

# Labklājības ministrija

**Pētījums par valsts pārvaldes  
deleģētā uzdevuma  
“Psihosociālās rehabilitācijas  
pakalpojuma nodrošināšana  
paliatīvā aprūpē esošiem bērniem  
un viņu ģimenes locekļiem” izpildi**

## **Pētījuma Gala ziņojums**

KPMG Baltics SIA

2026. gada 5.maijs

Šajā ziņojumā ir 72 lapas



Labklājības ministrija



## Terminu un saīsinājumu skaidrojums

|  |  |
|--|--|
| <b>ACT</b><br><b>Bērnu paliatīvā aprūpe</b>  | Klīnisko kategoriju sistēma bērnu paliatīvajā aprūpē (Dānija)<br>Aktīva, visaptveroša starpdisciplināra aprūpe bērniem ar progresējošām hroniskām slimībām, kuru izārstēšana vairs nav iespējama <sup>1</sup>  |
| <b>BPAB</b><br><b>BKUS</b><br><b>Deleģējuma līgums</b>                             | Bērnu paliatīvās aprūpes biedrība<br>VSIA "Bērnu klīniskās universitātes slimnīca"<br>Valsts pārvaldes deleģētā uzdevuma - psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšana paliatīvā aprūpē esošiem bērniem un viņu ģimenes locekļiem - veikšanas līgums, kas noslēgts starp LM un BPAB; spēkā no 2018. gada 1. janvāra  |
| <b>DRS</b><br><b>Izpildītājs</b>   | SIA "Daugavpils Reģionālā slimnīca"<br>SIA "KPMG Baltics SIA"  |
| <b>IKT</b><br><b>KCT</b><br><b>LRS</b><br><b>MK</b><br><b>MK noteikumi Nr. 766</b> | Tallinas Paliatīvās aprūpes komanda ( <i>Ida-Tallinna Keskhaigla</i> )<br>Nīderlandes bērnu komforta komandas ( <i>Kinder Comfort Teams</i> )<br>SIA "Liepājas reģionālā slimnīca"<br>Ministru kabinets<br>Ministru kabineta 2017. gada 19. decembra noteikumi Nr. 766<br>"Noteikumi par psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu paliatīvā aprūpē esošiem bērniem un viņu ģimenes locekļiem" |
| <b>NIK</b>   | Nīderlandes reģionālie integrētās bērnu aprūpes tīkli ( <i>Netwerken Integrale Kindzorg</i> )  |
| <b>NHIF</b>  | Lietuvas Nacionālais veselības apdrošināšanas fonds ( <i>National Health Insurance Fund</i> )  |
| <b>NVD</b><br><b>Pakalpojums</b>   | Nacionālais veselības dienests<br>Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojums paliatīvā aprūpē esošiem bērniem un viņu ģimenes locekļiem   |
| <b>Pasūtītājs</b><br><b>Pētījums</b>   | Latvijas Republikas Labklājības ministrija<br>Pētījums par valsts pārvaldes deleģētā uzdevuma - psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma nodrošināšana paliatīvā aprūpē esošiem bērniem un viņu ģimenes locekļiem - izpildi   |
| <b>PVO</b><br><b>SIA</b><br><b>THIF</b>  | Pasaules Veselības organizācija<br>Sabiedrība ar ierobežotu atbildību<br>Lietuvas Teritoriālais veselības apdrošināšanas fonds ( <i>Territorial Health Insurance Fund</i> )  |
| <b>TS</b><br><b>VSIA</b>   | Tehniskā specifikācija<br>Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību  |

<sup>1</sup> MK noteikumi Nr. 766 (izgūts: 12.02.2026. pieejams: [vietne](#))

## Saturs

|  |    |
|--|----|
| levads   | 4  |
| 1. Bērnu paliatīvā aprūpe un psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma ietvars Latvijā | 7  |
| 2. Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanas un organizēšanas kārtība       | 12 |
| 2.1. Sadarbība psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanas nodrošināšanā      | 15 |
| 2.2. Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma apjoma un pieejamības izvērtējums       | 18 |
| 2.2.1. Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu saņēmēju apmierinātības anketēšana    | 21 |
| 2.2.2. Fokusa grupas diskusijas secinājumi   | 30 |
| 3. Eiropas Savienības valstu pieredzes analīze   | 34 |
| 3.1. Nīderlandes piemēra analīze   | 34 |
| 3.2. Dānijas piemēra analīze   | 42 |
| 3.3. Eiropas Savienības valstu pieredzes salīdzinājums ar Latviju                      | 48 |
| 3.4. Papildu Eiropas Savienības valstu pieredzes                                       | 51 |
| 3.4.1. Igaunijas piemēra analīze   | 51 |
| 3.4.2. Lietuvas piemēra analīze  | 52 |
| Secinājumi un priekšlikumi   | 55 |

## levads

Pasūtītājs un Izpildītājs, pamatojoties uz iepirkuma “**Pētījums par valsts pārvaldes deleģētā uzdevuma - psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma nodrošināšana paliatīvā aprūpē esošiem bērniem un viņu ģimenes locekļiem - izpildi**” identifikācijas Nr. LRLM 2025/55 rezultātiem, 04.12.2025. noslēdza līgumu par Pētījuma veikšanu. Līguma ietvaros KPMG ir izstrādājusi Pētījuma gala ziņojumu. Ziņojuma ietvaros tika izpildīti šādi TS uzdevumi:

