizēm šo te zināšanu par klientiem ar demenci un tad varētu rasties kādas neskaidrības, problēmas.

RSAC „Gaiļezers” sociālā darbiniece B.Indulēviča, strādā šajā amatā piekto gadu. Pieredze darbā tiesi ar klientiem ar demenci ir gadi astoņi iepriekš bija darba pieredze aprūpes aprūpe mājas birojā Svētais Jānis, Darba ar klientu ar demenci visbiežāk tiek izmantotas klasiskās metodes, tā ir noverošana, saruna, multfilmu skatīšanās, mūzikas terapija, sīkās motorikas nodarbības, jo savadāk klientu rokas pašas atrod sev nodarbi, nevisai labu. Svarīgākie speciālisti- noteikti ir aprūpētājs kurš ikdienu aprūpē klientu ar demenci, tad medmāsa kas pilda ārta norīkotu terapiju, sociālais darba speciālists. Svarīgākas problēmas **izglītības un zināšanu līmenis aprūpes personālam**, kas tieši strādā ar klientu ar demenci, tas būtiski var uzlabot vai pasliktināt klienta ar demenci ikdienu.

Kā arī var pieminēt ētikas jeb konfidencialitātes problēmu darbinieku, aprūpētāju vidū, kad darbinieks skaļi var izteikties par klientu veselības vai citām problēmām. Tas ir nepieļaujami strādājot aprūpes iestādē.

Par starpdisciplināro sadarbību jāsaka tā, pirmais tas ir attieksme pret veicamo darbu, un izpratne par klientiem ar kuriem strādā ikdienā, speciālistu trūkums, vai viņu ir par maz lai strādātu ar klientu ar demenci, jo ta sadarbība veidojas tad kad ir komanda. Runājot par atšķirībām aprūpes centros Rīgas pilsēta un laukos varētu būt līdzīgas pieejas, taču cik man

zināms, tad tādi dienas centri, kuri paredzēti tieši cilvēkiem ar demenci atrodas tikai Rīgā. Protams, iespējams, ka tādi ir arī laukos, taču man tādas informācijas nav, tāpēc nevaru arī spriest kādas varētu būt atšķirības. Es domāju, ka tas viss ir atkarīgs no finansējuma, kas ir atvēlēts tādām iestādēm, kā dienas centri, tad arī no tā izriet kādus speciālistus var piesaistīt. Un ja laukos šādas iespējas nav, tad cilvēks atrodas tikai mājās kopā ar savu ģimeni, protams, ja tāda ir. Biežāk sastopamā demences forma mūsu sociālas aprūpes centrā būtu vieglā un vidēji smaga demences forma. Uzlabojumi kas ir nepieciešami klientu ar demenci aprūpē Latvijā viennozīmīgi ir medicīnu piesaiste aprūpes centriem, jo ar vienu ģimenes ārstu nepietiek, sociāla darba speciālistu štatu palielināšana, aprūpes personāla izglītošana par demences izpausmi, un protams ka normālus dzīves apstākļus pašiem klientiem, lai viņiem būtu kaut stūrītis privātas telpas, jo ja viena telpā dzīvo spieci klienti un trīs no viņiem dementie, tad sanāk tā ka viens ēd, bet otrs kārto savas dabiskas vajadzības, trešais gul, tas ir cilvēktiesību pārkāpums. Nepieciešams būtu vairāk mazu sociālas aprūpes centru, kur pieeja katram klientam būtu personiskāka.

Darbiniekiem jābūt iejūtīgākiem un saprotošākiem, izvērtēt katru klientu individuāli un atrast īsto pieeju. Ciešāku sadarbību starp ģimenes ārstiem, aprūpes centriem un sociālo dienestu neaizmirstot par pašu galveno - cilvēku, kuram ir demence.

Autore secina, ka RSAC „Gailezers” nodrošina plašu speciālistu loku darbam ar klientiem ar demenci. Pēc darbinieku atbildēm izriet ka efektīvai sadarbībai nepieciešamie faktori ir - pareiza darba organizācija un darbinieku noslodze, Galvenās problēmas aprūpē un darbā ar klientu ārstēšanā Latvijā ir - vienotu darba metožu trūkums; ikdienas darba metožu trūkums, neesamība darbā ar demento klientu; Latvijā tikai retajā pansionātā ir pieejami ārsti uz vietas - pieejamas ir tikai medmāsas, kuras bez ārsta rīkojuma neko nevar darīt; trūkst darbinieku: gan kvalificētu medicīnu, gan sociālo darbinieku; atbilstoši kvalificētu aprūpētāju un viņu zināšanu trūkums.

#### **4.2. RSAC „Stella maris”**

Rīgas pilsētas sociālās aprūpes centrs (RSAC) „Stella maris” ir ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas iestāde, kas dibināta 1994. gada 1 oktobrī.

Centra darbību regulē 2010 gada 1.jūnija Rīgas domes nolikums Nr.56 (skat pielikumu Nr.12.).

Tā uzņem:

- 1) pensijas vecuma cilvēkus, ka arī I un II grupas invalīdus ar Rīgas pilsētas sociālā dienesta norīkojumu;

2) klientus ar demenci ar pilsētas sociālā dienesta norīkojumu.

RSAC „Stella maris” uzturās 116 klienti, 54 no tiem ar dažāda veida demenci.

RSAC „Stella maris” strādā 38 darbinieki.

**Institūcijas pieejami resursi:** Sociālās aprūpes iestāde atrodas Daugavgrīvas salā bijušā Padomju jūrnieku hospitāla ēkā. Bolderājā. Klientiem ir iespēja pastaigāties līdz jūras līcim. Finansēšanas kārtība Valsts un pašvaldības apmaksāti klienti, kā arī arī klienta pilnu vai daļēju maksu, ziedojumi

Pakalpojumā ietilpst sociālā un medicīniskā aprūpe, ēdināšana.

Centrā darbojas medmāsas dežūrpostenis no 8.00 līdz 20.00, kurā katrā strādā sertificēta medicīnas māsa.

Ģimenes ārsts sociālās aprūpes centrā ir pieejams reizi nedēļā, ārsts psihiatrs ir pieejams reizi mēnesī, kā arī pēc vajadzības.

Klienti uzturas istabiņās, pa 1- 4 cilvēki, atbilstoši veselības stāvoklim.

SAC strādā šādi speciālisti: ģimenes ārsts; medicīnas māsa sociālais darbinieks; sociālais rehabilitētājs; sociālais aprūpētājs; aprūpētājs ergoterapeits kā arī citu pakalpojumu speciālisti: frizieris; manikīrs / pedikīrs; galdnieks.

Autore secina, ka SAC trūkst medicīnas jomas speciālistu, kuru līdzdalība ir nepieciešama klientu ar demenci aprūpē.

Galvenās aktivitātes, ko SAC piedāvā klientiem, ir: apmeklēt lasītavu / bibliotēku; apmeklēt rokdarbu pulciņu; pagatavot sev maltīti; spēlēt dažādas galda spēles; svētku un jubileju svinēšana; eskursijas.

Autore secina, ka arī Rīgas pilsētas sociālās aprūpes centrs „Stella maris”, līdzīgi kā „Gaiļezers”, nodrošina plašu speciālistu loku darbam ar klientiem ar demenci. Pēc RSAC „Sella maris” darbinieku atbildēm izriet ka darbā ar klientu ar demenci ir svarīgi panākt uzticēšanos no klienta, dažāda veida fiziskas aktivitātes un klienta piesaiste nodarbībām, kas ietver kognitīvo rehabilitāciju. (skat.pielikumu Nr.13-14).

Veicot pētījumu par starpdisciplināro sadarbību sociālajā darbā ar demento klientu tiek veiktas intervijas ar aprūpes centra dažādu disciplīnu speciālistiem vecāko medicīnas māsu un sociālās struktūrvienības speciālistiem.

RSAC „Stella maris” vecākā māsa Ilze Ādamsons, strādā šajā amatā deviņus mēnešus. Kā medicīnas māsa strādā jau 30 gadus, pirma pieredze ar klientu ar demenci sākās 2005.gadā, kad Engures novada domes pansionātā iestājās pirmie klienti ar vaskulāro demenci, visbiežāk sanāk sadarboties darbā ar klientu ar demenci- ar psihiatru, ģimeneas ārstu, aprūpētāju. Viss nozīmīgākie darbā ar klientiem ar demenci būtu ārsts, medmāsa, aprūpētāji/ māsu palīgi; psihoterapeits. Galvenās problēmas aprūpē un darba ar klientu un ārstēšanā Latvijā, ir tas ka

nav nodrošināti pietiekami dzīves pastākļi, jo SAC ir pārapdzīvoti, nepietiekami apmācīts personāls Galvenās starpdisciplinārās problēmas, barjeras klientu ar demenci aprūpē, ārstēšanā Latvijā ir pārāk maz informācijas par demenci kā slimību un to aprūpes īpatnībām, netiek nodrošināts atbilstošs personāls, kuram būtu šīs zināšanas. Vēl viena ilgstošo sociālas aprūpes centru sērga ir pārmērīga alkohola lietošana klientu vidū, it sevišķi pensiju dienā, kad pastiprinās arī klientu ar demenci trauksme, jo tiek traucēts viņu miers. Viennozīmīgi par šo problēmu ir jāruna arī starpdisciplinārajā darbā, jo tikai vienas medmāsas ar to nevar tikt galā ir jāstrādā arī sociālajiem darbiniekiem un aprūpētajiem. Vērtējot starpdisciplināro darbu ar klientu ar demenci aprūpē Latvijā ir zināšanu trūkums/ nezināšana veido komunikācijas barjeru starp aprūpes veicējiem aprūpētais medmāsa. Latvijās nacionālā mērogā vispirms būtu nepieciešams apmācīts personāls un adekvāts atalgojums. Dotot ieteikumus aprūpes uzlabošanai Latvijā- veicināt apmācības aprūpējas/ māsu palīgus , kā arī medicīnas māsas iesaistīt tajā, veidot labāku komunikāciju. Atšķirības darbā ar klientu ar demenci Rīgas reģionā un ārpus tā (laukos) nav nekādas, jo problēmas ar aprūpi ir visur- neapmācīts personāls, pārapdzīvotība, nepietiekams tehniskais aprīkojums, zems atalgojums.

RSAC „Stella maris” sociālā darbiniece L.Vēvere, strādā šajā amatā otro gadu. Sociālā darbiniece uzsver citreiz sanāk domstarpības par pareizo darba organizāciju bet tas jau droši vien visur kur arī citos aprūpes centros. Kā arī ta trakā papīru būšana! Tik jāraksta un jāraksta tās neskaitāmās atskaites, ieraksti klientu kartēs, kad tad paliek laiks klientiem! Jautājums- Kam tad mēs strādājam. Pirmā pieredze darbā ar klientu ar demenci bija tieši šeit pensionātā, jo līdz šim kad strādāju sociālajā dienestā man nebija saskarsmes ar klientiem ar demenci, ja pirmā pieredze bija īsts šoks, domāju ka, nekad nespēšu strādāt ar šo klientu grupu, jo bieži vien klienti ar demenci ir sava veida aizdomīgi, piesardzīgi, svešiem cilvēkiem neuzticās, jābūt viņu uzticības personai. Piemēram klientam ir nepieciešams veikt kādu izmeklējumu un viņu jāved uz slimnīcu, klients brauks tikai ar darbinieku kuram uzticās! Ka nekas ļauns ar viņu tur nenotiks. Visciešākā sadarbība ir ar konkrēto klienta aprūpētāju kas strādā ar viņu jo viņš vislabāk zin, kas konkrētajā mirklī notiek ar klientu, kā arī vislabāk var pastāstīt citiem speciālistiem kāds bija klients (depresīvs vai uzbudināts, ēda vai nē) , tas viss ir ļoti nozīmīgs mediķiem, dežurējošai medmāsai.

Var secināt ka sociālais darbinieks ir kā mediators. Aprūpētais kas strada mainās un atrodas klientam blakus 12 vai 24 stundas diennaktī, Apkopēja kas seko tīrībai klienta istabiņā un gaitenēs, dažreiz palīdz arī aprūpētajam, sociālais aprūpētais kas sastāda sociālas aprūpes planu klientam un seko tās izpildei, sociālais rehabilitētājs darbojas ar klientu kustību jomā, sociālais darbinieks vada klientu lietu un seko visiem procesiem kas notiek ar klientu pensionātā un ārpus tā, ja klients ir slimnīcā, medmāsa ir ļoti svarīga izpilda ārsta nozīmētas

manipulācijas. Ārsts ir ļoti nozīmīga persona klientiem, viņu klienti gaida ka Dievu. Medikalizācija izpaužas gan mediķu un pārējo speciālistu, darbinieku sadarbībā, gan klientu un aprūpē iesaistītā personāla attiecībās.

Ģimenes ārsts pansionāta ir reizi nedēļā, psihiātrs reizi mēnesī. Protams mums vēl ir visa administrācija, sētnieki, virtuves darbinieki un tehniskais sektors bet tie speciālisti vairs nav tik cieši saistīti ar klientiem. Nozīmīgākie speciālisti darbā ar klientu ar demenci būtu sociālais darbinieks, kas vispār seko visam kas notiek ar klientu pansionātā un aizpilda un vada klienta lietu no A līdz Z, no klienta iestāšanās pansionātā līdz beigām, visas pārrunas ar radniekiem un darbs ar aprūpes personālu. Bet starpdisciplināras barjeras rodas pemēram tā biežā klientu pārvessšana no vienas istabiņas uz citu, tas taču traume demento klientu, viņš pierod pie vienas vides un grūti adaptējas citā, par citām apsurdām lietām un rīkojumiem. Kā arī zems aprupētāju izglītības līmenis, aprupētajām galvenais lai klients būtu mierīgs un netraucētu, viņas dažreiz nesaprot kāpēc klientus ar demenci ir jāved uz kultūras pasākumiem un nodarbībām. Vēl viena liela problēma kas pastāv ilgstošās sociālās aprūpes centros, ir alkohola lietošana, iemītniekus starpā, kas notiek kad darbinieki kuri strāda katru dienu, aiziet vakarā mājās, tad tiek ienests un lietots alkohols un cit reiz pat ar aprupētāja ziņu, ka cīnīties ar šo sērgu? Jo tiek traucēti citi pansionāta iemītnieki, traucēti arī klienti ar demenci, jo mūsu aprūpes centrā nav īpaši nodalīta un slēgta nodala klientiem ar demenci, tātad ja aprupētajs ir aizņemts un neredz ka iedzēris klients dodas citu iemītnieku istabiņām.

Kā arī liela problēma klientu personiskā telpa, it kā katram klientam ir sava gūltas vieta, nakts skapītis, un vieta skapī priekš personiskajām mantām, bet tomēr atrodoties vienā istabiņā četri pieci klienti nevienmēr tiek ievērotas klienta personiskā telpa. Galvenās problēmas aprūpē un darba ar klientu Latvijā, būtu tas, ka nav medikiem īsti zinams kā ārstēt šo klientu grupu, un sociālā darba specialistiem arī nav izstrādātas konkrētas vadlīnijas kā ir jāstrādā ar klientiem ar demenci, kadas sociālā darba metodes ir jāizmanto. **Starpdisciplinārās problēmas, barjeras** klientu ar demenci aprūpē Latvijā, Var teikt ka klienti ar demenci ir vismazāk vērtīgākie no medicīnas speciālistu skatu punkta, un arī aprūpes personāla, jo viņiem neko jaunu neimacīsi, galvenais ir uzturēt esošās prasmes. Lai cilvēks nezaudē kaut vai pasas elementārākās prasmes pašaprūpē! Ar to arī strādā lai saglabat klientem pēc iespējas ilgāk visas socialās prasmes socialais rehabilitētajs un sociālais aprupētajs institūcijā.

Ašķirības darbā Rīgas aprūpes centros un ārpus tā, laukos pansionati ir mazāki, mājīgāki, un klienti tur varetu justies daudz labāk nekā lielajā "sovhozā" es negribu teikt ka Rīgā aprupe būtu sliktaka, bet lauku pansionātos ta ir personīgāka. Nepieciešams izveidot kādu organizāciju, kas tieši akcentētu visas problēmas darba un saskarsmē ar klientiem ar demenci,

veiktu pētījumus, jo mūssdien šī problēma ar demenci kļūst ar vien aktuālāka. Uzlabojumi, demences klientu aprūpē Latvijā, būtu nepieciešams lielaks darbinieku skaits, tieši speciālistu, lai kvalitatīvi varētu sniegt aprūpes pakalpojumu klientiem ar demenci, kā arī vairāk vajag izglītojošā materiāla aprūpes personālam, kas ikdienā strādā ar klientu ar demenci.

RSAC „Stella maris” sociālā aprūpētāja L.Vismiņa, strādā šajā amatā septiņus mēnešus, kopējais darba stāžs kā socialajam darbiniekam ir četri gadi, iepriekš strādājā bērnu un jauniešu centrā Ilga, gan jauniešiem gan veciem cilvēkiem, ir vajadzīga mīlestība un darbs kas tev patīk, savas īpatnības protams jau ir, pansionātu es atnācu lai pamainīt mazliet darba specifiku, un personīgie iemesli, mani interesēja darbs ar veciem cilvēkiem, viņu īpatnības, jo man ir jārūpējas par omīti kurai 91g., jāzin visi knifi. Klientus ar demenci jau mēs ikdienā visur kur varam sastapt. Kam ir slikta atmiņa, kuriem zūd visādas iemaņas apģērbties, paēst, kuri paliek pasīvi vai pārlietu uzbudināti, emocionāli nestabili, kur var ciest viņiem tuvi cilvēki. Sociālā aprūpētāja ar klientiem ikdienā raksta rehabilitācijas/aprūpes plānus un sazinās ar visām klientam nepieciešamām institūcijām. Izmanto visas metodes vērstas uz kognitīvo rehabilitāciju, nodarbojās ar visiem klientiem neatkarīgi no viņu saslimšanas un diagnozes, atvīlotajā veidā vada nodarbības arī ar vidēji smagas demences klientiem, veidojam no plastelīna ar pirkstiem zīmējam ar guāškrasām kas nodarbina pirkstu motoriku, vienmer pēc jebkura darbiņa paslavējam klientu un iedodam ko garšīgu konfekti vai cepumu, tas pamudina klientus darboties arī nākamreiz, rādām multfilmās, lielam mūziku tādu kā putnu dziesmas, dabas skaņas. Lasām priekšā grāmatas. Vissvarīgākā metode protams ir novērošana, lai saprastu kas klientam ir visnepieciešamākais. Nozīmīgākie speciālisti darbā ar klientiem ar demenci ir klienta uzticības persona, un tas var būt jebkurš no speciālistiem vai apkopēja vai grāmatvede vai pati direktore, ļoti svarīgi prast un panākt lai klients Tev uzticās. Parasti tie ir aprūpētāji, vai socialie darbinieki kuri vada klienta lietu. Veiksmīgākai starpdisciplinārajai sadarbībai ir jāpievers lielāka uzmanība tiesi kopīgajam darbam ar klientu nevis savu kā speciālista prasmju un zināšanu deklarēšanai, katram cilvēkam taču ir sava dzīves pieredze, zināšanu bagāža, ka arī izglītības līmenis un profesionānas nostādnes, sociālā aprūpētāja domā no tā arī rodas tās barjeras, ka katrs redz to problēmu no sava redzpunkta. Vadītājam ir jādomā globāli un viņa redz to no sava redzpunkta, tai pašā laikā aprūpētājam kuram ir uzticēts viss dzīvība un klienta labsajūta saredz šo problēmu savādāk. Efektīvākai **starpdisciplinārās sadarbības** izveidosanai darbā ar klientu ar demenci Latvijā vajadzētu kādu vienotu orgānu kas regulētu socialo darbu ar demento klientu varbūt no Labklājības ministrijas, jo šī problēma ar demenci kļūst ar vien aktuālāka un jācel darbinieku izglītības un izpratnes līmenis darba ar klientu ar demenci Valstī .

Autore secina, ka RSAC „Stella maris” nodrošina plašu speciālistu loku darbam ar klientiem ar demenci. Pēc darbinieku atbildēm izriet ka efektīvai sadarbībai nepieciešamie faktori ir - pareiza darba organizācija un darbinieku noslodze, darbinieku profesionalitāte atbilstošu metožu un instrumentu izvēlē un to pielietošana, skaidri merki un uzdevumi, borokratijas mazināšana (adekvāta dokumentācija, atskaitīšanās), pārdomāta stratēģija.

### 4.3. SAC „Stūrīši”

Latvijas sarkana krusta sociālās aprūpes centrs (SAC) „Stūrīši” ir ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas iestāde, kas dibināta 2008. gada 1.oktobrī

Tā uzņem:

- 1) pensijas vecuma personas un pilngadīgas personas ar invaliditāti;
- 2) klientus ar demenci ar psihiatra atzinumu.

Pakalpojuma saņemšanas kārtību nosaka 21.04.2008. MK noteikumi Nr.288 „Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanas kārtība”

Centrā uzturās 95 klienti, 32 no tiem ar dažāda veida demenci.

**Institūcijas pieejami resursi:** Sociālās aprūpes iestāde atrodas Talsu novadā, Laidzes pagastā, centrs atrodas 18.gs. izveidota Mācītājmuižas kompleksā, īpaši gleznainā un skaitā vietā, kur klientiem ir nodrošināta mājīga vide. Finansēšanas kārtība Valsts un pašvaldības apmaksāti klienti, kā arī arī klienta pilnu vai daļēju maksu. Liels atbalsts ir starptautiskā Sarkana krusta komiteju, īpaši Vācijas sarkanā krusta, kura darbinieki ir bieži viesi SAC „Stūrīši”, kā arī dažādu organizāciju un privātpersonu ziedojumi.

Pakalpojumā ietilpst sociālā un medicīniskā aprūpe, ēdināšana.

Centrā darbojas dienakts medmāsas dežūrpostenis, kurā katrā maiņā strādā sertificēta medicīnas māsa.

Ģimenes ārsts socialas aprūpes centrā ir pieejams reizi nedēļā, vai akūtos gadījumos neatliekamas medicīnas brigāde, ārsts psihiatrs ir pieejams reizi mēnesī, kā arī pēc vajadzības.

Klienti uzturas istabiņās, pa 1- 4 cilvēki, atbilstoši veselības stāvoklim.

SAC strādā šādi speciālisti: ģimenes ārsts; ārsts psihiatrs medicīnas māsa; sociālais darbinieks; sociālais rehabilitētājs; sociālais aprūpētājs; aprūpētājs fizioterapeita asistents.

Autore secina, ka SAC nodrošina klientus ar nepieciešamajiem speciālistiem, kuru līdzdalība ir nepieciešama klientu ar demenci aprūpē.

Galvenās aktivitātes, ko SAC piedāvā klientiem, ir: apmeklēt lasītavu / bibliotēku; galda hokejs, teniss, novuss un c., apmeklēt rokdarbu pulciņu; treniņu zāli; datorklase, teātra pulciņš, svētku svinēšana, dejas, ekskursijas.

Veicot pētījumu par starpdisciplināro sadarbību sociālajā darbā ar klientu ar demenci autore turpina intervijas ar sociālas aprūpes centra dažādu disciplīnu speciālistiem vecāko medicīnas māsu, sociālo darbinieci un aprūpētāju.

SAC „Stūrīši” vecākā māsa Velta Kurenkova, strādā šajā amatā trešo gadu.

Uzskata, ka nacionālajā mērogā nepieciešams lielāks informācijas apjoms par demenci – gan lai iedzīvotāji vairāk par to zinātu, izprastu, gan arī – speciālisti, kuri iesaistīti šo klientu ārstēšanā. Tāpat nepieciešams vairāk izglītēt radniekus klientiem ar demenci un lielāks uzsvars liekams uz iesaistīto speciālistu apmācībām dažādos ar demenci un klientu ar demenci aprūpes jautājumos. Kā par galveno starpdisciplināro problēmu un barjeru klientu ar demenci aprūpē, ārstēšanā Latvijā jādefinē ģimenes ārstu trūkumu uz vietas aprūpes centros. Tas, savukārt, rada vairākas saistītās problēmas: iekšējos konfliktus iestādēs starp aprūpētājiem un medmāsām, nepilnīgu klientu ar demenci izmeklēšanu pie speciālistiem u.tml.

Latvijas Sarkanā Krusta (LSK) sociālās aprūpes centra „Stūrīši” sociālā darbiniece Lāsma Šnēfelde šajā amatā strādā 12 gadus. Par savu pieredzi kopumā speciāliste norāda: „Kā jebkuru klientu, arī dementos iepazīst strādājot ar viņiem. Aprūpes iestādē ir visdažādākie demences veidi, visdažādākajos vecumos. Pirmām kārtām, ir jābūt piesardzīgam ar informāciju, kuru sniedz šie cilvēki, tā noteikti ir jāpārbauda, jo visbiežāk neatbilst īstenībai. Tādējādi speciālists var izdarīt aplamus secinājumus. Ir jāprot pielāgoties klientam un uzturēt komunikāciju, viņu nesatraucot un nezaicinot. Bieži klienta interesēs ir piekrist klienta teiktajam un neiesaistīties konfliktā un pārliecināšanā par pretējo. Speciālistam ir jārada apstākļi, lai klients, dzīvojot savā „citādajā pasaulē”, neizjustu apdraudējumu sev, neizjustu trauksmi un izaicinājumu uz agresīvu rīcību.” Autore secina, ka šīs atziņas saskan ar iepriekš teorijā autores izpētīto, un liecina, ka klientu ar demenci aprūpe starpdisciplinārā darba rakursā plasa īpašu uzmanību un vērību – neviens speciālists nevar balstīties tikai uz klienta teikto, svarīgi ir zināt visu iesaistīto speciālistu secinājumus, atziņas, jo tikai tādā veidā iespējams objektīvi novērtēt klienta ar demenci fiziskās un garīgās veselības stāvokli.

Latvijas Sarkanā Krusta sociālās aprūpes centra „Stūrīši” sociālā darbiniece uzskata, ka „tās varētu būt atbalstošās supervīzijas. Medīķiem nepieciešamas apmācības sociālā jomā, izpratnes veicināšanai. Svarīga ir iestādes vadības izpratne un nostādne šajos jautājumos.”

Sociālā darbiniece kā galveno starpdisciplināro problēmu un barjeru klientu ar demenci aprūpē, ārstēšanā Latvijā uzskata: „Medicīnas māsas izjūt sevi kā pārākus jo domā ka zin par šāda veida slimniekiem visu, bet īstenībā tikai aprūpes personāls zina, kā ir jārīkojas ar šāda veida klientiem” Autore secina, ka tas norāda uz iekšējiem konfliktiem klientu ar demenci aprūpes iestādēs starp medmāsām un aprūpētājiem.

Latvijas Sarkanā Krusta sociālās aprūpes centra „Stūrīši” sociālā darbiniece norāda, ka, „klientam iestājoties un arī turpmāk saņemot pakalpojumu ilgstošas sociālās aprūpes un rehabilitācijas institūcijā, pirmām kārtām ir visas problēmu identificēšanas metodes. Klienta novērtēšana, dokumentu analīze, aprūpes un rehabilitācijas procesa plānošana, dažādu jautājumu kārtošana, administrēšana, pierakstu veikšana. Darba procesā klients tiek novērots, tiek uzklauts citu speciālistu vērtējums un dots sociālās aprūpes un rehabilitācijas novērtējums. Ikdienā ar klientiem tiek veiktas sarunas, gan motivējošas, informējošas, atbalstošas. Izmantojot dažādas mākslas terapijas metodes klienti tiek aktivizēti, veicināta intelektuālo spēju uzturēšana atbilstoši spējām.” Autore secina, ka aprūpētāji lielā mērā piedalās demences simptomātikas identificēšanas procesā. Tas, savukārt, liecina, ka viņu loma ietver ne tikai ikdienas aprūpi, bet arī atbalsta funkcijas citu speciālistu darbam.

Latvijas Sarkanā Krusta sociālās aprūpes centra „Stūrīši” sociālā darbiniece vairāk uzsver medicīniskās palīdzības savlaicīgumu un profilaksi: „Savlaicīga medikamentoza terapija, aktivitātes, saturīga brīvā laika pavadīšana, atbilstoši viņu spējām.” Speciāliste papildus norāda, ka „būtu nepieciešama plašāka dienas centru pieejamība demences slimniekiem. Tas veicinātu tuvinieku atslodzi no šo cilvēku uzraudzīšanas, kā arī ilgāk šie klienti varētu dzīvot mājās apstākļos ģimenē un netiktu ievietoti ilgstošas sociālās aprūpes un rehabilitācijas iestādēs.

LSK SAC „Stūrīši” aprūpētāja Anete Vilciņa, 48 gadus veca darbiniece, strādā šajā amatā 2 gadus, aprūpētāja uzmana klientus ar demenci, lai viņi nedara pāri ne sev, ne citiem. Aprūpētāja uzskata, ka nozīmīgākie darbinieki darbā ar klientiem ar demenci ir - aprūpētāji un mediķi. Aprūpētāja uzskata, ka galvenās problēmas aprūpē un darbā ar klientu ārstēšanā Latvijā ir tas, ka trūkst darbinieku: gan kvalificētu mediķu, gan sociālo darbinieku.

LSK SAC „Stūrīši” aprūpētājai lielākā pieredze bijusi ar pacientiem, kuriem ir vaskulārā, alcheimera, epileptiskā un parkinsonisma demence. Ikdienā vairāk sanāk strādāt tieši ar vidējās un smagās demences formām. Aprūpētāja uzskata lielāks uzsvars liekams uz iesaistīto speciālistu apmācībām dažādos ar demenci un klientu ar demenci aprūpes jautājumos.

SAC „Stūrīši” aprūpētāja uzskata, ka nacionālajā mērogā nepieciešams lielāks informācijas apjoms par demenci – gan lai iedzīvotāji vairāk par to zinātu, izprastu, gan arī – speciālisti, kuri iesaistīti šo klientu ārstēšanā. Tāpat nepieciešams vairāk izglītot radniekus klientiem ar demenci.

Autore secina, ka SAC „Stūrīši” nodrošina plašu speciālistu loku darbam ar klientiem ar demenci. Pēc SAC „Stūrīši” darbinieku atbildēm izriet ka galvena prioritātē darbā ar klientu ar demenci ir neļaut viņam „iegulēties” visu laiku ir nepieciešams aktivizēt, mudinot

doties pastaigā, izmantojot vingrinājumus. Censties novērtēt un paslavēt par jebkuru veicamo darbiņu.

#### 4.4. Iezīmes sociālajā darbā ar klientu ar demenci – līdzības un atšķirības aprūpes centros

Iepriekš pētītajos aprūpes centros tiek piedāvātas dažādas aprūpes, kā arī dažādu speciālistu pakalpojumi klientiem ar demenci. 4.1. tabulā autore apkopojusi analizētajos aprūpes centros pieejamo speciālistu pakalpojumus.

4.1. tabula

Sociālās aprūpes centros pieejamo speciālistu pakalpojumi

	SAC „Stūrīši”	RSAC „Stella maris”	RSAC "Gaļezers"
ģimenes ārsts	✓	✓	✓
ārsts psihiatrs	✓		
medicīnas māsa	✓	✓	✓
sociālais darbinieks	✓	✓	✓
sociālais rehabilitētājs	✓	✓	✓
sociālais aprūpētājs	✓	✓	✓
aprūpētājs	✓	✓	
fizioterapeita asistents	✓		✓
ergoterapeits		✓	
citu pakalpojumu speciālisti (frizieris, manikīrs u.tml.)		✓	✓
zobārsts			✓
psihologs			✓
masieris			✓

Lai gan teorētiskajā izpētē autore konstatēja, ka darbā ar klientiem ar demenci nozīmīgs ir dažādu disciplīnu speciālistu darbs, 4.1. tabulas dati norāda, ka analizētajos sociālās aprūpes centros tas nav īpaši plašs. Visos trīs centros ir pieejami šādi speciālisti:

- 1) ģimenes ārsts;
- 2) medicīnas māsa;
- 3) sociālais darbinieks;
- 4) sociālais rehabilitētājs;
- 5) sociālais aprūpētājs.

Divos no trijiem centriem vēl ir pieejami:

- aprūpētājs;

- citu pakalpojumu speciālisti (frizieris, manikīrs u.tml.);
- fizioterapeita asistents.

Iegūtie dati norāda, ka tādējādi klientiem ar demenci faktiski tiek nodrošināta caurmērā 5 pastāvīgu speciālistu palīdzība sociālajos aprūpes centros, bet citi speciālisti jāapmeklē citās iestādēs, kas liecina par lielu resursu patēriņu, kas notiek šo speciālistu pieejamības uz vietas trūkuma dēļ.

Iepriekš pētītajos aprūpes centros tiek izmantotas dažādas pieejas un metodes darbā ar klientiem ar demenci. 4.2. tabulā autore apkopojusi speciālistu atbildes par kopīgām un atšķirīgām metodēm un sniegtajiem pakalpojumiem.

#### 4.2. tabula

Sociālās aprūpes centros atšķirīgas un kopīgās metodes

	SAC „Stūrīši”	RSAC „Stella maris”	RSAC „Gailezers”
Novērošana, komunikācija, saruna	✓	✓	✓
Individuālie aprūpes/rehabilitācijas plāni	✓	✓	✓
Sīkas motorikas attīstošie vingrinājumi, rokdarbi, aplikācija, kognitīvā rehabilitācija	✓	✓	✓
Medikamentozā terapija	✓	✓	✓
Vingrinājumi, fiziskās aktivitātes, nodarbības ar fizioterapeiti	✓	✓	✓
Kultūras pasākumu apmeklēšana, Dievkalpojumi	✓	✓	✓

Pēc darbinieku sniegtajām atbildēm, autore secina ka dažādos ilgstošās aprūpes institūcijās ir lietotas līdzīgas metodes darbā ar klientu ar demenci.

Autore secina, ka darbā ar klientu ar demenci pielietotās metodes atbilst katra speciālista specifiskajai darbībai.

LaI būtu vispusīgs un pilnīgs pētījums par starpdisciplināro sadarbību, autore veica interviju ar ekspertu klientu ar demenci aprūpē, dienas aprūpes centra „AGATE” vadītāju Inesi Jurisu:

43 gadus vecā psiholoģe norāda, ka viņas darba stāžs sociālajā darbā ir jau vairāki gadi. Viņas pirmā pieredze darbā ar klientiem ar demenci bija – grūtības pierast pie krasām garastāvokļa maiņām, biežiem notikumu pārstāstījumiem. Nācās palīdzēt ne tikai pārvietoties, bet arī ēdināt, apmeklēt labierīcības u.c. lietas, turklāt - darbā gan ar vīriešiem, gan sievietēm.

**.Galvenās metodes, ko psiholoģe I. Jurisa izmanto darbā ar dementaļiem klientiem** ir: zīmēšana, gleznošana; novērošana, komunikācija, veiksmīgas saskarsmes veidošana; atmiņas vingrinājumi; pašterapija.

Autore secina, ka šie veidi saistīti lielā mērā ar speciālistes profesijas specifiku – psiholoģiju.

Visbiežāk psiholoģei I. Jurisai **sanāk sadarboties darbā ar klientu ar demenci ar šādiem speciālistiem**: ģimenes ārsti; sociālie aprūpētāji; psihologi; sociālie darbinieki.

Psiholoģe I. Jurisa uzskata, ka **visnozīmīgākie speciālisti darbā ar klientiem ar demenci** ir sociālie darbinieki, aprūpētāji – pētījuma autore to skaidro ar faktu, ka šie speciālisti visvairāk laika pavada ar šiem klientiem viņu ikdienas gaitās, kas to attiecīgi arī nosaka.

Autore secina, ka šie dati saskan ar iepriekšējā nodaļā izdarītajām atziņām – ka psihologs visbiežāk saskaras ar tiem speciālistiem, kuri ir pastāvīgi pieejami uz vietas aprūpes centros, kas darbojas, aprūpē klientus ar demenci.

**Galvenās problēmas aprūpē un darbā ar klientu ārstēšanā Latvijā**, pēc psiholoģes I. Jurisas domām, ir:

- vienotu darba metožu trūkums;
- ikdienas darba metožu trūkums, neesamība darbā ar demento klientu.

Autore uzskata, ka šīs problēmas faktiski attiecināmas uz nacionālo līmeni, jo nav vienotu vadlīniju valsts mērogā klientu ar demenci aprūpē.

Galvenās starpdisciplinārās problēmas un barjeras klientu ar demenci aprūpē, ārstēšanā Latvijā, pēc psiholoģes I. Jurisas domām, ir:

- neizpratne par demences pakāpi;
- ilgs dokumentu kārtošanas laiks;
- nespēja vienoties par pielietojamo metožu izmantošanu.

Pētījuma autore secina, ka pirmais punkts - neizpratne par demences pakāpi ir saistāma ar grūto demences diagnosticēšanu, kā arī nepilnīgajām klientu ar demences aprūpē

iesaistāmo speciālistu zināšanām. Otrs punkts vairāk attiecināms ir uz nacionālo mērogu, tas satur norādes, ka valstī nepieciešams samazināt birokrātiskos šķēršļus klientu ar demenci dokumentu, formalitāšu kārtošānā.

Nespēja vienoties par pielietojamo metožu izmantošanu, pēc pētījuma autores domām, ir saistāma ar starpdisciplināro komandu trūkumu Latvijā. Var runāt par šādām komandām, bet, kā to autore iepriekš noskaidroja, tas vairāk ir saistāms ar 5 pamatspeciālistiem sociālās aprūpes centros un tiem speciālistiem, pie kuriem nosūta ģimenes ārsts. Tomēr ar šiem „ārējiem” speciālistiem komunikācija faktiski notiek tikai starp klientu, ģimenes ārstu un speciālistu.

Šo iemeslu dēļ psiholoģe I. Jurisa starpdisciplināro darbu ar klientu ar demenci aprūpē Latvijā vērtē kā kopumā sliktu.

**Galvenās atšķirības darbā ar klientu ar demenci Rīgas reģionā un ārpus tā – laukos**, pēc psiholoģes I. Jurisas domām ir, pirmkārt, jau klientu skaita ziņā. Latvijā ir tikai nodaļas dementiem klientiem, kurās mīt dažāda līmeņa/pakāpes demences klienti, tāpēc Rīgā piešķir lielāku nozīmi izvērtējumam. Arī šis aspekts, pēc pētījuma domām, ir jāskata nacionālā mērogā, veicinot valsts iesaisti klientu ar demences centru izveidē un attīstībā.

Biežākais demences veids tiem klientiem, ar kuriem psiholoģe I. Jurisa ir strādājusi, ir - vaskulārā demence. Biežākā stadija psiholoģes klientiem ir - viegla demences forma. Tas pētījuma autorei ļauj secināt, ka psihologi, iespējams, vislielākajā mērā varētu būt iesaistīti tieši vieglo demences formu pacientu aprūpē vislielākajā mērā.

**Būtiskākie ieteikumi**, pēc I. Jurisas domām, **starpdisciplinārā darba uzlabošanai demento klientu aprūpē Latvijā** ir:

- kopīgu semināru rīkošana ar darba grupām;
- piesaistīt tikai tos speciālistus, kuriem ir pieredze darbā ar senioriem ne mazāk kā - 3 gadi;
- kapacitātes stiprināšana starp valsts un privāto sektoru speciālistiem.

**Uzlabojumi, kādi** pēc psiholoģes I. Jurisas domām **būtu nepieciešami demences klientu aprūpē Latvijā nacionālā mērogā**, ir:

- atbalstīt projektos ne tikai valsts sektoru, bet arī privātos sektorus;
- pievērst lielāku uzmanību privātajam sektoram;
- palielināt starpdisciplināro sadarbību visā Latvijā.

Šajā sakarībā I. Jurisa norāda, ka valsts līmenī, radot sociālās jomas sadarbības iespējas ar privāto uzņēmējdarbības sektoru, var panākt lietderīgāku sociālo aprūpētāju noslogotību, t.i., sociālais aprūpētājs aizved līdz privātam aprūpes centram, kas ir ekonomiski

izdevīgi ne tikai aizņēmības un nodarbinātības ziņā, bet arī finansiālā ziņā. Privātā sektorā galvenā loma būtu nodrošināt vai pārņemt (kā arī aktivizēt) sadarbību ar maksātspējīgiem Latvijas un ārpus Latvijas dzīvojošiem, tādā veidā atslogojot arī sociālo dienestu darbinieku ikdienu, jo pie esošā pakalpojumu klāsta, kuru pārsvarā nodrošina valsts atbalsts, parādās vēl jauns pakalpojums - privātais aprūpes centru sektors. Kopumā sociālais dienests tikai darbojas kā informators starp klientu un privāto sociālo sektoru.

Guvums šādai rīcībai būtu:

1. sociālie aprūpētāji lietderīgāk izmanto savu laiku un velta to smagi slimiem klientiem;
2. sociālam dienestam ir vēl viens pakalpojums - privātais sektors, kur novirzīt daļu klientu grupu;
3. kopumā: ekonomē valsts līdzekļus, jo sociālie aprūpētāji tiek piesaistīti tikai, lai sniegt ļoti minimālu pakalpojumu – „aizvešana/paņemšana līdz/no privātā sociālā aprūpes centra durvīm”;
4. sadarbojoties ar sociālo sektoru, privātā sektora pārstāvjiem rodas iespēja arī piesaistīt studējošos aprūpētājus, veicot izpratni par veicamo darbu apjomu un sarežģītības pakāpēm, kas atkal ir pluss, jo ne visi studējoši tiešām vēlēšies ikdienā strādāt ar ļoti smagi slimiem klientiem.

Autore secina, ka speciālistu aprakstītie uzlabojumi būtu jāintegre nacionālajā mērogā, jo tie atteicināmi uz visas Latvijas iedzīvotājiem un medicīnas sistēmu Latvijā kopumā.

## **5. DISKUSIJA PAR DISCIPLINARITĀTI SOCIALAJĀ DARBA AR KLIENTU AR DEMENCI**

Izmantojot instrumentālo gadījumu analīzi, veicot dokumentu analīzi ar daļēji strukturētām intervijām, kas pētījuma izstrādes laikā palīdzēja saprast ka, dažādu disciplīnu pārstāvjiem kas nodarbināti ilgstošas sociālās aprūpes un rehabilitācijas institūcijās, var būt atšķirīgs viedoklis par klientu ar demenci un to aprūpi, tas veidojās dažādas profesionālās pieredzes, darbinieku personiskajam īpatnībam un vecuma atšķirībam.

Starpdisciplināro kultūru sadursme, sociālo darbinieku biežākās frustrācijas cēloņi ir sadarbība ar medicīnisko personālu, kuri nevienmēr ir orientēti uz klientu tiesībām, kas savukārt ir svarīgi sociālajam darbiniekam.

Ētikas vai vērtību dilemmas, ar kurām ikdienā ir jāsaprotas sociālajam darbiniekam, jo citu disciplīnu pārstāvjiem kas strādā ilgstošas sociālās aprūpes institūcijā ar klientu ar demenci, var atšķirties robežas par konfidencialitāti.

Ilgstošas sociālās aprūpes un rehabilitācijas iestādēs nav novērota arī mentora darbība, kas būtu noderīga jaunajiem disciplīnu pārstāvjiem. Svarīgs jautājums arī tas, ka supervīzijas ir pieejamas tikai sociālajiem darbiniekiem, bet nav pieejamas citu disciplīnu pārstāvjiem, kas strada ilgstošas sociālās aprūpes institūcijā ar klientu ar demenci.

Parādas arī vienotu darba metožu trūkums darba ar klientu ar demenci, kas viennozīmīgi būtu noderīgs klienta ar demenci efektīvākai aprūpei un ārstēšanai, līdz ar to būtu nepieciešama vienota nostāja starp visiem iesaistītajiem starpdisciplīnu pārstāvjiem kas strada ar klientu ar demenci. Varētu uzskatīt, ka šīs problēmas faktiski attiecināmas uz nacionālo līmeni, jo nav vienotu vadlīniju valsts mērogā klientu ar demenci aprūpē.

Tas parasti izpaužās aprūpes personāla zināšanas trūkumā par demences izpausmi saslimšanu, ikdienas darba metožu trūkums, ar demento klientu; būtu nepieciešams kopīgu semināru rīkošana ar darba grupām, kākapacitātes stiprināšana starp valsts un privāto sektoru speciālistiem.

Būtu jāturpina diskusija arī starp augstākā līmeņa vadītājiem- ilgstošas aprūpes centru direktoriem, pašvaldību vadītājiem, labklājības un veselības ministrijas darbiniekiem. Cik tomēr ir svarīgs nosacījums ir starpdisciplinārai komandai kas sniedz svarīgu ieguldījumu klienta ar demenci aprūpei.

Starpdisciplināra sadarbība darba ar klientu ar demenci ir svarīga, jo tas nav vienas disciplīnas atbildības darbs, bet kopīgs starpdisciplīnu profesionāļu darbs.

Efektīvai sadarbībai nepieciešamie faktori ir - pareiza darba organizācija un darbinieku noslodze, darbinieku profesionalitāte atbilstošu metožu un instrumentu izvēlē un to pielietošana, skaidri merki un uzdevumi, birokratijas mazināšana (adekvāta dokumentācija, atskaitīšanās), pārdomāta stratēģija.

Viena no nozīmīgām problēmām, kas traucē arī starpdisciplīnu komunikācijā, pēc autores domām, ir zināšanu trūkums par demenci aprūpētājiem.

Otra nozīmīga problēma jeb barjera ir – tas, ka daži speciālisti labāk izvēlas strādāt ar adekvātākiem klientiem, kuri var izpildīt prasīto. Tas norāda, ka šie speciālisti apzināti izvairās no palīdzības klientam ar demenci, kas vērtējams kā paaugstināta riska faktors, jo laicīga iejaukšanās atsevišķos gadījumos var palīdzēt izvairīties no demences eskalēšanas, un bieži – palīdzēt klientam stabilizēt, palēnināt demences attīstību.

Trešā problēma, cieši saistīta ar iepriekšējo, ir speciālistu nevēlēšanās sadarboties, jo uzskata, ka klientu jāārstē tikai viņa specialitātes rakursā. Šis faktors būtiski negatīvi ietekmē starpdisciplināro sadarbību, izpaužoties kā barjera tai.

Ceturta problēma, izpaužas kā ētikas dilemmas ar kurām ikdienā ir jāstopas sociālajam darbiniekam, jo aprūpētājiem vai citu disciplīnu pārstāvjiem kas strādā ar klientu, var atšķirties robežas par konfidencialitāti. Ļoti nozīmīgs arī darbs ar klienta ar demenci radniekiem, kur ir svarīga svarīga izpratne un konfidencialitātes ievērošana.

Daudzi mediķi nezina, kā ārstēt klientus ar demenci – tas norāda, ka arī šis faktors vērtējs gan kā paaugstināts risks klientiem, gan arī – kā problēma, kuras dēļ, no vienas puses, tiek kavēta starpdisciplinārā sadarbība, aprūpe, no otras – šī iemesla dēļ mediķi arī paliek neziņā par ārstēšanas iespējām (piemēram, ģimenes ārsts, ja nesadarbojas ar psihiatru vai geriatru).

Daudzu mediķu vidū vērojams uzskats, ka galvenais klientiem ar demenci ir saglabāt esošās kognitīvās iemaņas. Šāda pieeja, pēc autores domām, neveicina starpdisciplināro sadarbību; tā ir arī bīstama pacientam, jo kaitē viņa atveseļošanās posmam, vai arī – nenotiek laicīga iejaukšanās, lai aizkavētu demences attīstību.

Kā papildus barjeras minamas arī birokrātisms – tā dēļ sociālajiem darbiniekiem ir grūti saorganizēt efektīvu darbu. Arī informatīvo materiālu trūkums negatīvi to ietekmē.

Kā galvenie priekšlikumi barjeru mazināšanai tiek piedāvāti: izglītības iespējas saistībā ar darbu ar demenco klientu; informācijas avotu latviešu valodā pieejamības nodrošināšana; vienotas, centrālās institūcijas izveide, kas regulētu sociālo darbu ar klientu ar demenci.

## SECINĀJUMI UN PRIEKŠLIKUMI

Maģistra darba pētījuma ietvaros autore īstenoja izvirzīto mērķi – izpētīja starpdisciplināro sadarbību sociālajā darbā ar klientu ar demenci ilgstošās sociālās aprūpes iestādēs.

Teorētiskā izpēte norādīja, ka demence ir apzīmējums pazīmēm, kuru rezultātā tiek traucētas cilvēka atmiņa un kognitīvās funkcijas tā, ka tās nozīmīgi ietekmē viņa dzīves kvalitāti, ikdienu. Divas dominējošās slimības, cēloņi demencei ir Alcheimera slimība un vaskulārā demence – smadzeņu vaskulāro infarktu sekas. Demences efektīvai ārstēšanai nepieciešama, pirmkārt, vienota nostāja starp visiem iesaistītajiem dalībniekiem; otrkārt – pacienta ar demenci apkopšanai jābūt balstītai uz vismaz 2 speciālistu savstarpēju sadarbību. Teorētiskā rakursā sociālais darbinieks pilda centrālo lomu sociālā darba ar klientu ar demenci organizēšanā un komunikācijas koordinēšanā, tomēr demences pacientu sociālajā aprūpē nepieciešams iesaistīties ne vien dažādiem speciālistiem, bet arī visai sabiedrībai kopumā. Sociālais darbs ar klientu ar demenci ietver pastāvīgu uzmanību viņa darbībām un to novirzei no normas, ko nosaka dažādie simptomi.

Klientu ar demenci aprūpes izpētes vispārīgā izpēte ļāva autorei secināt, ka Latvijā nacionālā līmenī sociālā darba īstenošanā ir iesaistīti valsts pārvaldes dažādi līmeņi, pašvaldībām deleģējot pienākumus sniegt tiešo sociālo palīdzību tajā reģistrētajiem iedzīvotājiem, savukārt valsts augstākā līmeņa pārvaldes institūcijām – noteiktām sociālajām grupām vai sabiedrībai kopumā nacionālā rakursā, līmenī.

Tālāk autore uzskaitīs galvenos secinājumus, kādi radās darba gaitā, atbildot uz pētījuma jautājumu.

Pētījuma jautājums: **Kādas ir sociālā darba iespējas (īpatnības) darbā ar klientu ar demenci institūcijā?**

### **Normatīvā un praktiskā rakursā:**

Latvijā institūcijās pieejami divi sociālā darba veidi - sociālās rehabilitācijas pakalpojumi un sociālās aprūpes pakalpojumi. Pirmie izmantojami galvenokārt vieglas formas demences pacientiem, klientiem ar demenci tās attīstības sākuma stadijās, kad pastāv atsevišķos gadījumos iespēja uz atgriezeniskiem uzlabojumiem; otrie – gan vieglas, gan vidējas un smagas demences gadījumos.

Sociālā aprūpe ietver: aprūpi ilgstošās sociālās aprūpes iestādēs un alternatīvos (dažāda veida pasākumi, kas tiek īstenoti personas dzīvesvietā vai tās tuvumā) aprūpes veidus.

Latvijā normatīvi ir noteikts, ka sniedzot sociālos pakalpojumus, institūcijas nodrošina starpprofesionālu un starpinstitucionālu sadarbību institūciju iekšējos normatīvajos aktos.

Galvenās problēmas aprūpē un darbā ar klientu ārstēšanā Latvijā ir - vienotu darba metožu trūkums; ikdienas darba metožu trūkums, neesamība darbā ar demenco klientu; Latvijā tikai retajā pansionātā ir pieejami ārsti uz vietas - pieejamas ir tikai medmāsas, kuras bez ārsta rīkojuma neko nevar darīt; trūkst darbinieku: gan kvalificētu mediķu, gan sociālo darbinieku; atbilstoši kvalificētu aprūpētāju un viņu zināšanu trūkums.

Latvijā ir samērā maz demences aprūpes iestāžu, un to lielākā daļa ir koncentrēta Rīgā vai Pierīgā. Tas, savukārt, norāda, ka pārējā Latvijā ir problemātiski atrast iespējas piesaistīt speciālu aprūpes centru palīdzību lokālā mērogā.

**Starpdisciplinārā darba galvenās iezīmes ar klientiem ar demenci Latvijas aprūpes iestādēs:**

Darbā ar klientiem ar demenci pielietotās metodes atbilst katra speciālista specifiskajai darbībai.

Galvenā metode darbā ar klientu ar demenci ir – novērošana. Svarīga ir arī komunicēšana, sarunāšanās ar viņu. Tiek izmantotas arī dažādas citas metodes, kas ir koncentrētas uz kognitīvo rehabilitāciju.

Klientus ar demenci visvairāk raksturo aizmiršana un uzticēšanās ierobežotam cilvēku lokam.

Klientu ar demenci iemīļotākās nodarbes ilgstošas sociālās aprūpes centros ir sīkās motorikas attīstošie vingrinājumi, aktivitātes, grāmatu lasīšanas klausīšanās un dažādu pasākumu svinēšana. Autore secina, ka klientu ar demenci iemīļotākās nodarbes ir cieši saistītas ar aktivitātēm, kas veicina kognitīvo spēju attīstību bērniem, līdz ar to tas var norādīt uz organisma nepieciešamību un vēlmi pēc kognitīvo izzīņu attīstošām aktivitātēm.

Ilgstošas sociālās aprūpes centros visvairāk ir klientu ar vidējas stadijas demenci, tiem seko – vieglā stadijā esošie demences klienti.

Visbiežākā sadarbība klientu ar demenci aprūpē ir starp tiem speciālistiem, kuri ir pastāvīgi pieejami uz vietas aprūpes centros, kas darbojas, aprūpē klientus ar demenci.

Ilgstošas sociālās aprūpes centros sociālā darba ar klienta ar demenci ietvaros iesaistīti šādu disciplīnu speciālisti: sociālais darbinieks; medmāsa; ģimenes ārsts; sociālās struktūrvienības speciālisti; sociālais aprūpētājs; sociālais rehabilitētājs; vannotājs; psihiatrs; fizioterapeite; saimniecības darbinieki; administrācijas darbinieki; garīdznieks; dažādi mākslinieki; kultūras pasākumu rīkotāji.

Vislielākā loma klientu ar demenci aprūpē ir, pirmkārt, aprūpētājiem un sociālajiem darbiniekiem – speciālistiem, kuri visvairāk laika ikdienā pavada ar klientiem ar demenci. Otrkārt, nozīmīgas ir medmāsu un ģimenes ārsti – jo viņi vislielākajā mērā ir atbildīgi par klientu ar demenci medicīnisko aprūpi.

Sociālais darbinieks *de facto* ir centrālā sociālo aprūpi koordinējošā persona, liela nozīme starpdisciplinārajā darbā ir sociālajam aprūpētājam, savukārt ģimenes ārstiem ir jābūt centrālajiem starpdisciplinārā darba vadītājiem, taču viņu pieejamība un trūkums sociālās aprūpes iestādēs pārnēs atbildību uz sociālajiem darbiniekiem.

Galvenā problēma klientu ar demenci ārstēšanā Latvijā ir ģimenes ārstu trūkums uz vietas aprūpes centros. Tas, savukārt, rada vairākas saistītās problēmas: iekšējos konfliktus iestādēs starp aprūpētājiem un medmāsām, nepilnīgu klientu ar demenci izmeklēšanu pie speciālistiem u.tml.

**Galvenās starpdisciplinārās barjeras** darbā ar klientiem ar demenci Latvijas aprūpes iestādēs ir:

Starpdisciplinārajā aprūpē vērojama arī dažu speciālistu nevēlēšanās sadarboties, jo uzskata, ka klientu jāārstē tikai viņa specialitātes rakursā.

Daudzi mediķi nezina, kā ārstēt klientus ar demenci.

Starpdisciplinārās barjeras ir arī informācijas trūkums par demenci un birokrātisms ilgstošas sociālās aprūpes institūcijas.

Daži speciālisti apzināti izvairās no palīdzības klientam ar demenci, kas vērtējams kā paaugstināta riska faktors, jo laicīga iejaukšanās atsevišķos gadījumos var palīdzēt šiem klientiem daudzējādi.

Aprūpētājiem ilgstošas sociālās aprūpes iestādēs trūkst zināšanas par demenci.

Daudzu mediķu vidū vērojams uzskats, ka galvenais klientiem ar demenci ir saglabāt esošās kognitīvās iemaņas.

Ģimenes ārstu trūkums pansionātos, jo ģimenes ārsti ir centrālie starpdisciplinārā darba „mezgli”, kuri koordinē to. Tas norāda, ka bez ģimenes ārsta norādījumiem darbs ar klientu ar demenci ir nepilnīgs, jo, kamēr ģimenes ārsts nav ticis līdz šādam klientam, nekādus norādījumus nesaņem ne medmāsa, ne citi speciālisti, pie kuriem ģimenes ārsts nosūta.

Medmāsu vēlme dominēt pār sociālajiem darbiniekiem un aprūpētājiem.

Var secināt, ka efektīva sadarbība un pareizi organizēti darbaspēka resursi ir būtisks apstāklis klientu ar demenci aprūpē.

Pētījuma rezultātā tika konstatēts, ka Latvijā ir problemātiski atrast iespējas piesaistīt speciālu aprūpes centru palīdzību klientiem ar demenci lokālā mērogā; Latvijā visbiežākā sadarbība klientu ar demenci aprūpē ir starp tiem speciālistiem, kuri ir pastāvīgi pieejami uz vietas aprūpes centros, un kuri aprūpē klientus ar demenci; galvenā starpdisciplinārā problēma ir ģimenes ārstu trūkums ilgstošās sociālas aprūpes institūcijās, jo ģimenes ārsti ir centrālie starpdisciplinārā darba „mezgli”, kuri ieņems svarīgu lomu starpdisciplinārajā sadarbībā.

Savienojot darba teoretisko un empīrisko daļu un ņemot vērā eksperta viedokli darba autore, izveidojusi ieteikumus, kas varētu veicināt starpdisciplināro sadarbību darba ar klientu ar demenci.

### **Priekšlikumi.**

Savienojot darba teoretisko un empīrisko daļu un ņemot vērā eksperta viedokli darba autore, izveidojusi ieteikumus, kas varētu veicināt starpdisciplināro sadarbību darba ar klientu ar demenci.

Ilgstošās sociālas aprūpes iestādēm būtu nepieciešams pārdomāt un izstrādāt priekšlikumus kā nodrošināt klientu personisko telpu, vidi.

Sadarbībā ar veselības un labklājības pārraudzības iestādēm un ministriju speciālistiem jārisina jautājums par ārstu speciālistu nodrošināšanu ilgstošās sociālas aprūpes iestādēs mediķu izglītošana par sociālo darbu

Saskaņīgo disciplīnu pārstāvjiem (mediķiem, vadības speciālistiem) jau izglītības iegūšanas procesā vai tālākizglītības gaitā jāsniedz iespēja veidot modernās sabiedrības izpratni par sociālo darbu un sociālā darbinieka lomām ilgstošajā aprūpē.

Normatīvo un regulējošo dokumentu izstrādātājiem centrālās pārvaldes un pašvaldību struktūrās jāņem vērā petījuma laikā atklātā norade uz vienotu metožu trūkumu darbā ar klientu ar demenc.

Pārraudzības struktūrās (centrālās varas un pašvaldību) jārisina jautājums par aprūpes personāla ar sociālā aprūpētāja vai sociālā rehabilitētāja specializāciju nodrošināšanu, bet aprūpētājiem bez speciālās izglītības jāsniedz tālākizglītības, kvalifikācijas paaugstināšanas iespējas.

## PATEICĪBA

Izsaku sirsnīgu pateicību Latvijas Universitātes Sociālo Zinātņu fakultātes personālam, kuri bija iesaistīti mana maģistra darba tapšanā. Mana darba vadītājam, docentei Līgai Rasnačai, par pacietību un uzmundrinājumiem darba procesa izstrādes laikā, par nesavtīgu sirdssiltumu. Profesorei Aijai Zobenai par domas skaidrību un palīdzību, kā mana darba recenzentei.

Maniem studiju biedriem par padomiem un pleca sajūtu. Pateicība maniem darba kolēģiem Rīgas sociālas aprūpes centrā „Stella maris”, Inesei Fjodorovai, Dinai Prohorovai, Līgai Vismiņai, Larisai Veverei par atsaucību un mierinājumu, RSAC „Stella maris” direktorei Solvītai Rudovičai par atbalstu. Īpaša pateicība Ilonai Dzenei Rīgas domes Labklājības departamenta sociālo pakalpojumu pilngadīgo personu sektora galvenajai speciālistei par atsaucīgumu un ieinteresētību.

Un vislielākā pateicība manai ģimenei par izturību, psiholoģisko un materiālo atbalstu, kas tika ieguldīts visā mana studiju laikā, manām meitām Inesei, Ievai un dzīvesbiedram Aleksandram.

## IZMANTOTIE INFORMĀCIJAS AVOTI

1. Alzheimers Association, (2012). *2012 Alzheimer's disease facts and figures*. Retrieved from: [http://www.alz.org/downloads/facts\\_figures\\_2012.pdf](http://www.alz.org/downloads/facts_figures_2012.pdf)
2. American Elder Care Research Organization (2013a). Stages of Dementia. Retrieved from: <http://www.dementiacarecentral.com/aboutdementia/facts/stages>
3. American Elder Care Research Organization (2013b). Preventing and Slowing Dementia. Retrieved from: <http://www.dementiacarecentral.com/aboutdementia/facts/risk>
4. Bauman, Z. *Liquid modernity*, 2001, Cambridge: Polity Press
5. Bīte, D. *Pasvaldību sadarbība latvija*, 2012, promocijas darbs
6. Blumberga, I. (2007). *Vai vecuma demence draud katram?* Doctus. Izgūts no: <http://www.doctus.lv/2007/4/vai-vecuma-demence-draud-katram>
7. Brunnström, H., Gustafson, L., Passant, U., Englund, E. (2008). *Prevalence of dementia subtypes: A 30-year retrospective survey of neuropathological reports*. Retrieved from: <http://lup.lub.lu.se/lup/download?func=downloadFile&recordOid=1223338&fileOid=1296042>
8. Centrālā statistikas pārvalde. Izgūts no: <http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/2011gada-tautas-skaitisana-galvenie-raditaji-33608.html>
9. Dalrymple, A. (2013) Developing an integrated health and social care model of support for people with dementia. Alzheimer Scotland. Retrieved from: <http://www.alzheimer-europe.org/content/download/78427/486835/file/PL3.2%20DALRYMPLE%20Amy.pdf>
10. Деменция, Всемирная организация здравоохранения. Izgūts no: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/ru/>
11. Department of Health, Western Australia (2011). Dementia Model of Care. Retrieved from: <http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/models/care/docs/dementia-model-of-care.pdf>
12. Gitlin, L.N., Earland, V.T. (2010). *Dementia (Improving Quality of Life in Individuals with Dementia: The Role of Nonpharmacologic Approaches in*

- Rehabilitation*). In: JH Stone, M Blouin, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation. Retrieved from: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/28/>
13. Group Health Cooperative (2012). Dementia and Cognitive Impairment Diagnosis and Treatment Guideline. Retrieved from: <http://www.ghc.org/all-sites/guidelines/dementia.pdf>
  14. Grudulis, Dz. (2014). Demences pacientu aprūpe pieejama senioru rezidencē "Dzintara Melodija". Izgūts no <http://gulbene.pilseta24.lv/zinas/100/330123>
  15. Hogue T, 2004. Stages of Collaboration 2004. Retrieved from: [www.taccweb.org/joint2010/104-Stages-of-Collaboration.doc](http://www.taccweb.org/joint2010/104-Stages-of-Collaboration.doc)
  15. International Federation of Social Workers (2015). Global Definition of Social Work. Retrieved from: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>
  16. Jurisa, I. (2011). *Rīgā ir nepieciešamība pēc klientu ar demenci aprūpes*. Izgūts no <http://daca.gate.lv/demence/>
  17. Koch, T., Iiffe, S. (2010). Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. BMC Family Practice 2010.
  18. Kulbergs, J. (2001). *Dinamiskā psihiatrija*. Rīga: Jumava.
  19. Lasmane, Z. (2001). *Sociālais darbs kā profesionālā karjera Latvijā*. Rīga: Sociālā darba un sociālās pedagoģijas augstskola „Attīstība”.
  20. LR IZM rīkojums Nr. 351. *Profesijas standarts. Sociālais darbinieks*. Izgūts no <http://visc.gov.lv/profizglitiba/dokumenti/standarti/ps0079.pdf>
  21. LR Labklājības ministrijas Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības departaments (2014). *Sociālo pakalpojumu saturs, pakalpojumu un pakalpojumu sniedzēju reģistrēšana Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā*. Izgūts no [http://www.nva.lv/esf/docs/19\\_4e0c618f3e3664.38036585.pdf](http://www.nva.lv/esf/docs/19_4e0c618f3e3664.38036585.pdf)
  22. LR Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. Izgūts no <http://likumi.lv/doc.php?id=68488>
  23. Lymbery, M., Postle, K. (ed.), (2007). *Social Work*. London: Sage Publications.
  24. McCuskey, Dorothy; Conaway, Winifred Jensen (1955). The Interdisciplinary Approach Educational Leadership; Apr 1955, Vol. 12 Issue 7, p395. Retrieved from : [http://www.ascd.org/ASCD/pdf/journals/ed\\_lead/el\\_195504\\_mccuskey.pdf](http://www.ascd.org/ASCD/pdf/journals/ed_lead/el_195504_mccuskey.pdf)
  25. Ministru kabineta 2010.gada 18.maija noteikumi 2.pielikums. Izgūts no: [http://www.lm.gov.lv/upload/darba\\_devejiem/prof\\_stand\\_1210.pdf](http://www.lm.gov.lv/upload/darba_devejiem/prof_stand_1210.pdf)

26. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2013). The Dementias. Hope Through Research. Retrieved from :  
<http://www.ninds.nih.gov/disorders/dementias/the-dementias.pdf>
27. Neslimo.lv (2010). Ateroskleroze. Izgūts no:  
<http://www.neslimo.lv/pme/?name=ateroskleroze>
28. Neslimo.lv (2014). *Kortikālā regulācija*. Izgūts no:  
<http://www.neslimo.lv/pme/?name=kortikala-regulacija>
29. Ozols, F. (2014). Latvijā taupa uz demences pacientu rēķina. Izgūts no:  
<http://www.lsm.lv/lv/raksts/latvija/zinas/latvija-taupa-uz-demences-pacientu-reakcija.a74662/>
30. Oliševska, R. (2002). *Slimība, nevis vecuma līdzgaitniece – Alcheimers*. Latvijas Avīze. Izgūts no: <http://www.la.lv/slimiba-nevis-vecuma-lidzgaitniece-alcheimers-3/>
31. Paegle, I., Āboliņa, G. (2002). *Vaskulāra demence*. Doctus.lv Izgūts no:  
<http://iaptieka.lv/?lapa=doctus2&id=454>
32. Pasaules alzheimera ziņojums (2013). Klientu ar demenci ilgtermiņa aprūpes analīze. Izgūts no:  
<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf>
33. Powell, J. Privette, A., Miller, S., Whittaker, J., (2001). In quest of an interdisciplinary helping process framework for collaborative practice in systems of care. *Journal of Family Social Work*, 5 (3), 25-34.
34. Pollard D., 2004. How We Can Improve Collaboriton?. Izgūts no:  
<http://blogs.salon.com/0002007/2004/11.22.htm#a961>
35. Pollard D., 2004. Knowledge Sharing& Collaboration 2015. Izgūts no:  
<http://blogs.salon.com/0002007/2005/09.29.htm#a1288>
36. Phillips.J (2007). *Care*. London: Polity Press.
37. Pulmanis, T., Pelne, A., Taube, M. (2013). *Psihiskā veselība Latvijā 2012. gadā*. Izgūts no:  
[http://www.spkc.gov.lv/file\\_download/1930/Psihiska\\_veseliba\\_Latvija\\_2012.pdf](http://www.spkc.gov.lv/file_download/1930/Psihiska_veseliba_Latvija_2012.pdf)
38. RSAC „Gailezers” (2015a). Par mums. Izgūts no: <http://www.sacgailezers.lv/par-mums/centra-pakalpojumi>
39. Rupenheite, M. (2010). *Geriatrijas pamati. Veco ļaužu aprūpes un saskarsmes īpatnības*. Izdales materiāls. Mācību palīgglīdzeklis. Medkursi.lv. Izgūts no:  
<http://www.medkursi.lv/wp-content/uploads/2010/02/Geriatria.doc>

40. Slimību profilakses un kontroles centrs. Izgūts no:  
<http://www.spkc.gov.lv/aktualitates/248/pasaules-garigas-veselibas-diena-spkc-aicina-rupeties-par-latvijas-senioru-garigo-veselibu-un-labklajibu>
41. Slimību Profilakses un Kontroles centrs (2013). *SSK-10 klasifikācija - Kodu tabulsaraksts un skaidrojumi*. Izgūts no:  
<http://www.spkc.gov.lv/ssk10/index7234.html?p=%23112>
42. Saviska, I. 2014, metodiskajais līdzeklis „vecu cilvēku pamatvajadzību nodrošināšana institucionālajā aprūpē”.
43. Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums, 2002. Izgūts no:  
<http://likumi.lv/doc.php?id=68488>
37. Stake, R., (1995). *The Art of Case study Research*. London: SAGE Publications
44. The Alzheimer society of Ireland (2013). *Multidisciplinary Clinicians Roundtable on the National Dementia Strategy*. Available online:  
[http://www.alzheimer.ie/Alzheimer/media/SiteMedia/UserImages/Orchard/Multidisciplinary-Clinicians-Roundtable\\_Report\\_June-2013.pdf](http://www.alzheimer.ie/Alzheimer/media/SiteMedia/UserImages/Orchard/Multidisciplinary-Clinicians-Roundtable_Report_June-2013.pdf)
45. The Newfoundland and Labrador Association of Social Workers (1998). *Interdisciplinary Teamwork: A Discussion Paper for Social Workers* pp. 22. Izgūts no:  
[http://www.nlasw.ca/pdf/Interdisciplinary\\_Teamwork.pdf](http://www.nlasw.ca/pdf/Interdisciplinary_Teamwork.pdf)
46. UCI Institute for Memory Impairments and Neurological Disorders (2015). *Understanding Dementia*. Retrieved from: <http://www.mind.uci.edu/alzheimers-disease/other-dementias/>
47. Yates-Bolton, N., Yates, K., Williamson, T., Newton, R., Codinhoto, R., *Improving hospital environments for People with dementia: Listening Event Report*. Available online: <http://usir.salford.ac.uk/23376>
48. VSAC „Kurzeme” (2012). *Metodika darbam ar veciem cilvēkiem ar demenci*. ESF projekts Esošo pakalpojumu pilnveidošana un jauna attīstīšana darbam ar personām ar funkcionāliem traucējumiem VSAC „Kurzeme” filiālēs. Izgūts no:  
[http://kurzemesregions.lv/userfiles/files/V SAC%20KURZEME%20metodika\\_demence.PDF](http://kurzemesregions.lv/userfiles/files/V SAC%20KURZEME%20metodika_demence.PDF)
49. Veselība ES biļetens (2012). *Esiet sveicināti*. Izgūts no:  
[http://ec.europa.eu/health/newsletter/96/newsletter\\_lv.htm](http://ec.europa.eu/health/newsletter/96/newsletter_lv.htm)

# PIELIKUMI

## 1. Pielikums.

**KLIENTA KARTE Nr.** \_\_\_\_\_

Iestāšanās datums: \_\_\_\_\_

Līguma nr. \_\_\_\_\_

Slēgšanas datums \_\_\_\_\_

slēgšanas pamatojums \_\_\_\_\_

1. Klienta vārds, uzvārds \_\_\_\_\_
2. Dzimums  siev.  vīr.
3. Personas kods \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
4. Pilsonība \_\_\_\_\_, tautība \_\_\_\_\_, saziņas valoda \_\_\_\_\_
5. Deklarētā dzīvesvieta pirms ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanas institūcijā (SAC):  
\_\_\_\_\_

### 6. Klienta dokumenti iestājos SAC:

r. k.	Dokumenta nosaukums	Doku ments ir (+/ nav (-)	Derīguma termiņš un/vai piezīmes
1.	Pase, personas identifikācijas karte		
2.	Dzimšanas apliecība		
3.	Invaliditātes izziņa		
4.	Invaliditātes apliecība		
5.	Pensionāra apliecība		
6.	Darba grāmatiņa		
7.	Izglītības dokumenti		
8.	Citi dokumenti (minēt kādi):		

### 7. Kontaktpersonas (radnieki, aizgādnieki, draugi u.c.):

r.	Vārds, uzvārds	Radniecība	Adrese, tālruna numurs	Piezīmes
1.				
2.				
3.				

8. Rīcībspēja: ir nav Tiesas lēmums no \_\_\_\_\_gada\_\_\_\_\_. (tiesas lēmuma kopija klienta lietā)

9. Invaliditātes grupa:

Invaliditātes grupa	Derīguma termiņš: _____.
---------------------	-----------------------------

10. Ģimenes stāvoklis un bērni:

	precējies/- usies		ir dēli ___(cik?)
	neprecējies/- usies		ir meitas ___(cik?)
	šķīries/-usies		bēmu nav
	atraitnis/-ne		

11. Reliģiskā piederība:

	Katolis/-e		Pareizticīgais/-ā
e	Luterānis/-e		Vecticībnieks/-niece
	Baptists/-e		Cita _____

12. Klienta intereses pirms iestāšanās SAC:

	pastaigas		TV skatīšanās		adīšana, tamborēšana
	marku krāšana		radio klausīšanās		galda spēles
	dejošana		dzejoļu skaitīšana, rakstīšana		ogošana, sēņošana
	grāmatu lasīšana		grāmatu un rakstu apspriešana		izšūšana
	dziedāšana		ceļošana		iešana ciemos
	sportošana		galdniecības darbi		teātra apmeklējums, spēlēšana
	ēdiena gatavošana		keramika		saimniecības darbi

	dārza darbi		zīmēšana		galda spēles
	kino apmeklēšana		puzles likšana		citas

**13. Informācija par SAC pakalpojuma samaksu iestāšanās mēnesī:**

	Pensija/valsts sociālā nodrošinājuma pabalsts saņemts dzīvesvietā		Pensija/valsts sociālā nodrošinājuma pabalsts pārskatīts uz bankas kontu – ir/nav izņemts
	Pensija/valsts sociālā nodrošinājuma pabalsts PNS (pasta norēķinu sistēma) kontā		Cits variants

**Klients par SAC pakalpojumu iestāšanās mēnesī ir norēķinājies:**

	Jā
	Ir parāda atmaksas grafiks
	Cits variants

Klienta iesniegums Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūrā iesniegts \_\_\_\_ .gada \_\_\_\_ .\_\_\_\_\_.

**14. Klients SAC iestājies no:**

	Cita SAC _____ (kāda?)
	Dzīvesvietas
	Īslaicīgas sociālās aprūpes institūcijas
	Veselības aprūpes iestādes stacionāra
	Patversmes
	Cits variants

**15. Klienta dzīvesvietas deklarēšana SAC:**

	Datums
Klienta iesnieguma iesniegšana	
Dzīvesvietas deklarēšana	

Dzīvesvieta reģistrēta kā: pamata papildus

**16. Būtiska informācija par klienta sociālo situāciju:**

---



---



---



---



---

Klienta vārds, uzvārds \_\_\_\_\_



### 3. Pielikums.

#### Klienta piederības riska grupai un emocionālā stāvokļa novērtējums

Klienta vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

Novērtēšanas datums *	—	—	—	—	—	—
	__.	__.	__.	__.	__.	__.
	0__.	0__.	0__.	0__.	0__.	0__.
<b>Klients ar agresijas lēmēm</b>						
<b>Klients ar epilepsijas lēmēm</b>						
<b>Alkohola atkarība</b>						
<b>Nikotīna atkarība</b>						
<b>Narkotisko vielu atkarība</b>						
<b>Azartspēļu atkarība</b>						
<b>Kleptomānija</b>						
<b>Vecuma demence</b>						
<b>Cukura diabēts</b>						
<b>Tieksme kļūst</b>						
<b>Pašnāvības mēģinājuma pieredze</b>						
<b>Domas par pašnāvību</b>						
<b>Tieksme krāt lietas</b>						
<b>Cits (atšifrēt)</b>						

<b>Amats</b>						
<b>Vārds, uzvārds, paraksts</b>						

*\*novērtēšana tiek veikta ne retāk kā vienu reizi 6 mēnešos*

**Emocionālā stāvokļa novērtējums** (piemēram, klients ir emocionāli nomākts, pasivitāte ikdienas aktivitātēs, nesēn miris klienta istabas biedrs/radinieks/draugs, attiecības ar istabas biedriem, citiem SAC klientiem, personālu, klients jūtas apdraudēts u.c.):

\_\_\_.\_\_\_.20\_\_.

---



---



---



---

**Darbinieka** \_\_\_\_\_ **amats** \_\_\_\_\_ **vārds,** \_\_\_\_\_ **uzvārds,**  
**paraksts** \_\_\_\_\_

---



---

#### 4.Pielikums.

### Klienta funkcionālo traucējumu, specifiskas uzvedības un slimības izpausmju novērtējums

Klienta vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

Novērtēšanas datums*	___.			___.			___.			___.			___.			___.			
	..20..			..20..			..20..			..20..			..20..			..20..			
	Ir	Daļēji	Nav	Ir	Daļēji	Nav	Ir	Daļēji	Nav	Ir	Daļēji	Nav	Ir	Daļēji	Nav	Ir	Daļēji	Nav	
<b>Kustību traucējumi</b>																			
<b>Dzirdes traucējumi</b>																			
<b>Redzes traucējumi</b>																			
<b>Runas traucējumi</b>																			
<b>Uzvedības traucējumi</b>																			
<b>Garīgās attīstības traucējumi</b>																			
<b>Atmiņas traucējumi</b>																			
<b>Uzmanības traucējumi</b>																			
<b>Apziņas traucējumi</b>																			
<b>Orientācijas laikā un telpā traucējumi</b>																			
<b>Uztveres traucējumi (redzes, dzirdes halucinācijas, to izpausme uzvedībā)</b>																			
<b>Cits (atšifrēt komentāros)</b>																			
<b>Amats</b>																			
<b>Vārds, uzvārds, paraksts</b>																			

\* novērtēšana tiek veikta ne retāk kā vienu reizi 6 mēnešos

**Komentāri:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Darbinieka* \_\_\_\_\_ *amats,* \_\_\_\_\_ *vārds,* \_\_\_\_\_ *uzvārds,*  
*paraksts* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Darbinieka* \_\_\_\_\_ *amats,* \_\_\_\_\_ *vārds,* \_\_\_\_\_ *uzvārds,*  
*paraksts* \_\_\_\_\_

## 5.Pielikums.

### Novērtējums par klientam nepieciešamajiem tehniskajiem palīgīdzekļiem

Klienta vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

Novērtēšanas datums * Tehniskie palīgīdzekļi, kurus klients izmanto	—	—	—	—	—	—
	0__.	0__.	0__.	0__.	0__.	0__.
Riteņkrēsls						
Kruķi						
Staigāšanas rāmis bez riteņiem						
Staigāšanas rāmis ar riteņiem, tajā skaitā rollators						
Spieķis						
Spieķis ar trīs vai vairākiem atbalsta punktiem (tripods, kvadripods)						
Baltais (taktīlais) spieķis						
Protēzes						
Ortozes						
Ortopēdiskie apavi						
Dzirdes aparāts						
Brilles						
Tualetes krēsls						
Vannas/dušas krēsls						
Tualetes poda paaugstinājums						
Rokturi						
Funkcionālā gulta						
Pretizgulējuma matracis						
Cits ( atšifrēt )						

<b>Komentāri</b>						
<b>Amats</b>						
<b>Vārds, uzvārds, paraksts</b>						

*\*novērtēšana tiek veikta ne retāk kā vienu reizi 6 mēnešos*

**Speciālista ieteikumi par klientam nepieciešamajiem tehniskajiem palīgīdzekļiem:**

\_\_\_.\_\_\_.20\_\_.

---



---



---



---

**Darbinieka** \_\_\_\_\_ **amats** \_\_\_\_\_ **vārds,** \_\_\_\_\_ **uzvārds,** \_\_\_\_\_ **paraksts** \_\_\_\_\_ .\_\_\_.20\_\_.

---



---

Klienta vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

**Starpprofesionāļu komandas atzinums**

	<i>Starpprofesionāļu komandas speciālista izvērtējums un rekomendācijas darbam ar klientu*</i>	<i>Speciālista vārds, uzvārds, paraksts, datums</i>
<b>Sociālais darbinieks</b>		
<b>Sociālais aprūpētājs</b>		
<b>Sociālais rehabilitētājs</b>		
<b>Psihologs</b>		
<b>Fizioterapeits</b>		
<b>Ergoterapeits</b>		
<b>Psihiatrs</b>		
<b>Citi</b>		

\*novērtēšana tiek veikta ne retāk kā vienu reizi 6 mēnešos

- Lēmums** (atzīmēt atbilstošo):  sākt sociālās aprūpes procesu
- turpināt sociālās aprūpes procesu
- sākt sociālās rehabilitācijas procesu
- turpināt sociālās rehabilitācijas procesu
- atlikt sociālās rehabilitācijas procesa

uzsākšanu





## 8.Pielikums.

Sociālās rehabilitācijas plāna ietvaros plānotās aktivitātes un to izpilde 2015.gada \_\_\_\_\_

<b>Aktivitātes</b>
Kultūras pasākuma Centrā apmeklējums
Kultūras pasākuma ārpus Centrā apmeklējums
Nodarbības apmeklējums
Radošās darbnīcas apmeklējums
Interesešu pulciņa apmeklējums
Galda spēļu spēlēšana
Bibliotēkas apmeklējums
Grāmatu, žurnālu, avīžu lasīšana
Dievkalpojuma apmeklējums
TV skatīšanās
Radio klausīšanās
Audio ierakstu klausīšanās
Klientu kopsapulču apmeklējums
Dzimšanas dienu svinēšana
Iepirkšanās
Ēdiena gatavošana
Telpu uzkopšana
Drēbju un apavu kopšana
Puķu kopšana
Kustību terapijas, vingrošana
Pastaigas svaigā gaisā
Nūjošana
Informācijas tehnoloģiju apguve
Individuālas pārrunas
Tuvinieku apmeklējums ārpus SAC

Darbinieks (amats, vārds, uzvārds, paraksts)





# RĪGAS DOMES LABKLĀJĪBAS DEPARTAMENTS

Reģistrācijas Nr.LV90000055224, Baznīcas iela 19/23, Rīga, LV-1010, tālrunis 67105151,  
fakss 67105199, e-pasts: dl@riga.lv

## IEKŠĒJIE NOTEIKUMI

Rīgā

2014. gada \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Nr. \_\_\_\_\_ -nts

### **Par ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas pilngadīgām personām klienta lietu**

Izdoti saskaņā ar Valsts pārvaldes  
iekārtas likuma 73.panta pirmās daļas 4.punktu

#### **I Vispārīgie jautājumi**

1. Iekšējos noteikumos lietotie saīsinājumi un terminu skaidrojumi:
  - 1.1. **SAC** - ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcija pilngadīgām personām;
  - 1.2. **SAC pakalpojums** - ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas pilngadīgām personām pakalpojums;
  - 1.3. **Klients** - pilngadīga persona, kura saņem SAC pakalpojumu;
  - 1.4. **Klienta lieta** – SAC sociālā darbinieka veidots dokumentu kopums, kas atspoguļo SAC klienta sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas procesu, kā arī sociālā darba procesu darbā ar sociālo gadījumu;
2. Iekšējie noteikumi nosaka SAC Klienta lietas statusa noteikšanas kritērijus, kā arī Klienta lietā iekļaujamo dokumentāciju, veicot SAC Klienta sociālo aprūpi un sociālo rehabilitāciju, kā arī sociālo darbu ar gadījumu, kas palīdz SAC vadītājam un sociālā darba speciālistiem pārraudzīt SAC Klienta sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas procesu, sadarbības ar Klientu intensitāti, kā arī sociālā darba speciālistu un aprūpētāju noslogotību.
3. SAC vadītājs nodrošina šo iekšējo noteikumu piemērošanu SAC.

#### **II Klienta lieta**

4. Klientam iestājoties SAC, tiek izveidota Klienta lieta, aizpildītās veidlapas ievietojot atsevišķā mapē.
5. Katrai Klienta lietai ir savs reģistrācijas numurs.
6. Klienta lieta tiek reģistrēta šim nolūkam izveidotā reģistrā (drukātā vai elektroniskā formā).
7. Klientam ir tiesības sociālā darbinieka klātbūtnē iepazīties ar savu Klienta lietu. Klienta radniekam ar klienta rakstisku vai mutisku atļauju vai personai, kurai ir universālpilnvara pārstāvēt klientu, ir tiesības sociālā darbinieka klātbūtnē iepazīties ar Klienta lietu.

### **III Klienta lietas slēgšana**

8. Klienta lieta tiek slēgta, ja Klientam pārtraukts sniegt SAC pakalpojumu vai Klienta nāves gadījumā.
9. Pēc Klienta lietas slēgšanas tās glabāšanas laiku nosaka saskaņā ar valsts institūciju tipveida dokumenta glabāšanas termiņu sarakstu un iestādes lietu nomenklatūru.

### **IV Klienta lietā iekļaujamā dokumentācija**

10. Klienta lietā obligāti iekļaujamā dokumentācija:
  - 10.1. dokumenti saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem par prasībām sociālo pakalpojumu sniedzējiem:
    - 10.1.1. sociālā pakalpojuma saņemšanas pamatojums (klienta iesniegums, ģimenes ārsta izziņa (veidlapa Nr.027/u), psihiatra atzinums par speciālo (psihisko) kontrindikāciju neesību un piemērotāko sociālā pakalpojuma veidu personai ar garīga rakstura traucējumiem, ja SAC pakalpojumu saņem persona ar garīga rakstura traucējumiem, invaliditāti apliecinoša dokumenta kopija, ja SAC pakalpojumu vēlas saņemt persona ar invaliditāti, līguma kopija, ja Klients noslēdzis ar trešo personu uztura līgumu vai dāvinājuma ar uzlikumu līgumu, kurš dāvinājuma saņēmējam uzliek pienākumu materiāli uzturēt klientu, Rīgas Sociālā dienesta personas vajadzību pēc sociālās aprūpes pakalpojumiem personas dzīvesvietā novērtēšanas karte, individuālā sociālās aprūpes vai sociālās rehabilitācijas plāna kopija, ja Klients sociālās aprūpes vai sociālās rehabilitācijas pakalpojumus saņēmis pašvaldības sociālajā dienestā vai citās sociālo pakalpojumu sniedzēju institūcijās, informācija par Klienta ienākumiem no Rīgas pašvaldības sociālās palīdzības administrēšanas informatīvajā sistēmā pieejamiem datiem, Rīgas Sociālā dienesta nosūtījums SAC pakalpojuma saņemšanai);
    - 10.1.2. klienta personīgo mantu pieņemšanas akts;
    - 10.1.3. līgums par SAC pakalpojuma nodrošināšanas un samaksas kārtību;

- 10.2. SAC direktora rīkojums par personas uzņemšanu SAC;
- 10.3. veidlapa „Klienta karte”, kuru aizpilda sociālais darbinieks, ietverot tajā vispārīgo informāciju par Klientu, kontaktinformāciju, būtisku informāciju par Klienta sociālo situāciju (1.pielikums);
- 10.4. veidlapa „Sociālā darba un citu speciālistu darba pārskats”, kurā sociālā darba un citi speciālisti regulāri fiksē veiktās darbības darbā ar Klientu, tai skaitā ar Klienta tuviniekiem, lai būtu pārskatāms sociālā darba process, iesaistītās institūcijas, iesaistītie speciālisti un sniegtie pakalpojumi (2.pielikums);
- 10.5. veidlapa „Klienta pašaprūpes spēju novērtējums”, kuru aizpilda sociālais aprūpētājs Klienta iestāšanās dienā, pēc tam ne retāk kā vienu reizi 6 mēnešos (3.pielikums);
- 10.6. veidlapa „Klienta funkcionālo traucējumu, specifiskas uzvedības un slimības izpausmju novērtējums”, kuru aizpilda veselības aprūpes speciālists Klienta iestāšanās SAC pirmajā nedēļā, pēc tam ne retāk kā vienu reizi 6 mēnešos (4.pielikums);
- 10.7. veidlapa „Klienta piederības riska grupai un emocionālā stāvokļa novērtējums”, kuru aizpilda sociālais darbinieks sadarbībā ar veselības aprūpes speciālistiem Klienta iestāšanās SAC pirmajā nedēļā, pēc tam ne retāk kā vienu reizi 6 mēnešos (5.pielikums);
- 10.8. veidlapa „Novērtējums par klientam nepieciešamajiem tehniskajiem palīgīdzekļiem”, kuru aizpilda veselības aprūpes speciālists. Klienta iestāšanās SAC dienā, pēc tam ne retāk kā vienu reizi 6 mēnešos (6.pielikums)
- 10.9. veidlapa „Klienta funkcionālo spēju novērtējums”, kuru aizpilda sociālais aprūpētājs Klienta iestāšanās SAC pirmajā nedēļā, pēc tam ne retāk kā vienu reizi 6 mēnešos (7.pielikums);
- 10.10. veidlapa „Klienta funkcionālo spēju lietot finanšu līdzekļus novērtējums”, kuru aizpilda sociālais darbinieks sadarbībā ar strapprofesionāļu komandas speciālistiem Klienta iestāšanās SAC pirmajā nedēļā, pēc tam ne retāk kā vienu reizi 6 mēnešos (8.pielikums);
- 10.11. veidlapa „Starpprofesionāļu komandas atzinums”, kuru aizpilda stapprofesionāļu komandas speciālisti ne retāk kā vienu reizi 6 mēnešos (9.pielikums);
- 10.12. veidlapa „Personas sociālās aprūpes plāns” ar pielikumu „Sociālās aprūpes plāna ietvaros plānotās aktivitātes un to izpilde mēnesī” (10.pielikums), un/vai „Personas sociālās rehabilitācijas plāns” ar pielikumu „Sociālās rehabilitācijas ietvaros veicamo aktivitāšu saraksts” (12. pielikums), kuru(-s) aizpilda attiecīgie sociālā darba speciālisti klienta iestāšanās SAC pirmajā nedēļā, pēc tam ne retāk kā vienu reizi 6 mēnešos. Atzīmes veidlapas „Personas sociālās aprūpes plāns” pielikumā „Sociālās aprūpes plāna ietvaros plānotās aktivitātes un to izpilde mēnesī” katru dienu vai atbilstoši veiktās aktivitātes biežumam veic aprūpētāji un citi veidlapā norādītie darbinieki. Atzīmes veidlapas „Personas sociālās rehabilitācijas plāns” sadaļā „Sociālās rehabilitācijas procesa novērtējums” ne retāk kā vienu reizi nedēļā veic par sociālās rehabilitācijas izpildi atbildīgie darbinieki;
- 10.13. veidlapa „Personas pozicionēšanas plāns un tā izpilde”, kuru atbilstoši klienta vajadzībām izsniedz veselības aprūpes speciālisti. Atzīmes par tā izpildi katru dienu veic aprūpētāji (11.pielikums);
- 10.14. veidlapa „Sarunas/konsultācijas apraksts”, kuru aizpilda sociālā darba speciālisti, veicot būtiskāko sarunu/konsultāciju dokumentēšanu par SAC Klienta sociālo aprūpi, sociālo rehabilitāciju un sociālo darbu ar gadījumu (13.pielikums);
- 10.15. veidlapa „Sociālā darba ar gadījumu plāns”, kuru aizpilda sociālais darbinieks un kurā iekļauts Klienta sociālās situācijas izvērtējums, sociālās(-o) problēmas(-u)

- risināšanas plāns un sociālā darba ar gadījumu novērtēšana, ja ar Klientu veikts sociālais darbs ar gadījumu (14.pielikums);
11. Klienta lietu papildina pēc vajadzības ar citiem dokumentiem, kurus nosaka normatīvie akti vai, kuri nepieciešami SAC pakalpojuma nodrošināšanas procesā.

Direktore

I.Kondrāte

Dzene 67105179

**RĪGAS DOME**

**Rātslaukums 1, Rīga, LV-1539, reģ. Nr.LV90000064250, tālrunis 80000800, fakss 67026184,**

**e-pasts: [sekretariats@riga.lv](mailto:sekretariats@riga.lv)**

**NOLIKUMS**

**Rīgā**

**2010.gada 1.jūnijā**

**Nr.57 (prot. Nr.34, 11.§)**

**Rīgas sociālās aprūpes centra „Gaiļezers” nolikums**

***Grozījumi ar: RD 12.04.2011. nolikumu Nr.113;***

***RD 26.11.2013. nolikumu Nr.40***

Izdots saskaņā ar Valsts pārvaldes iekārtas likuma 73.panta pirmās daļas 1.punktu un likuma „Par pašvaldībām” 21.panta pirmās daļas 8.punktu

**I. Vispārīgie jautājumi**

1. Nolikums nosaka Rīgas sociālās aprūpes centra „Gaiļezers” (turpmāk – Centrs) funkcijas, uzdevumus, kompetenci, struktūru un darba organizāciju.
2. Centrs ir Rīgas pilsētas pašvaldības ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcija, kas nodrošina mājokli, sociālo aprūpi un sociālo rehabilitāciju pensijas vecuma personām un pilngadīgām personām ar invaliditāti (turpmāk – klienti).
3. Centrs ir Rīgas domes Labklājības departamenta (turpmāk – Departaments) pakļautības iestāde.
4. Centru finansē no Rīgas pilsētas pašvaldības vispārējiem ieņēmumiem. Centram ir tiesības ar savu darbību iegūt finanšu līdzekļus, kā arī saņemt ziedojumus un dāvinājumus. Maksa par sociālajiem pakalpojumiem Centrā tiek noteikta saskaņā ar Rīgas domes lēmumu.
5. Lēmumu par Centra reorganizāciju vai likvidāciju pieņem Rīgas dome.
6. Centram ir zīmogs ar Rīgas pilsētas ģerboņa attēlu un pilnu Centra nosaukumu, kā arī noteikta parauga veidlapas.

*(Ar grozījumiem, kas izdarīti ar RD 12.04.2011. nolikumu Nr.113)*

7. Centrs nolikumā noteiktos uzdevumus veic sadarbībā ar Rīgas domes struktūrvienībām, valsts un pašvaldību iestādēm, nevalstiskajām organizācijām un privātpersonām.

## II. Centra funkcijas

8. Centram ir šādas funkcijas:

8.1. Centra klientu diennakts sociālā aprūpe un sociālā rehabilitācija atbilstoši prasībām sociālo pakalpojumu sniedzējiem;

8.2. Centra klientu nodrošināšana ar dzīvojamo platību, kas iekārtota atbilstoši klienta funkcionālajam stāvoklim un aprīkota ar sadzīvei nepieciešamo inventāru atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajām prasībām;

8.3. Centra klientu nodrošināšana ar viņu dzimumam un gadalaikam piemērotiem apaviem, apģērbu, veļu, personīgās higiēnas līdzekļiem un citu inventāru;

8.4. racionālas ēdināšanas organizēšana Centra klientiem, ņemot vērā klienta vecumu un veselības stāvokli;

8.5. sociālās un medicīniskās rehabilitācijas pasākumu organizēšana Centra klientiem atbilstoši klienta vecumam un veselības stāvoklim.

## III. Centra uzdevumi

9. Lai nodrošinātu šajā nolikumā minēto funkciju izpildi, Centrs veic šādus uzdevumus:

9.1. nepieciešamības gadījumā nodrošina Centra klientiem veselības aprūpi un vajadzīgos medikamentus;

9.2. nepieciešamības gadījumā apgādā Centra klientus ar tehniskajiem palīgīdzekļiem;

9.3. organizē Centra klientiem iespēju apmeklēt kultūras pasākumus;

9.4. pēc klienta vēlēšanās organizē garīgo aprūpi atbilstoši personas konfesionālajai piederībai;

9.5. nepieciešamības gadījumā organizē palīdzību Centra klientu individuālo sociālo problēmu risināšanā;

9.6. izstrādā un īsteno klientu individuālos sociālās aprūpes un/vai sociālās rehabilitācijas plānus;

9.7. sniedzot sociālos pakalpojumus, nodrošina dažādu profesionāļu komandas darbu un nepieciešamības gadījumā starpinstitucionālu sadarbību;

9.8. nodrošina Centra klientiem pensijas vai sociālā

nodrošinājuma pabalsta daļas izmaksu likumā noteiktajā kārtībā;

9.9. pēc Centra klientu rakstiska lūguma organizē viņu vērtslietu un vērtspapīru uzglabāšanu normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā;

9.10. iesniedz Departamentā citu institūciju veikto pārbaužu aktu kopijas 10 dienu laikā pēc to saņemšanas, ja Centra darbībā ir konstatēti būtiski pārkāpumi;

*(RD 26.11.2013. nolikuma Nr.40 redakcijā)*

- 9.11. iepazīstina klientus ar Centra ugunsdrošības un iekšējās kārtības noteikumiem;
- 9.12. nodrošina saņemtās informācijas konfidencialitāti saskaņā ar normatīvo aktu prasībām;
- 9.13. īsteno citus Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā un citos normatīvajos aktos noteiktos uzdevumus.

#### IV. Centra kompetence

10. Centra kompetencē ir:

- 10.1. izdot administratīvos aktus ārējos normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos;
- 10.2. pārstāvēt klientu intereses citās institūcijās jautājumos, kas ir Centra kompetencē;
- 10.3. izvērtēt sociālā pakalpojuma kvalitāti, sagatavot priekšlikumus par sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas jautājumiem;
- 10.4. likumā noteiktajā kārtībā pieprasīt un saņemt no valsts un pašvaldību institūcijām un privātpersonām dokumentus un ziņas, kas nepieciešamas Centra uzdevumu veikšanai, pārbaudīt dokumentu pareizību un patiesumu;
- 10.5. saņemt metodiskos ieteikumus no Labklājības ministrijas un Departamenta;
- 10.6. atbilstoši kompetencei līdzdarboties Eiropas Savienības struktūrfondu un citu ārvalstu projektu īstenošanā;
- 10.7. noteikt klientam līdzdarbības pienākumus;
- 10.8. slēgt iepirkuma līgumus atbilstoši Departamenta organizēto iepirkumu rezultātiem budžetā paredzēto līdzekļu ietvaros;

*(RD 26.11.2013. nolikuma Nr.40 redakcijā)*

10.9. noslēgt līgumu ar klientu un/vai viņa apgādniekiem par sociālā pakalpojuma nodrošināšanu un samaksu par pakalpojumu.

#### V. Centra struktūra un amatpersonu kompetence

- 11. Centra darbību nodrošina Centra direktors, Centra direktora vietnieks, kā arī struktūrvienību vadītāji atbilstoši savai kompetencei.
- 12. Centra direktoru ieceļ amatā un atbrīvo no amata Rīgas dome. Darba līgumu ar Centra direktoru pēc Rīgas domes lēmuma pieņemšanas noslēdz Departamenta direktors. Lēmumu par Centra direktora atbrīvošanu no amata saskaņā ar Darba likuma 100.pantu un 114.pantu pieņem Departamenta direktors.

*(RD 12.04.2011. nolikuma Nr.113 redakcijā)*

13. Centra direktors:

- 13.1. atbild par Centra darbību un uzdevumu izpildi;
  - 13.2. bez īpaša pilnvarojuma pārstāv Centru, kā arī atbilstoši savai kompetencei izsniedz pilnvaras;
  - 13.3. rīkojas ar Centram nodoto mantu un finanšu līdzekļiem, nodrošina Centra materiālo vērtību saglabāšanu;
  - 13.4. plāno un organizē Centra darbu, veido Centra struktūru, nosaka darbinieku atalgojumu apstiprinātā budžeta ietvaros;
  - 13.5. pieņem darbā un atbrīvo no darba Centra darbiniekus, atbild par personāla sagatavošanu, tā kvalifikācijas un profesionālā līmeņa paaugstināšanu;
  - 13.6. apstiprina Centra darbinieku amatu aprakstus un struktūrvienību reglamentus;
  - 13.7. izveido Sociālās aprūpes padomi, apstiprinot tās nolikumu;
  - 13.8. dod rīkojumus un norādījumus Centra darbiniekiem;
  - 13.9. izdod iekšējos normatīvos aktus;
  - 13.10. nodrošina ugunsdrošības un darba aizsardzības prasību ievērošanu;
  - 13.11. veic citus pienākumus atbilstoši amata aprakstam un normatīvo aktu prasībām.
14. Centrs atbilstoši spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem nodrošina lietvedību, personāla un statistikas uzskaiti, grāmatvedības uzskaiti tiek organizēta saskaņā ar Rīgas domes noteikto centralizēto grāmatvedības uzskaites kārtību.
15. Centra darbu metodiski vada Departamenta Sociālā pārvalde.

#### VI. Centra darbības tiesiskuma nodrošināšana un darbības pārskati

16. Centra darbības tiesiskumu nodrošina Centra direktors. Centra direktors ir atbildīgs par iekšējās kontroles sistēmas un pārvaldes lēmumu pārbaudes sistēmas izveidošanu un darbību.
17. Centra amatpersonu vai darbinieku faktisko rīcību var apstrīdēt pie Centra direktora.
18. Centra izdoto administratīvo aktu vai Centra direktora faktisko rīcību var apstrīdēt Departamentā.
19. Centrs sagatavo un iesniedz pārskatus par Centra funkciju pildīšanu un finanšu līdzekļu izmantošanu saskaņā ar normatīvo aktu prasībām un Departamenta noteikto kārtību.

Domes priekšsēdētājs

N.Ušakovs

Rīgā 2010.gada 4.jūnijā

Ozola 67181396

**RĪGAS DOME**

Rātslaukums 1, Rīga, LV-1539, reģ. Nr.LV90000064250, tālrunis 80000800, fākss  
67026184,

e-pasts: sekretariats@riga.lv

**NOLIKUMS**

Rīgā

2010.gada 1.jūnijā

Nr.56

(prot.Nr.34, 10.§)

**Rīgas sociālās aprūpes centra „Stella maris” nolikums**

*Grozījumi ar: RD 12.04.2011. nolikumu Nr.115;*

*RD 12.11.2013. nolikumu Nr37*

Izdots saskaņā ar Valsts pārvaldes iekārtas likuma 73.panta pirmās daļas 1.punktu un likuma „Par pašvaldībām” 21.panta pirmās daļas 8.punktu

**I. Vispārīgie jautājumi**

**1. Nolikums nosaka Rīgas sociālās aprūpes centra „Stella maris” (turpmāk – Centrs) funkcijas, uzdevumus, kompetenci, struktūru un darba organizāciju.**

2. Centrs ir Rīgas pilsētas pašvaldības ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcija, kas nodrošina mājokli, sociālo aprūpi un sociālo rehabilitāciju pensijas vecuma personām un pilngadīgām personām ar invaliditāti (turpmāk – klienti).

**3. Centrs ir Rīgas domes Labklājības departamenta (turpmāk – Departaments) pakļautības iestāde.**

4. Centru finansē no Rīgas pilsētas pašvaldības vispārējiem ieņēmumiem. Centram ir tiesības ar savu darbību iegūt finanšu līdzekļus, kā arī saņemt ziedojumus un dāvinājumus. Maksa par sociālajiem pakalpojumiem Centrā tiek noteikta saskaņā ar Rīgas domes lēmumu.

5. Lēmumu par Centra reorganizāciju vai likvidāciju pieņem Rīgas dome.

6. Centram ir zīmogs ar Rīgas pilsētas ģerboņa attēlu un pilnu Centra nosaukumu, kā arī noteikta parauga veidlapas. Centram ir norēķinu konti kredītiestādēs.

*(Ar grozījumiem, kas izdarīti ar RD 12.04.2011. nolikumu Nr.115)*

7. Centrs nolikumā noteiktos uzdevumus veic sadarbībā ar Rīgas domes struktūrvienībām, valsts un pašvaldību iestādēm, nevalstiskajām organizācijām un privātpersonām.

## **II. Centra funkcijas**

8. Centram ir šādas funkcijas:

8.1. Centra klientu diennakts sociālā aprūpe un sociālā rehabilitācija atbilstoši prasībām sociālo pakalpojumu sniedzējiem;

8.2. Centra klientu nodrošināšana ar dzīvojamo platību, kas iekārtota atbilstoši klienta funkcionālajam stāvoklim un aprīkota ar sadzīvei nepieciešamo inventāru atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajām prasībām;

8.3. Centra klientu nodrošināšana ar viņu dzimumam un gadalaikam piemērotiem apaviem, apģērbu, veļu, personīgās higiēnas līdzekļiem un citu inventāru;

8.4. racionālas ēdināšanas organizēšana Centra klientiem, ņemot vērā klienta vecumu un veselības stāvokli;

8.5. sociālās un medicīniskās rehabilitācijas pasākumu organizēšana Centra klientiem atbilstoši klienta vecumam un veselības stāvoklim.

## **III. Centra uzdevumi**

9. Lai nodrošinātu šajā nolikumā minēto funkciju izpildi, Centrs veic šādus uzdevumus:

9.1. nepieciešamības gadījumā nodrošina Centra klientiem veselības aprūpi un vajadzīgos medikamentus;

9.2. nepieciešamības gadījumā apgādā Centra klientus ar tehniskajiem palīg līdzekļiem;

9.3. organizē Centra klientiem iespēju apmeklēt kultūras pasākumus;

9.4. pēc klienta vēlēšanās organizē garīgo aprūpi atbilstoši personas konfesionālajai piederībai;

9.5. nepieciešamības gadījumā organizē palīdzību Centra klientu individuālo sociālo problēmu risināšanā;

9.6. izstrādā un īsteno klientu individuālos sociālās aprūpes un/vai sociālās rehabilitācijas plānus;

9.7. sniedzot sociālos pakalpojumus, nodrošina starpprofesionāļu komandas darbu un nepieciešamības gadījumā starpinstitucionālu sadarbību;

9.8. nodrošina Centra klientiem pensijas vai sociālā nodrošinājuma pabalsta daļas izmaksu likumā noteiktajā kārtībā;

9.9. pēc Centra klientu rakstiska lūguma organizē viņu vērtslietu un vērtspapīru uzglabāšanu normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā;

9.10. iesniedz Departamentā citu institūciju veikto pārbaužu aktu kopijas 10 dienu laikā pēc to saņemšanas, ja Centra darbībā ir konstatēti būtiski pārkāpumi;

*(RD 12.11.2013. nolikuma Nr.37 redakcijā)*

9.11. iepazīstina klientus ar ugunsdrošības un iekšējās kārtības noteikumiem Centrā;

9.12. nodrošina saņemtās informācijas konfidencialitāti saskaņā ar normatīvo aktu prasībām;

9.13. īsteno citus Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā un citos normatīvajos aktos noteiktos uzdevumus.

#### **IV. Centra kompetence**

10. Centra kompetencē ir:

10.1. ārējos normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos izdot administratīvos aktus;

10.2. pārstāvēt klientu intereses citās institūcijās jautājumos, kas ir Centra kompetencē;

10.3. izvērtēt sociālā pakalpojuma kvalitāti, sagatavot priekšlikumus par sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas jautājumiem;

10.4. likumā noteiktajā kārtībā pieprasīt un saņemt no valsts un pašvaldību institūcijām un privātpersonām dokumentus un ziņas, kas nepieciešamas Centra uzdevumu veikšanai, pārbaudīt dokumentu pareizību un patiesumu;

10.5. saņemt metodiskos ieteikumus no Labklājības ministrijas un Departamenta;

10.6. atbilstoši kompetencei līdzdarboties Eiropas Savienības struktūrfondu un citu ārvalstu projektu īstenošanā;

10.7. noteikt klientam līdzdarbības pienākumus;

10.8. slēgt iepirkuma līgumus atbilstoši Departamenta organizēto iepirkumu rezultātiem budžetā paredzēto līdzekļu ietvaros;

*(RD 12.11.2013. nolikuma Nr.37 redakcijā)*

10.9. noslēgt līgumu ar klientu un/vai viņa apgādniekiem par sociālā pakalpojuma nodrošināšanu un samaksu par pakalpojumu.

## **V. Centra struktūra un amatpersonu kompetence**

11. Centra darbību nodrošina Centra direktors, kā arī struktūrvienību vadītāji atbilstoši savai kompetencei.

12. Centra direktoru ieceļ amatā un atbrīvo no amata Rīgas dome. Darba līgumu ar Centra direktoru pēc Rīgas domes lēmuma pieņemšanas noslēdz Departamenta direktors. Lēmumu par Centra direktora atbrīvošanu no amata saskaņā ar Darba likuma 100.pantu un 114.pantu pieņem Departamenta direktors.

*(RD 12.04.2011. nolikuma Nr.115 redakcijā)*

13. Centra direktors:

13.1. atbild par Centra darbību un uzdevumu izpildi;

13.2. bez īpaša pilnvarojuma pārstāv Centru, atbilstoši savai kompetencei izsniedz pilnvaras;

13.3. rīkojas ar Centram nodoto mantu un finanšu līdzekļiem, nodrošina Centra materiālo vērtību saglabāšanu;

13.4. plāno un organizē Centra darbu, veido Centra struktūru, nosaka darbinieku atalgojumu apstiprinātā budžeta ietvaros;

13.5. pieņem darbā un atbrīvo no darba Centra darbiniekus, atbild par personāla sagatavošanu, tā kvalifikācijas un profesionālā līmeņa paaugstināšanu;

13.6. apstiprina Centra darbinieku amata aprakstus un struktūrvienību reglamentus;

13.7. izveido Sociālās aprūpes padomi, apstiprinot tās nolikumu;

13.8. dod rīkojumus un norādījumus Centra darbiniekiem;

13.9. izdod iekšējos normatīvos aktus;

13.10. nodrošina ugunsdrošības un darba aizsardzības prasību ievērošanu;

13.11. veic citus pienākumus atbilstoši amata aprakstam un normatīvo aktu prasībām.

14. Centrs atbilstoši spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem nodrošina lietvedību, personāla un statistikas uzskaiti; grāmatvedības uzskaitē tiek organizēta saskaņā ar Rīgas domes noteikto centralizēto grāmatvedības uzskaites kārtību.

15. Centra darbu metodiski vada Departamenta Sociālā pārvalde.

## VI. Centra darbības tiesiskuma nodrošināšana un darbības pārskati

16. Centra darbības tiesiskumu nodrošina Centra direktors. Centra direktors ir atbildīgs par iekšējās kontroles sistēmas un pārvaldes lēmumu pārbaudes sistēmas izveidošanu un darbību.

17. Centra amatpersonu vai darbinieku faktisko rīcību var apstrīdēt pie Centra direktora.

18. Centra izdoto administratīvo aktu vai Centra direktora faktisko rīcību var apstrīdēt Departamentā.

19. Centrs sagatavo un iesniedz pārskatus par Centra funkciju pildīšanu un finanšu līdzekļu izmantošanu saskaņā ar normatīvo aktu prasībām un Departamenta noteikto kārtību.

Domes priekšsēdētājs

N.Ušakovs

Rīgā 2010.gada 4.jūnij

Ozola 67181396

## Intervijas Nr. 1 transkripts

### Intervija ar sociālo darbinieku Nr.1

Intervijas notiek Rīgas sociālās aprūpes centrā "Stella maris". Sociālais darbinieks 41.gads. Respondenta attieksme pret interviju bija nopietna. Intervijas datums 23.03.2015

**Intervētājs** (turpmāk **I**): Sveika, kā jau norunājām mēs varam ierakstīt interviju? (*respondents par interviju tika informēts iepriekš un labprāt deva piekrišanu*)

**Sociālais darbinieks** (turpmāk **S**): Sveika, protams varam, kas tad Tevi interesē?

**I**: Viss par Tavu darbu ar klientiem ar demenci! **Tava darbavieta un amats?**

**S**: Rīgas sociālās aprūpes centrs Stella maris, esmu sociālais darbinieks

**I**: Kads ir Tavs darba **stāžs kā sociālajam darbiniekam?**

**S**: Nu, kopējais darba stāžs kā sociālajam darbiniekam būs septiņi gadi, bet konkrēti pansionātā Stella maris strādāju otro gadu.

**I**: Kā Tev patīk šeit strādāt? Esi apmierināta?

**S**: Jā nekāda vaina, ar klientiem saprotos tīri labi, mani ciena gan kolēģi, gan klienti, protams ar vadību citreiz sanāk domstarpības par pareizo darba organizāciju bet tas jau droši vien visur kur ir jauna vadība :)(smejas). Kā arī ta trakā papīru būsana! Tik jāraksta un jāraksta tās neskaitāmās atskaites, ieraksti klientu kartēs, kad tad paliek laiks klientiem!? Kam mēs strādājam

**I**: Kāda ir Tava pieredze **darbā ar klientiem ar demenci ? pirmā pieredze**

**S**: Var teiks ka, pirma pieredze darbā ar klientu ar demenci bija tieši šeit pansionātā, jo līdz šim kad strādāju sociālajā dienestā man nebija saskarsmes ar klientiem ar demenci, JĀ pirma pieredze man bija īsts šoks, domāju ka, nekad nespēšu strādāt ar šo klientu grupu, bet nekas pieradu, un tīri labi tieku galā..) (smaida)

**I:** Un kādas tad metodes Tu izmanto **darbā ar klientu ar demenci?**

**S:** Galvenās metodes manuprāt ir novērošana un saruna, galvenais ir prast sarunāt ar klientu vajadzīgo un panākt lai tas notiek, notiek kāda darbība, jo bieži vien klienti ar demenci ir sava veida aizdomīgi, piesardzīgi, svešiem cilvēkiem neuzticās, jābūt viņu uzticības personai. Piemēram klientam ir nepieciešams veikt kādu izmeklējumu un viņu jāved uz slimnīcu, klients brauks tikai ar darbinieku kuram uzticās! Ka nekas ļauns ar viņu tur nenotiks.

**I:** Jā tiešam uzticību panākt ir ļoti svarīgi.

**S:** un kā vēl un tā jau balstās viss mūsu darbs un aprūpe

**I:** Ar kādiem speciālistiem visbiežāk sociālajam darbiniekam sanāk **sadarboties darbā ar klientu ar demenci?**

**S:**Visciešākā sadarbība ir ar konkrēto klienta aprūpētāju kas strādā ar viņu jo viņš vislabāk zin, kas konkrētajā mirklī notiek ar klientu, kā arī vislabāk var pastāstīt citiem speciālistiem kāds bija klients (depresīvs vai uzbudināts, ēda vai nē) , tas viss ir ļoti nozīmīgs mediķiem, dežurējošai medmāsai.

**I:** Kādu **disciplīnu speciālisti strādā** Jūsu sociālās aprūpes centrā?

**S:** Sāksim no lejas, tāpat no klientiem tuvākiem un nozīmīgākajiem darbiniekiem:) Aprūpētājs kas strada mainās un atrodas klientam blakus 12 vai 24 stundas diennaktī, Apkopēja kas seko tūribai klienta istabiņā un gaitenēs, dažreiz palīdz arī aprūpētājam, sociālais aprūpētājs kas sastāda sociālas aprūpes planu klientam un seko tās izpildei, sociālais rehabilitētājs darbojas ar klientu kustību jomā, sociālais darbinieks vada klientu lietu un seko visiem procesiem kas notiek ar klientu pansionātā un ārpus tā, ja klients ir slimnīcā, medmāsa ir ļoti svarīga izpilda ārsta nozīmētas manipulācijas. Ārsts ir ļoti nozīmīga persona klientiem, viņu klienti gaida ka Dievu:) Ģimenes ārsts pansionāta ir reizi nedēļā, psihiātrs reizi mēnesī. Protams mums vēl ir visa administrācija, sētnieki, virtuves darbinieki un tehniskais sektors bet tie speciālisti vairs nav tik cieši saistīti ar klientiem.

1.

**I:** Kādi speciālisti Tavuprāt ir viss **nozīmīgākie darbā ar klientiem ar demenci?**

**S:** Kā jau teicu tas ir aprūpētājs, bet ja ņem nozīmīgumu, tad protams ka ārsts un ārsts psihiātrs, medmāsa, jo tieši no ārsta ir atkarīga medikamentozā ārstēšana, tad

socialais aprūpētājs, kas sastāda sociālās aprūpes plānu, pēc kura tad arī vadās aprūpētājs, kā arī socialais aprūpētājs pavada klientu uz visādām iestādēm un kultūras pasākumiem pansionātā un ārpus tā. Bet protams ka svarīga esmu arī es sociālais darbinieks, kas vispār seko visam kas notiek ar klientu pansionātā un aizpilda un vada klienta lietu no A līdz Z, no klienta iestāšanās pansionātā līdz beigām, visas pārrunas ar radniekiem un darbs ar aprūpes personālu (smejas)

**I:** O, Vai kultūras pasākumi arī notiek **Jūsu sociālās aprūpes centrā?Kādi?**

**S:** Protams, un ļoti daudz un dažādi, piemēram bieži pie mums uzstājas bērni no Bolderajas muzikas skolas, folklorie ansamblī “Sudaruška”, dažādas senioru deju grupas, visādi Bardi-dzidātāji kuri arī ļoti patīk mūsu iemītniekiem jo var nodziedāt viņu mīļakas jaunības dziesmas, tādas kā Katjuša vai lapas dzeltenās :) Vēl arī mums piedāva brīvbiļetes uz dažādām izrādēm operā un teatros, tikai vienmēr ir jāizvērtē kuru tad klientu var ņemt uz izrādi opērā, citus ir grūti pierunāt, cilvēki negrib nekur kustēties ārpus pansionata, tikai ja iepirkties pa veikaliem, tas gan viņiem patīk :) Vēl protam svanam visādus svētkus Ziemassvētkus, Jāņus, Lieldienas un ražas svētkus, tad arī visi citi darbinieki, no citām struktūrvienībām saimniecības, administrācijas, mediķi nak palīgā un piedalās svētkos, pieskata klientus, bet protams visa svētku organizācija ir tikai uz sociālajiem darbiniekiem.

**I:** Ja jau visi specialisti un pat administrācija un saimniecības sektors nāk talkā uz pasākumiem, un jūtama kopīga darbība par labu klientiem, no ka tad varētu rasties **starpdisciplināras barjeras?** Ja vispār tādas pastāv Jūsu aprūpes centrā?

**S:** Protams, ka pastāv un kā vel!

**I:** Un kā tas izpaužās **darbā ar demento klientu?**

**S:** Tas ir atšķirīgais viedoklis un pieeja medicīnas personālam ar socialas aprūpes personālu, citreiz rodas arī domstarpības, bet es uzskatu tas rodas tikai no nepareizās vadītājas attieksmes! Vadītāja citreiz dot tādus rīkojumus ka neviens īsti tos nesaprot, ne medmāsa ne sociālie darbinieki, bet ta jau visi vēlas strādāt tikai klienta labā, bet ja neizprot rīkojums tad arī rodas dažādas domstarpības darbā!

**I:** Kādaus tieši rīkojumus?

**S:** Piemēram tā biežā klientu pārvesšana no vienas istabiņas uz citu, tas taču traume demento klientu, viņš pierod pie vienas vides un grūti adaptējas citā, par citām apsurdām lietām un rīkojumiem piedot man es neteikšu :) (smaida)

Kā arī zems aprupētāju izglītības līmenis, aprupētajām galvenais lai klients būtu mierīgs un netraucētu, viņas dažreiz nesaprot kāpēc klientus ar demenci ir jāved uz kultūras pasākumiem un nodarbībām!

**I:** Nodarbības **klientiem ar demenci** arī notiek Jūsu aprūpes centra? Un kadas?

Kas tās vada?

**S:** Protams, mums ir daudz dažādu nodarbību kurās piedalās arī klienti ar demenci, ir rokdarbi kur mes līmejam dažādas aplikācijas, taisam apsveikuma kartītes, nodarbojamies ar diegiem, arī dažs labs ar filcēšanu, no dabas materiāliem veidojam visādas skaistas lietas un taisam izstādes. Klientiem ļoti patīk tejas pēcpusdienas, kad lasam dažādus rakstus no žurnāliem arī pasaku grāmatas un dzeram tēju ar cepumiem. Klienti tad jūtās laimīgi un drošībā.

**I:** Kādas, Tavuprāt, ir galvenās problēmas aprūpē un darba ar klientu **ilgstošās sociālās aprūpes iestādēs** Latvijā?

**S:** Pēc manam domām nav medikiem īsti zinams kā ārstēt šo klientu grupu, un sociālā darba specialistiem arī nav izstrādātas konkrētas vadlīnijas kā ir jāstrādā ar klientiem ar demenci, kadas sociālā darba metodes ir jāizmanto. Mums ir dažādi semināri par saskarsmi ar veciem cilvēkiem ar psihiskām saslimšanām, bet par demenci ir ļoti maz literatūras kur var smelties, bija mums tikai tagad 10.marta viens labs seminārs Profesionālās pilnveides centrā Aisma par “Darbu ar veciem cilvēkiem ar psihiskām saslimšanām saskarsmē” bet arī tur par demenci pieskāras tikai dažos slaidos.

**I:** Kādas, Tavuprāt, ir galvenās **starpdisciplinārās problēmas, barjeras** klientu ar demenci aprūpē, ilgstošās sociālās aprūpes institūcijas Latvijā?

**S:** Var pateikt tā, ka klienti ar demenci ir vismazāk vērtīgākie no medicīnas speciālistu skatu punkta, un arī aprūpes personāla, jo viņiem neko jaunu neimācīsi, galvenais ir uzturēt esošās prasmes! Lai cilvēks nezaudē kaut vai pasas elementārākās prasmes pašaprūpē! Ar to arī strādā lai saglabat klientem pēc iespējas ilgāk visas sociālās prasmes sociālais rehabilitētais un sociālais aprūpētais institūcijā! Bet ne visi speciālisti to saprot.

**I:** Kā Tu vērtē **starpdisciplināro darbu ar klientu ar demenci** un aprūpē Latvijā?

**S:** Manā uztvere vāji.

**I:** Kā Tu to domā?

**S:** Nezinu, manā pieredzē ir tada, grūti pierunāt visus vajadzīgos komandas specialistus darboties ātri un klienta labā, citreiz ātrāka un kvalitatīvāka sadarbība sanāk ar apkopēju vai setnieku, aprūpētāju nekā neka dabūt medmasu vai ārstu!

**I:** Tavuprāt, ir kadas atšķirības **darbā ar klientu ar demenci** Rīgas aprūpes centros un ārpus tās (laukos)?

**S:** Domāju ka jā, jo laukos pansionāti ir mazāki, mājīgāki, un klienti tur varetu justies daudz labāk nekā lielajā “sovhozā” es negribu teikt ka Rīgā aprupe būtu sliktāka, bet lauku pansionātos ta ir personīgāka:) Atcerēs vasarā mēs bijām pieredzes apmainā uz Rūjienas pansionātu cik kolosali tur bija iekārtota nodaļa klientiem ar demenci, un viss tur bija tik pārdomāts lai klientam būtu labāk!

**I:** Jā tiešām tur bija kolosāli, cik daudz intresantu lietu mes tur piefiksējām.

**I:** Kas Tavuprāt, būtu nepieciešams **efektīvas stapdisciplinārās komandas** izveidosanai darbā ar klientu ar demenci Latvijā?

**S:** Vajadzētu izveidot kādu organizāciju, kas tieši akcentētu visas problēmas darba un saskarsmē ar klientiem ar demenci, veiktu pētījumus, jo mūssdienās ka pati saproti ši problēma ar demenci kļūst ar vien aktuālāka.

**I:** Kāds ir biežākais demences veids tiem klientiem, ar kuriem esi strādājusi? Ja protams ir kāda atšķirības demencei?

**S:** Zini visbiežāk sastopama mūsu pansionāta ir laikam Vaskulārā demence, tad es zinu ka dažiem mūsu klientiem ir Alcheimera slimība, par pārējām demences formām man īsti nav zinams, jo tā tomer ir medicīniska informācija.

**I:** Kādas **demences stadijas klienti**, lielākoties, ir Jūsu sociālās aprūpes centra klienti? Vieglas, videjās vai smagās demences formas?

**S:** Manuprāt, vairak ir vidējās un vieglās demences formas klienti, ar ļoti smagu demenci mums ir tikai viena kliente.

**I:** Kādi uzlabojumi, Tavuprāt, būtu nepieciešami demences klientu aprūpē Latvijā?

**S:** Domāju ir nepieciešams lielaks darbinieku skaits, tieši speciālistu, lai kvalitatīvi varētu sniegt aprūpes pakalpojumu klientiem ar demenci, kā arī vairak vajag izglītojošā materiāla aprūpes personālam, kas ikdienā strādā ar klientu ar demenci.

**Paldies par Tavu laiku un atbildēm!**

14. Pielikums.

## **Intervijas Nr. 2 transkripts**

### **Intervija ar sociālo darbinieku Nr.2**

Intervijas notiek Rīgas sociālās aprūpes centrā "Stella maris". Sociālais darbinieks 37.gadi. Respondente labprāt pauda savas domas, sniedzot konkrētas atbildes. Intervijas datums 24.03.2015

**Intervētājs** (turpmāk **I**): Sveika, (*respondents par interviju tika informēts iepriekš un labprāt deva piekrišanu*)

**Sociālais darbinieks** (turpmāk **S**): Sveika, ko Tu vēlies noskaidrot savā pētījumā?

**I**: Es vēlos noskaidros **starpdisciplināras barjeras darbā** ar klientiem ar demenci ilgstošās sociālas aprūpes institūcijas ja tādas pastāv?

**S**: nu nezinu ka Tev tas izdosies:) bet mēģināts nav zaudēts, tad jautā kas Tevi interesē!

**I**: Tava darbavieta un amats?

**S**: Rīgas sociālas aprūpes centrs Stella maris, sociālā darbiniece

**I**: Kads ir Tavs darba **stāžs kā sociālajam darbiniekam?**

**S**: Stella maris strādāju septiņus mēnešus, kopējais darba stāžs kā socialajam darbiniekam ir četri gadi, iepriekš strādāju bērnu un jauniešu centrā Ilga.

**I**: O, no jauniešiem uz veciem cilvēkiem, tas jau droši vien krasi atšķiras?

**S**: Zini ka īpasi nē, gan vieniem gan otriem ir vajadzīga mīlestība un darbs kas tev patīk, savas īpatnības protams jau ir.

**I**: Kā Tev patīk šeit strādāt? Esi apmierināta?

**S**: Uz pansionātu es atnācu lai pamainīt mazliet darba specifiku, un personīgie iemesli, mani interesēja darbs ar veciem cilvēkiem, viņu īpatnības, jo man ir jārūpējas par omīti, jāzin visi knifi.

**I**: Cik gadu tavai Omītei?

**S**: 91.gads

**I**: Nu tad tāda gadījuma Tu šeit tiešam vari gūst pieredze:) un ārstam vienmer var pajautāt .

**I:** Kāda ir Tava pieredze **darbā ar klientiem ar demenci ? pirmā pieredze**

**S:** Un kas tad ir demence Tavā izpratnē?!

**I:** Nu droši vien neatgriezeniska intelektuālo funkciju pavājināšanas un to zaudēšana.

**S:** ja tā tas ir, tad jau mēs ikdienā visur kur varam sastapt tādus cilvēkus, vai nē? Kam ir slikta atmiņa, kuriem zūd visādas iemaņas apgērbties, paēst, kuri paliek pasīvi vai pārlieku uzbudināti, emocionāli nestabili, kur var ciest viņiem tuvi cilvēki.

**I:** Tur Tev taisnība

**S:** Cilvēkus ar demenci esmu sastapusi jau agrāk, bet nezināju kā to formulēt, bet protams tads ciešs darbs un pieredze ar klientiem ar demenci man radās šeit pansionāta, jo strādāju ar viņiem ikdienā, ne tikai vadu klienta l ietu, sastādu rehabilitācijas/aprūpes plānus un sazinos ar visām klientam nepieciešamām institūcijām un radiem, bet arī strādāju a klientu klatienē vadu nodarbības.

**I:** Un kādas tad metodes Tu izmanto **darbā ar klientu ar demenci?**

**S:** Pirmkārt sociālajam darbiniekam ir jābūt pietiekami daudz informācijas par demenci lai varētu pielietot kādas sociālā darba metodes!

**I:** Tur Tev taisnība.

**S:** Visas metodes vērstas uz kognitīvo rehabilitāciju.

**I:** Ko tā nozīmē?

**S:** Tas ir ka mes nodarbjamies ar visiem klientiem neatkarīgi no viņu saslimšanas un diagnozes, atvīlotajā veidā vadam nodarbības arī ar vidēji smagas demences klientiem, veidojam no plastelīna ar pirkstiem zīmējam ar guāškrasām kas nodarbina pirkstu motoriku, vienmer pēc jebkura darbiņa paslavējam klientu un iedodam ko garšīgu konfekti vai cepumu, tas pamudina klientus darboties arī nākamreiz, rādām multfilmas, lielam mūziku tādu kā putnu dziesmas, dabas skaņas. Lasam priekšā grāmatas. Vissvarīgākā metode protams ir novērošana, lai saprastu kas klientam ir visnepieciešamākais.

**I:** Ar kādiem speciālistiem visbiežāk sociālajam darbiniekam sanāk **sadarboties darbā ar klientu ar demenci?**

**S:** Protams ka Tu pati saproti tas ir aprūpētāji, jo bez laba aprūpes personāla nevar veidot aprūpes komandu darbā ar klientu ar demenci.

**I:** Cik aprūpētāju stādā Jūsu aprūpes centrā?

**S:** 32, pa dienu nodaļa strādā trīs aprūpētāji, divi diennakts un viena dienas aprūpētāja, kas palīdz arī vānot klientus, jo mūsu pansionāta nav speciālās vakances kā vānotāja, citos aprūpes centros ir. Tad protams tās ir medmasas un ģimenes ārsts, un sociālās struktūrvienības speciālisti sociālais aprūpētājs, sociālais rehabilitētājs.

**I:** Kādu **disciplīnu speciālisti strādā** Jūsu sociālās aprūpes centrā?

**S:** Direktore, sekretāre, finansiste, personāldaļa, saimniecības sektora vadītājs, saimniecības māsa viņai pakļauti trīs apkopēji, sētnieks, veļas māja, remontstradnieks, šoferis, Vecākā māsa viņai pakļautas trīs medmāsas, ģimenes ārsts atnāk reizi nedēļā no Bolderājas poliklinikas, psihiātrs apmēram reizi mēnesī, psihologa un gerontologa mums nav, tad sociālā struktūrvienība vada vecākais sociālais darbinieks viņai pakļauti sociālais darbinieks, sociālais aprūpētājs, sociālais rehabilitētājs, fizioterapeite un visi aprūpētāji.

Agrāk vēl bija ēdināšanas sektors tagad mūs ēdina firma.

2.

**I:** Kādi speciālisti Tavuprāt ir viss **nozīmīgākie darbā ar klientiem ar demenci?**

**S:** svarīgākā ir klienta uzticības persona, un tas var būt jebkurš no speciālistiem vai apkopēja vai grāmatvede vai pati direktore, ļoti svarīgi prast un panākt lai klients Tev uzticās. Parasti tie ir aprūpētāji, vai socialie darbinieki kuri vada klienta lietu.

**I:** Vai kultūras pasākumi arī notiek **Jūsu sociālās aprūpes centrā?Kādi?**

**S:** Jā, īpaši var pieminēt ka, katru mēnesi pie mums ierodas mācītājs, mēneša pirmā mēneša pusē katoļu, otrajā mēneša pusē pareitcīgo draudze, notiek Dievkalpojums un aizlūgšanas, kā arī Dievgaldi, klienti labprāt tos apmekle, un pēc klientu lūguma Mācītājs iet pa istabiņām pie katra klienta kas vēlas viņu satikt, bet nevar pārvietoties. Katru mēnesi pansionātā zālē notiek dažādi koncerti, izstādes no pašu klientu darbiem tagad tieši būs Lieldienu izstāde! Protams katru nedēļu ar klientiem cenšamies izbraukt ārpus pansionāta vasarā tā ir jūra vai dabas parki, ziemas laika vairāk tēatra izrādes.

**I:** Kā Jus tiek pie teātra biļetēm?

**S:** Zvanu uz Cirku, Nacionālo operu vai teāri un jautāju ka esam pansionāta iemītnieki kuri vēlas apmeklēt izrādes un ja būs neizpirktās biļetes piedāvāt mums, kā arī viņi pasi bieži zvana un piedāvā brīvbiļetes uz dažādām izrādēm un īpaši cirks,

organizējam arī paši dažādus svētkus Lieldienās olu ripināšanu pansionāta pagalmā, jāņos rīkojam ugunskuru ar sieru un alu:) Ziemassvētkos mūs apciemo Salavecītis ar dāvanam.

**I:** Un ka arī citi darbinieki nāk talka uz pasākumiem vai tas ir tikai sociālo darbinieku kompetencē?

**S:** Kad notiek kādi lielāki pasākumi un ir nepieciešams savest vairāk klientu, tad protams arī citi darbinieki savu iespēju robežās nāk palīgā. Bet principa tas ir sociāla sektora kompetencē.

**I:** Ja jau arī citi darbinieki nāk palīgā uz pasākumiem, un jūtama kopīga darbība par labu klientiem, no ka tad varētu rasties **strarpdisciplināras barjeras**? Ja vispār tādas pastāv Jūsu aprūpes centrā?

**S:** Te tas galvenais jautājums ir apraksts:) godīgi sakot es nezinu, bet domāju ka barjeras eksistē.

**I:** Un kā tās varētu izpausties **darbā ar demenci klientu**?

**S:** Domāju ka ir jāpievērš lielāka uzmanība tiesi kopīgajam darbam ar klientu nevis savu kā speciālista prasmju un zināšanu deklarēšanai, katram cilvēkam taču ir sava dzīves pieredze, zināšanu bagāža, ka arī izglītības līmenis un profesionānas nostādnes, domāju no tā arī rodas tās barjeras, ka katrs redz to problēmu no sava redzpunkta. Vadītājam ir jādomā globāli un viņa redz to no sava redzpunkta, tai pašā laikā aprūpētais kuram ir uzticēts viss dzīvība un klienta labsajūta saredz šo problēmu savādāk.

**I:** Vai kādas nodarbības klientiem ar demenci arī notiek Jūsu aprūpes centra?

Kas tās vada?

**S:** Kā jau pieminēju iepriekš, zīmējam, veidojam un līmejam dažādus darbiņus, daudz nodarbojamies ar dabas materiāliem sūnām, čiekuriem, zīlēm un kastaņiem, bet protams ir jauzmana lai materiālo neņem mutes un need:) Katru mēnesi sveicam Jubilārus kas dzimuši šīnī mēneši. Sava veida jubileju svēšana klājam galdu ar kūkām, tēju un kafiju.

**I:** Kādas, Tavuprāt, ir galvenās problēmas aprūpē un darba ar klientu **ilgstošās sociālās aprūpes iestādēs** Latvijā?

**S:** Manuprāt nav īsti nekur definēts sociālais darbs ar klientu ar demenci, bet tas ir ļoti svarīgi, jo cilvēku ar tādām saslimšanām Valstī paliek ar vien vairāk, kā arī aprūpes personāla apmācība, ja sociālie darbinieki vēl kautko mācās un lasa par šo problēmu, tad aprūpētājiem ir maz pieejami šādi materiāli, ja protams aprūpētāja pati nemeklē tos! Mēs cenšamies aprūpētājus sūtīt uz dažādiem kursiem kas saistīti ar vecu cilvēku un klientu ar demenci aprūpi.

**I:** Kādas, Tavuprāt, ir galvenās **starpdisciplinārās problēmas, barjeras** klientu ar demenci aprūpē, ilgstošās sociālās aprūpes institūcijas Latvijā?

**S:** Ka jau teicu, jāpievers lielāka uzmanība tiesi kopīgajam darbam ar klientu, un ja to visu disciplīnu specialisti sapratīs un strādās vienotā komandā, nekādu starpdisciplināro barjeru nebus!

Vel viena liela problēma aprūpes centros, tu jau zini, tas ir alkohola lietošana, kas notiek kad darbinieki kas strāda katru dienu, aiziet vakara mājās, tad tiek ienests alkohols un cit reiz pat ar aprūpētāja ziņu, ka cīnīties ar šo sērgu? Jo tiek traucēti citi pensionāta iemītnieki, kā arī klienti ar demenci, jo viņiem jau nav īpaši nodalīta telpa, tātad ja aprūpētāja ir aizņemta un neredz ka iedzēris klients var staigāt pa istabiņam un traucēt citus pensionāta iemītniekus.

**I:** Kā Tu vērtē **starpdisciplināro darbu ar klientu ar demenci** un aprūpē Latvijā?

**S:** Grūti teikt, man grūti atbildēt par visu Latviju, es neesmu bijusi tik daudzos Latvijas pensionātos, bet kur esmu bijusi Rūjienas un Ērgļu pensionatos man tur ļoti patika.

**I:** Tavuprāt, ir kadas atšķirības **darbā ar klientu ar demenci** Rīgas aprūpes centros un ārpus tās (laukos)

**S:** Ka jau teicu, man ļoti patika mazi lauku pensionāti, viss tur ir tik mājīgi pat aizkariņi uz logiem, pagalma viss pārdomāts it kā nav žogs, bet tomēr klients paliek drošībā un nevar nekur pazust.

**I:** Jā ļoti vērtīgs brauciens mums bija uz Rūjienas aprūpes centru.

**I:** Kas Tavuprāt, būtu nepieciešams **efektīvas starpdisciplinārās komandas** izveidosanai darbā ar klientu ar demenci Latvijā?

**S:** Pat nezinu, vajadzētu kādu vienotu orgānu kas regulētu sociālo darbu ar demento klientu varbūt no Labklājības ministrijas, jo šī problema ar demenci kļūst ar vien aktuālāka.

**I:** Kāds ir biežākais demences veids tiem klientiem, ar kuriem esi strādājusi? Ja protams ir kāda atšķirības demencei?

**S:** Strādāju ar dažāda veida klientiem ar demenci gan vieglu gan ļoti smagu.

**I:** Tad kādas demences stadijas klienti, vairāk ir Jūsu sociālās aprūpes centra klienti? Vieglas, vidējās vai smagās demences formas?

**S:** ir gan vieglās, gan smagās, bet domāju vairāk vidējās formas.

**I:** Kādi uzlabojumi, Jūsaprāt, būtu nepieciešami demences klientu aprūpē Latvijā nacionālā mērogā?

**S:** Jācel darbinieku izglītības un izpratnes līmenis darba ar klientu ar demenci Valstī .

**I:** Paldies par Tavam atbildēm!

### **Intervijas Nr. 3 transkripts**

#### **Intervija ar sociālo darbinieku Nr.3**

Intervijas notiek Rīgas sociālās aprūpes centrā "Gailezers". Sociālais darbinieks 43gadi. Respondente bija pretīmnākoša un piekrita intervijai. Intervijas datums 25.03.2015

**Intervētājs** (turpmāk **I**): Labdien, nu es esmu klāt (*par interviju intervētājs ar respondentu vienojas telefoniski*)

**Sociālais darbinieks** (turpmāk **S**): Labdien, būšu priecīga palīdzēt.

**I**: Esmu Latvijas Universitātes studente un veicu pētījumu par starpdisciplinārām barjerām sociālajā darba ar klientu ar demenci, un lūdzu atbildēt Jūs uz šādiem jautājumiem, Kāda ir Jūsu darbavieta un amats?

**S**: Es strādāju Rīgas sociālas aprūpes centrā Gailezers, mani sauc I.D un esmu sociālā darba struktūrvienības vadītāja.

**I**: Cik ilgs ir Jūsu darba **stāžs kā sociālajam darbiniekam?**

**S**: Nu, strādāju jau vairāk kā desmit gadus.

**I**: Kāda ir Jūsu pieredze **darbā tiesi ar klientiem ar demenci ?**

**S**: Nu faktiski jāsaka tā, kad es sāku strādāt, nu tas ir vairāk kā desmit gadus atpakaļ, nu tieši par tādu lietu kā demence vispārēja tipa pansionātos nu teiksim tā, sevišķi vēl nerunāja, bet īstenībā es varu uzskatīt ka, tā pieredze ir desmit gadus veca, viennozīmīgi varu teikt ka šāda veida klienti bija, varbūt tā ar demence dažādās formās varbūt ka vieglajā formā, bet varu teikt ka desmit gadi.

**I**: Un kādas metodes Jūs izmantojat **darbā ar klientu ar demenci?**

**S**: Nu faktiski darbā ar klientu kuram ir demence visbiežāk tiek izmantotas klasiskās metodes, tā ir noverošana un saruna.

I: Paldies, un tieši kādi specialisti ir visnozīmīgākie darbā ar klientu ar demenci?

S: Nu pirmkārt es noteikti uzsvērtu aprūpētāju lomu, jo aprūpētājs ir tas cilvēks, kas visvairāk laika pavada kopa ar šo klientu, ja, jo realitātē ir tā, kad sociālais darbinieks sava darbībā, nu viņam vairāk laika tomēr paņem tie cilvēki kuriem nav demence, teiksim tā, viņiem ir daudz laika ko šīs sociālās problēmas risināt, klientiem ar demenci pirmkārt ir ļoti daudz svarīgāka šī aprūpe, lai šis aprūpētājs māc ar viņu tā, ka komunicēt un izprot šo te demenci, ja, nu protams liela loma ir mediķiem, jā, saka arī psihiatram, jā un pēc tam, tad es liktu sociālo aprūpētāju vai sociālo rehabilitētāju, sociālo darbinieku.

I: Paldies, un kādas tieši Jūsprāt ir galvenās problēmas, ar ko saskarās darbā un aprūpē ar klientu ar demenci?

S: Jāsaka gan, ka kopumā situācija mapazām uzlabojas, bet savā pieredzē tas pirmais ko es, tā kā bija spīlkti redzams, ka tie cilvēki kas visvairāk strāda, aprūpētāji, kas strādā ar klientu kam ir demence, nu neizprot to demences būtību, ka šie ir, tie atmiņas traucējumi, un ka tas klients jau nedara to speciāli, ka pēc minūtes viņš jau ir aizmirsis ka ir ēdis, un visas šīs lietas, ka viņš cenšas ieskaidrot ka trīsdesmit gadīgs, ka viņam ir sarunāta tikšanās un tā, un kad to, aprūpētājs to neizprotot, cenšas strīdēties ar klientu, pārliecināt par savu taisnību un tā, kā pirmais ir darbs ar aprūpētāju, ka viņam trūks šīs zināšanas.

I: Tātad sanāk tā ka, vissvarīgākais ir **izglītības un zināšanu līmenis aprūpes personālam**? Kas tieši strādā ar klientu ar demenci?

S: Jā, jā jo nu protams mediķi tomēr ir informēti par šo jautājumu, un tomēr sociālajiem darbiniekiem, sociālajiem aprūpētājiem tas tiek skola macīts, nu viņi teiksim izprot šīs te demences būtību.

I: Un kādas Jūsprāt ir tieši **problēmas starpdisciplinārās** disciplīnas kuras ir tieši Jūsu sociālās aprūpes centrā -medmāsas, sociālā darba specialisti kādas problēmas un barjeras rodas darbā ar demento klientu?

S: Nu zīniet, pirmkārt, daudzās institūcijās varbūt tas, ka nav visi šie speciālisti kuriem vajadzētu būt, vai arī viņi ir pieejami par maz! Tomēr šie klienti ar demenci prasa diezgan lielu uzmanību, nu teiksim, ja mes viņus gribam iesaistīt

rehabilitācijā, viņi prasa īpasu attieksmi un ļoti daudz laika, un ņemot vērā to, ka tam rehabilitējamam (**ir par maz šo speciālistu**), tad protams viņš izvēlas vairāk strādāt ar to klientu kas ir adekvāti, spēj izpildīt tos prasības un noteikumus, es par to problēmu gribētu tiesi teikt, ka ta problēma ir to speciālistu trūkums, vai viņu ir par maz lai strādātu ar klientu ar demenci, jo ta sadarbība manuprāt komandā, nu viņa ir normāla, es neteiktu ka tur būtu īpasas problēmas, ja nu vienīgais, ta pieminētā ka aprupētajiem pietrūkst reizēm šo te zināšanu par klientiem ar demenci un tad varētu rasties kādas neskaidrības, problēmas.

**I:** Un no ta izriet nākamais jautājums, tas kas būtu nepieciešams uzlabot lai butu efektīvs darbs un tieši **par labu klientiem ar demenci**, tas ir speciālistu, tātad izglītoto speciālistu trūkums kas ir jāpalielina?

**S:** Ja, nu kā jau es teicu, pirmkārt tas ir darbs ar aprupētajam, teiksim izskaidrojot viņam kas ir šī demence, ka ta izpaužas, kā strādāt ar klientiem ar demenci, un otrs ir tas ka, nu protams ka institūcijās ir vajadzīgs vairāk šo speciālistu kā, sociālais rehabilitētājs, fizioterapeits, sociālais aprupētājs, tas speciālists kas varētu ar šiem klientiem teiksim vairāk iet ārā, vingrot, tieši viņiem specifiskās nodarbības vadīt, mūzikas terapijas nodarbības, un protams varētu būt tās ka, institūcijas būtu turīgākas un varētu atļauties klientiem būtu ļoti labas teiksim sensoras istabas, vai kautkas tads kas prasa to ieguldījumu,

**I:** Tas jau izriet no nākamā jautājuma, par uzlabojumiem kas būtu jāveic Jūsūprāt? Principā Jūs jau devāt atbildes, Tad es gribētu pajautāt Jūsu aprūpes centrā kadu klientu ar demenci ir visvairāk, vieglo videjo vai smago demences formu?

**S:** Nu principā, visvairāk tomēr ir ar videjo, nu protams ir arī smagi gadījumi, nu atrast tādu klientu kuram pavisam nebūtu demences mūsu aprūpes centrā grūti būtu, tomēr kaut kāda vieglā formā šie atmiņas traucējumi izpaužas.

**I:** Lūdzu dosiet kādu ieteikumu, par klientiem ar **demenci viņu aprūpes uzlabošanu** Latvijā?

**S:** Nu ja, iznāk atkal atkārtoties, nu pirmkārt es saku, es liktu akcentu uz to ka, tieši priekš aprūpētājām ir vairāk jāorganizē izglītojošas lekcijas un semināri, kur stāsta par demenci, kā tiesi ir jāstrādā, un tāpat arī otrs ir par speciālistu skaitu palielinājumu, lai varētu vairāk individuāli strādāt ar klientu ar demenci, nu un institūciju tieši materiālās bāzes tā kā papildināšanu un uzlabošanu.

**I:** Paldies, tad no Jūsu intervijas izriet, ka vislielākās problēmas tas ir izglītības un speciālistu trūkums ilgstošās sociālās aprūpes institūcijās.

## Intervijas Nr. 4 transkripts

### Intervija ar Ģimenes ārsti

Intervijas notiek Rīgas sociālās aprūpes centrā "Gaiļezers". Ģimenes ārste 74gadi. Rudīte Sarkane, Respondente bija pretīmnākoša un piekrita intervijai. Intervijas datums 15.05.2015

**Intervētājs** (turpmāk **I**): Labdien, nu es esmu klāt (*par interviju intervētājs ar respondentu vienojas klatienē, kad bija intervēt socialos darbiniekus iepriekš SAC*)

**Ģimenes ārsts** (turpmāk **Ģ.Ā**): Sveika, sen neredzēta, kā iet? Ko gribēji uzzināt? Būšu priecīga tev palīdzēt.

**I**: Esmu Latvijas Universitātes studente un veicu pētījumu par starpdisciplināro sadarbību socialajā darbā ar klientu ar demenci, un lūdzu atbildēt Jūs uz šādiem jautājumiem, Kāda ir Jūsu darbavieta un amats?

**Ģ.Ā**: Par savu sociālo darbu!? Bet ko tad, Tu gribi no mediķiem?

**I**: Vēlos noskaidrot sadarbības principus, starp visiem speciālistiem kas ir iesaistīti un strādā ar klientu ar demenci, jo daram jau vienu darbu, klienta labā! Vai nē?

**Ģ.Ā**: Bet Tu pati vismaz izsproti kas ir demence?

**I**: Protams es neesmu mediķis kā Jūs, un nevaru zināt un pētīt kas ir demence kā saslimšana! Bet kā sociālais darbinieks, bieži saskaros ar tādiem klientiem, tāpēc velos noskaidros labākos sadarbības veidus starp profesionāļiem lai kvalitatīvi var sniegt aprūpi klientam ar demenci, kā arī klienta ģimenei.

**Ģ.Ā**: Labi tad atbildēšu uz Taviem jautājumiem:))

**I**: Tad pirmais mans jautājums bija Jūsu darba vieta un amats?

**Ģ.Ā**: Kā Tu pati zini strādāju vairākās vietās, pašlaik jau tikai divās, kopš 1989.gada pensionātā Ģaiļezers, ārste terapeite, un vairak kā 15 gadi esmu kā ģimenes ārste, ne tikai mūsu pensionāta klientiem, un kādus 20 gadus medicīnas centrā Juglā kā dežurārsts, ģimenes ārsts.

**I**: Ko varat pastāstīt **darbā tiesi ar klientiem ar demenci** ?

**Ģ.Ā**: Un ko Tu pati doma, par darbu ar šāda veida pacientiem?

**I:** Nu kuriem ir nepieciešama īpaša uzmanība un aprūpe.

**Ģ.Ā:** Jā, demence ir tulkojumā kā bez prāta ! Cik Tu saproti tādiem pacientiem nepieciešama arī dienakts aprūpe, demenci nevar izarstēt! Kā tu pati domā uzlabot ikdienu šiem pacientiem?!

**I:** nu droši vien mainot vides psihosociālos faktorus!

**Ģ.Ā:** Nezinu vai faktori te palīdzēs, bet protams lietot medikamentus.

**I:** Jā protams, bet tomēr ta kā ,es esmu sociālais darbinieks, mani interesē tieši sadarbība vai tās iespēja starp profesionāļiem, kas aprūpē klientu ar demenci!

**Ģ.Ā:** Bet ka Tu pati saproti, ko var paveikt sociālais darbinieks, vai kāds cits cilvēks ar garīgi slimu cilvēku? It īpaši ar demenci!

**I:** Labi, paldies, es sapratu Jūsu viedokli, bet vēl viens jautājums! Pēc Jūsu domām kādi tieši speciālisti ir visnozīmīgākie darbā ar klientu ar demenci?

**Ģ.Ā:** Man liekas ka es jau esmu atbildējusi uz tavu jautājumu! :)) Vai NĒ? Protams ka, bez labas medmāsas un godīga aprūpētāja ārstam grūti būtu pilnībā kontrolēt ārstniecības procesu! Ja Tu gribi dzirdēt varu pateikt ka arī sociālais darbinieks, bet protams ka, ir tiešams labi un godīgi cilvēki arī sociālo darbinieku vidū! Kas arī varētu izsprasts kā rīkoties ar demento pacientu.

Par parejiem sociālā darba speciālistiem Tu man neprasi, es nesaprotu vienalga ko viņi dara? )) Paskaidro man? Tikai pavada uz pastagām pacientis? To jau var jebkurš paveikt!

**I:** Nu gluži tā viss nav:) sociālais darbinieks ir speciālists kurš strādā ar sociālajām problemām, vada sociālā darba speciālistu komandu, protams ja ir nepieciešams tad arī pavada klientu kur vajag, sociālā darba pamata ir cilvēktiesību un sociālā taisnīguma principi, kas attiecās arī pret darbu ar klientu ar demenci.

**Ģ.Ā:** Labi jau labi, es pajokoju attiecība pret sociālajiem darbiniekiem, bet aprūpes personāls, gan mums nav īpaši izglītots, tu tam piekrīti?

**I:** Ja arī citu speciālistu atbildes bija, ka nepieciešams darbs ar aprūpētāju, ka viņam trūks šīs zināšanas.

**I:** Man ir vēl viens jautājums! Par problēmām starpdisciplinārās disciplīnas kuras ir tieši sociālās aprūpes centros darbā ar demento klientu?

**Ģ.Ā:** Nu pati saproti, kur ir ārsti pieejami, tur vismaz kautkāda aprūpe notiek!bet pašlaik Latvijā, visos pansionātos nav ārsti, pieejamas tikai medmāsas! Un ko viņas bez ārstu rekomendācijām var darīt? Kamer ārsts tiks klāt pacientam.

**I:** Jā, no tā man izriet nākamais jautājums, tas kas būtu nepieciešams uzlabot lai butu efektīvs darbs un tieši **par labu klientiem ar demenci?**

**Ģ.Ā:** ko tu te vari uzlabot! Demence ir demence jālieto medikamenti un protams kvalitatīva aprūpe, kurai jāseko būtu tieši Jūsu darba speciālistiem!

Labi, tagad man ijau gaida pacienti.

**I:** Jā, protams, Liels liels paldies! Ka piekritāt sarunai ar mani,

**Paldies par Jūsu laiku un atbildēm!**

## **Intervijas Nr. 5 transkripts**

### **Intervija ar sociālo darbinieku**

#### **Jūsu darbavieta un amats**

Latvijas Sarkanā Krusta sociālās aprūpes centrs „Stūrīši”, sociālā darbiniece.

#### **Jūsu vecums darba stāžs kā socialajam darbiniekam? Medmāsai? Aprupētājam?**

12 gadi, socialaja darbā

#### **Kāda ir Jūsu pieredze darbā ar klientiem ar demenci ? pirmā pieredze**

Kā jebkuru klientu, arī dementos iepazīst strādājot ar viņiem. Aprūpes iestādē ir visdažādākie demences veidi, visdažādākajos vecumos. Pirmām kārtām ir jābūt piesardzīgam ar informāciju, kuru sniedz šie cilvēki, tā noteikti ir jāpārbauda, jo visbiežāk neatbilst īstenībai. Tādējādi speciālists var izdarīt aplamus secinājumus. Ir jāprot pielāgoties klientam un uzturēt komunikāciju, viņu nesatraucot un neizaicinot. Bieži klienta interesēs ir piekrist klienta teiktajam un neiesaistīties konfliktā un pārliecināšanās par pretējo. Speciālistam ir jārada apstākļi, lai klients dzīvojot savā „citādajā pasaulē” neizjustu apdraudējumu sev, neizjustu trauksmi un izaicinājumu uz agresīvu rīcību.

#### **Kādas metodes izmantojat darbā ar klientu ar demenci?**

Klientam iestājoties un arī turpmāk saņemot pakalpojumu ilgstošas sociālās aprūpes un rehabilitācijas iestādē pirmām kārtām ir visas problēmu identificēšanas metodes. Klienta novērtēšana, dokumentu analīze, aprūpes un rehabilitācijas procesa plānošana, dažādu jautājumu kārtošana, administrēšana, pierakstu veikšana. Darba procesā klients tiek novērots, tiek uzklauts citu speciālistu vērtējums un dots sociālās aprūpes un rehabilitācijas novērtējums. Ikdienā ar klientiem tiek veiktas sarunas, gan motivējošas, informējošas, atbalstošas. Izmantojot dažādas mākslas terapijas metodes klienti tiek aktivizēti, veicināta intelektuālo spēju uzturēšana atbilstoši spējām.

### **Ar kādiem speciālistiem visbiežāk sanāk sadarboties darbā ar klientu ar demenci**

Sociālais aprūpētājs, medicīnas māsa, psihiatrs, rokdarbu pasniedzējs, sociālais rehabilitētājs. Bez speciālistiem tiešā kontaktā ar klientu ir viss aprūpes personāls. Aprūpētāju profesionalitāte ir vissvarīgākā klienta labsajūtas un kvalitatīvas aprūpes nodrošināšanā.

### **Kādi speciālisti ir viss nozīmīgākie darbā ar klientiem ar demenci?**

Atbildēju 5.jautājumā

### **Kādas, Jūsaprāt, ir galvenās problēmas aprūpē un darba ar klientu ar ārstēšanā Latvijā?**

Nepieciešama papildus uzraudzība, pilna aprūpe. Nepieciešama īpaša komunikācija, pārliecināšana, jo klientiem ir izteiktas atmiņas, izpratnes problēmas.

### **Kādas, Jūsaprāt, ir galvenās starpdisciplinārās problēmas, barjeras klientu ar demenci aprūpē, ārstēšanā Latvijā?**

Medicīnas māsas izjūt sevi kā pārākus speciālistus pār sociālā darba darītājiem. Cenšas pārkāpt savas kompetences robežas. Medicīnas māsa bieži iepriekš strādājušas slimnīcās un turpinot strādāt aprūpes centrā, cenšas uzturēt stingru slimnīcas tipa režīmu. Sociālie aprūpētāji un sociālie rehabilitētāji nevar patstāvīgi pieņemt lēmumus, bieži mediķu noteiktais iet pretrunā ar sociālā darba speciālista viedokli. Es uzskatu, ka iestādēs šīs kompetences robežas no vadības puses būtu jānosaka.

### **Kā Jūs vērtējat starpdisciplināro darbu ar klientu ar demenci aprūpē Latvijā?**

Atbildēju 8.jautājumā.

### **Jūsaprāt, ir kadas atšķirības darbā ar klientu ar demenci Rīgas reģionā un ārpus tā (laukos)?**

Domāju, ka nav atšķirību. Cik ir komunicēts ar kolēģiem valsts pansionātos, kā arī ar Rīgas 1.slimnīcas sociālās aprūpes nodaļas darbiniekiem pieredze ir tāda pati.

**Kāds ir biežākais demences veids tiem klientiem, ar kuriem esiet strādājis**

Vaskulārā demence, alcheimers, epileptiska, parkinsons. Bieži kombinējas ar organiskiem smadzeņu bojājumiem, encefalopātiju (būtisku atkarības problēmu rezultātā).

**Kādas demences stadijas klienti, lielākoties, ir Jūsu klienti?**

- ir aizdomas par demences iespējamību
- viegla demences forma

**Kādi uzlabojumi, Jūsaprāt, būtu nepieciešami demences klientu aprūpē Latvijā nacionālā mērogā?**

Savlaicīga medikatoza terapija, aktivitātes, saturīga brīvā laika pavadīšana, atbilstoši viņu spējām.

**Lūdzu dot ieteikumus demento klientu aprūpes uzlabošanai Latvijā?**

Būtu nepieciešama plašāka dienas centru pieejamība demences slimniekiem. Tas veicinātu tuvnieku atslodzi no šo cilvēku uzraudzīšanas, kā arī ilgāk šie klienti varētu dzīvot mājās apstākļos ģimenē un netiktu ievietoti ilgstošas sociālās aprūpes un rehabilitācijas iestādēs.

**Lūdzu dot ieteikumus starpdisciplinārā darba uzlabošanai demento klientu aprūpē Latvijā!**

Iespējams tās varētu būt atbalstošās supervīzijas. Mediķiem nepieciešamas apmācības sociālā jomā, izpratnes veicināšanai. Svarīga ir iestādes vadības izpratne un nostādne šajos jautājumos.

## **Intervijas Nr. 6 transkripts**

### **Intervija ar sociālo aprūpētāju**

#### **Jūsu darbavieta un amats**

LSK SAC „Stūrīši” aprūpētāja 48 gadi

- 1. Jūsu vecums darba stāžs kā socialajam darbiniekam? Medmāsai? Aprūpētājam?**

Esmu sociālā aprūpētāja, strādāju šeit jau otro gadu

- 2. Kāda ir Jūsu pieredze darbā ar klientiem ar demenci ? pirmā pieredze?**

Otro gadu

- 3. Kādas metodes izmantojat darbā ar klientu ar demenci?**

Uzmanu viņus, lai nedara pāri ne sev ne citiem

- 4. Ar kādiem speciālistiem visbiežāk sanāk sadarboties darbā ar klientu ar demenci**

Sociālais aprūpētājs, medicīnas māsa, sociālais darbinieks

- 5. Kādi speciālisti ir viss nozīmīgākie darbā ar klientiem ar demenci?**

Protams aprūpētāji, un mediķi

- 6. Kādas, Jūsaprāt, ir galvenās problēmas aprūpē un darba ar klientu ar ārstēšanā Latvijā?**

Trūkst darbinieku, gan kvalificētu mediku, gan sociālo darbinieku.

- 7. Kādas, Jūsaprāt, ir galvenās starpdisciplinārās problēmas, barjeras klientu ar demenci aprūpē, ārstēšanā Latvijā?**

Medicīnas māsas izjūt sevi kā pārākus jo domā ka zin par šāda veida slimniekiem visu, bet īstenībā tikai aprūpes personāls zin kā ir jārikojas ar šāda veida klientiem

**8. Kā Jūs vērtējat starpdisciplināro darbu ar klientu ar demenci aprūpē Latvijā?**

Nesaprotu kas tas ir

**9. Jūsaprāt, ir kadas atšķirības darbā ar klientu ar demenci Rīgas reģionā un ārpus tā (laukos)?**

Laukos ja nav tuvu kādas slimnīcas vai aprūpes centra pavisam šavaki tad.

**10. Kāds ir biežākais demences veids tiem klientiem, ar kuriem esiet strādājis**

Vaskulārā demence, alheimers, epileptiska, parkinsons. Demence jau ir demence

**11. Kādas demences stadijas klienti, lielākoties, ir Jūsu klienti?**

- ir aizdomas par demences iespējamību
- viegla demences forma
- vidēja demences forma
- smaga demences forma

**12. Kādi uzlabojumi, Jūsaprāt, būtu nepieciešami demences klientu aprūpē Latvijā nacionālā mērogā?**

Vairak informācijas

**13. Lūdzu dot ieteikumus demento klientu aprūpes uzlabošanai Latvijā?**

Vairak izglītot tuviniekus ,

**Lūdzu dot ieteikumus starpdisciplinārā darba uzlabošanai demento klientu aprūpē Latvijā!**

Apmācības

## Intervijas Nr. 7 transkripts

### Intervija ar psiholoģi.

Intervijas notiek jaunāvertajā Dienas aprūpes centrā "Agate". DAC "Agate" psiholoģe 43gadi. Respondente bija ļoti pretīmnākoša un piekrita intervijai. Intervijas datums 29.04.2015

**Intervētājs** (turpmāk **I**): Labdien, kā bijām vienojušās esmu klāt (*par interviju intervētājs ar respondentu vienojas caur epastu un telefoniski*) saprotu, ka esat ļoti aizņemta, mēģināšu ātri un konkrēti uzdot manis intresējušos jautājumus.

**DAC "Agate" psiholoģe Inese Jurisa** (turpmāk **I.J**): Labdien, būšu priecīga palīdzēt. Pastāstīšu arī par mūsu dienas centru.

**I**: Esmu Latvijas Universitātes studente un veicu pētījumu par starpdisciplināro sadarbību socialajā darba ar klientu ar demenci, un lūdzu atbildēt Jūs uz šādiem jautājumiem, Kāda ir Jūsu darbavieta un amats?

**I.J**: Esmu praktizējosā psiholoģe, Biedrības Dienas aprūpes centra "Agate" valdes priekšsēdētāja un Dienas aprūpes centra "Agate" vadītāja. Dienas aprūpes centrs "Agate: dibināts 2010 gada oktobrī, un uz šo dienu esam vienīgais privātais dienas aprūpes centrs, kurš sniedz pakalpojumus senioriem un senioriem ar demenci Vidzemes priekšpilsētā.

**I**: Jā, noteikti ka šāda veida pakalpojums ir nepieciešams.

**I.J**: Neapšaubāmi, pieprasījums pēc šāda veida pakalpojumiem tikai pieaugs, bet Valstī īpaši nav īstrādātas vadlīnijas, ko turpmāk darīt ar šāda veida klientiem.

**I**: Tad kāda ir Jūsu pieredze **darbā tieši ar klientiem ar demenci** ?

**I.J**: Pirmā pieredze tādā ka grūti bija pierast pie krasām garstāvokļa maiņām, biežiem notikumu pārstāstījumiem. Nācās palīdzēt ne tikai pārvietoties, bet arī ēdināt, apmeklēt WC, darbā gan ar vīriešiem, gan sievietēm.

**I**: Jā protams es arī strādājot aprūpes centrā, visu to piedzīvoju. Un kādas metodes Jūs izmantojat **darbā ar klientu ar demenci**?

**I.J**: Nu klasiskās metodes, tā ir noverošana un saruna, kā arī zīmēšana, gleznošana, komunikācija, veiksmīgas saskarsmes veidošana, Atmiņas vingrinājumi, Patterapija.

**I**: Paldies, un tieši ar kādiem speciālistiem visbiežāk sanāk sadarboties darbā ar klientu ar demenci?

**I.J**: Parasti Ģimenes ārsti, Sociālie aprūpētāji, Psihologi, Sociālie darbinieki

**I**: Un kādi pēc Jūsu domām speciālisti ir viss nozīmīgākie darbā ar klientiem ar demenci?

**I.J**: -sociālie darbinieki, aprūpētāji, jo aprūpētājam ir svarīga loma, aprūpētājs ir tas cilvēks, kas visvairāk laika pavada kopa ar šo klientu.

**I**: Paldies, un kādas tieši Jūsprāt ir galvenās problēmas, ar ko saskarās darbā un aprūpē ar klientu ar demenci?

**I.J:** Domāju ka neizpratne par demences pakāpi, birokrātija, Ilgas dokumentu kārtošanas, Nespēja vienoties par pielietojamo metožu izmantošanu.

**I:** Un kādas Jūsuprat ir tieši tās problēmas un barjeras kas rodas darbā ar demento klientu?

**V:** Nav vienotas darba metodes, Nav ikdienas darba metodes darbā ar demento klientu. Lai uzlabotu situāciju Valstī nepieciešams radīt sociālās jomas sadarbības iespējas ar privāto uzņēmējdarbības sektoru, kur var panākt lietderīgāku sociālo aprūpētāju noslogotību, tas ir tā, kad aprūpētājs aizved klientu ar demenci līdz DAC (dienas aprūpes centram), kas ir ekonomiski izdevīgi, ne tikai aizņemības un nodarbinātības ziņā, bet arī finansiāla ziņā. Privātā sektora loma ir nodrošināt vai pārņemt, kā arī aktivizēt, sadarbību ar maksātspējīgiem Latvijas un ārpus Latvijas dzīvojošiem, tādā veidā atslogojot arī pašvaldības sociālo dienestu darbinieku ikdienu, jo pie esošā pakalpojuma klāsta, kuru pārsvarā nodrošina valsts atbalsts, parādās vēl jauns pakalpojums- privātais aprūpes centru sektors. Kopumā sociālajam dienestam ir jādarbojas arī kā informātoram starp klientu un privāto sociālo pakalpojumu sektoru. Guvums to tā, sociālie aprūpētāji lietderīgāk izmantotu savu laiku, un veltītu to smagi slimo ceturta līmeņa klientiem. Sociālajam dienestam ir vēl viens pakalpojums-privātais sektors, kur novirzīt to klientu grupu kam nepieciešams būtu tieši šāda veida pakalpojums! Valsts ekonomē līdzekļus, jo sociālie aprūpētāji tiek piesaistīti tikai, lai sniegt minimālu pakalpojumu, tādu kā aizvešana/paņemšana līdz/no privāta sociālā aprūpes centra durvīm. Sadarbojoties ar sociālā pakalpojuma privāto sektoru rodas iespēja arī piesaistīt studējošos aprūpētājus, veicot izpratni par veicamo darbu, tā apjomu un sarežģītības pakāpi, kas arī ir svarīgi, jo ne visi studējošie tiešām vēlēšies ikdienā strādāt ar ļoti smagi slimiem klientiem.

**I:** Liels paldies, par tik izsmeļošu atbildi, Un kādas Jūsuprat ir atšķirības darbā ar klientu ar demenci Rīgas reģionā un ārpus tā (laukos)?

**I.J:** Protams, klientu skaita ziņā. Latvijā ir tikai nodaļas dementiem klientiem, nevis veseli sociālās aprūpes centri, kurās mīt dažāda līmeņa/pakāpes demences klienti, tāpēc Rīgā piešķir lielāku nozīmi/izvērtējumam.

**I:** No tā man izriet nākamais jautājums, tas kas būtu nepieciešams uzlabot lai butu efektīvs darbs un tieši **par labu klientiem ar demenci?**

**I.J:** Atbalstīt projektos ne tikai valsts sektorus, bet arī privātos sektorus, jāpalielina starpdisciplināra sadarbība visā Latvijā.

**I:** Lūdzu dodiet kādus ieteikumus klientu ar demenci aprūpes uzlabošanai?

**I.J:** Būtu jāizstrādā informatīvie materiāli demento klientu tuviniekiem/aizbildņiem, kā arī jārīko vairāk semināri, apmācības Latvijas iedzīvotājiem. Kopīgu semināru rīkošana ar darba grupām, Piesaistot tikai tos speciālistus, kuriem ir pieredze darbā ar senioriem ne mazāk kā - 3 gadi , Kapacitātes stiprināšana starp valsts un privāto sektoru speciālistiem.

**I:** Paldies, ka Jus spējāt veltīt savu laiku man, un uz turpmāko sadarbību sociālo pakalpojumu sniegšanā. Veiksmi darbos!

Maģistra darbs „Starpdisciplinārā sadarbība sociālajā darbā ar klientu ar demenci”  
izstrādāts LU Sociālo zinātņu fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie  
informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Darba apjoms (neskaitot titullapu, satura rādītāju, apzīmējumu sarakstu izmantotos  
informācijas avotus un pielikumus) ir 167500. rakstuzīmes (ieskaitot intervālus).

Autors: \_\_\_\_\_ Inga Zviedre  
(*personiskais paraksts*)

Rekomendēju/nerekomendēju darbu aizstāvēšanai  
(*nevajadzīgo nosvītrot*)

Vadītāja: docente Dr. sc.soc. Līga Rasnača \_\_\_\_\_ 05.06. 2015.  
(*personiskais paraksts*)

Recenzents: profesore Dr. sc.soc. Aija Zobena \_\_\_\_\_ .05. 06. 2015.  
(*personiskais paraksts*)

Darbs iesniegts Socioloģijas nodaļā 05.06. 2015.

Dekāna pilnvarotā persona: Inga Poļaka \_\_\_\_\_  
(*personiskais paraksts*)

Darbs aizstāvēts maģistra gala pārbaudījuma komisijas sēdē 12. 06. 2015. protokola Nr.

\_\_\_\_\_

Komisijas sekretārs: Dr.soc.Mareks Niklass \_\_\_\_\_  
(*personiskais paraksts*)