- veikta vismaz divu Eiropas Savienības valstu pieredzes analīze (pamatojot valstu izvēli un saskaņojot to ar Pasūtītāju) par līdzīgu Pakalpojumu mērķa grupas personām (TS Nr.3.1.1.);
- izvērtēta Pakalpojuma saņemšanas un organizēšanas kārtība, t.sk. BPAB sadarbība ar BKUS paliatīvās aprūpes kabineta starpdisciplinārās bērnu paliatīvās aprūpes komandas sastāvā (TS Nr. 3.1.2);
- izvērtēts Pakalpojuma apjoms un pieejamība mērķa grupas personām un nodrošināšanas kvalitāte un efektivitāte visā Latvijas teritorijā (TS Nr. 3.1.3);
- izvērtēts, vai BPAB pietiekami izmanto Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā noteiktās tiesības, t.i., ja nepieciešams, izvēlas arī citus pakalpojumu sniedzējus publiskos iepirkumos regulējošos normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā (TS Nr. 3.1.4.);
- sniegti esošajā politiskajā, institucionālajā, finansiālajā un tiesiskajā ietvarā reāli pielietojami un īstenojami priekšlikumi par iespējamajiem risinājumiem Pakalpojuma tālākai attīstībai (TS Nr. 3.1.5.).

Ziņojums balstīts dokumentu analīzē un intervijās ar BPAB pārstāvjiem un Pakalpojumu saņemošajām ģimenēm, fokusa grupu ar BPAB, BKUS un LRS pārstāvjiem, Pakalpojuma saņemošo ģimeņu anketēšanu, kā arī Pasūtītāja norādījumos. Galvenās metodes un datu avoti norādīti zemāk redzamajā 1. tabulā.

### 1. tabula: Galvenās metodes un datu avoti

| Izpētes posms     | Metodes un aktivitātes  | Datu avoti  | Dalībnieku skaits |
|-------------------|---|---|-------------------|
| Dokumentu analīze | iekšējo un ārējo dokumentu un normatīvo aktu (t.sk. iekšējo noteikumu un rīkojumu, kā arī regulējošo dokumentu un ārējo noteikumu) satura analīze.<br>Atsevišķu kvalitatīvo datu sākotnējai analīzei tika izmantots digitālais rīks <i>Microsoft Copilot</i> , kas ir drošs Microsoft Office izstrādāts rīks, kura pamatā ir ģeneratīvais mākslīgais intelekts. | Publiski pieejamā informācija, BPAB iekšējie dokumenti, iekšējie BPAB statistikas dati par Pakalpojuma sniegšanu, Deleģējuma līgums, BPAB iekšējās kārtības noteikumi; citi pētījumam specifiski dati, u.c. | N/A               |

| Izpētes posms                              | Metodes un aktivitātes   | Datu avoti   | Dalībnieku skaits |
|--|--|--|-------------------|
| <b>Intervijas ar BPAB, BKUS un ģimenēm</b> | Padziļinātas, daļēji strukturētas intervijas.  | 1-2h garas daļēji strukturētas intervijas ar BPAB un BKUS pārstāvjiem, kā arī Pakalpojuma saņemošajām ģimenēm. Detalizēts intervēto personu saraksts ir pievienots A.Pielikumā.  | 10 intervijas     |
| <b>Vecāku anketēšana</b>                   | Ģimeņu anketēšana par Pakalpojuma pieejamību un kvalitāti.   | 19.01.2026.-30.01.2026. veikta ģimeņu anketēšana. Aptaujātas tās ģimenes, kuras saņem Pakalpojumu bērnu paliatīvās aprūpes ietvaros.   | 112 respondenti   |
| <b>Fokusa grupas diskusija</b>             | Fokusa grupas diskusija par Pakalpojuma pieejamību mērķa grupas personām, nodrošināšanas kvalitāti un efektivitāti visā Latvijas teritorijā. | Fokusa grupas diskusija (05.02.2026.), kurā piedalījās speciālisti no veselības aprūpes un Pakalpojuma nodrošināšanas komponentes – BKUS un LRS paliatīvās aprūpes kabineta komandas, BPAB (Kurzemes un Rīgas reģiona komandas). | 14 dalībnieki     |

Avots: KPMG

**Pētījuma ierobežojumi.** Pētījuma ziņojums balstās Pasūtītāja un BPAB iesniegtajā informācijā, veiktajās intervijās, kā arī publiski pieejamajā informācijā, pieņemot, ka visa sniegtā informācija ir patiesa. **SIA "KPMG Baltics SIA"** kā **Izpildītājam** bija iespējams apkopot rezultātus un izdarīt secinājumus tikai no tā rīcībā esošas informācijas. Netika veikta neatkarīga šo datu pārbaude vai audits, un pētījuma veicējs neuzņemas atbildību par šīs informācijas pareizību vai pilnīgumu. Ziņojumā ietvertā informācija atspoguļo situāciju uz 2026. gada 12. martu un tajā nav ņemtas vērā izmaiņas, kas var būt notikušas pēc šī datuma. Visi secinājumi un interpretācijas atspoguļo tikai Pētījuma veikšanas laikā pieejamos faktus. Šī Pētījuma ziņojuma darba apjoms ir noteikts Līgumā, un KPMG neuzņemas atbildību pret trešajām pusēm, kurām varētu kļūt pieejams šis Pētījuma ziņojums vai kuras varētu saņemt tā kopiju.

## Pētījuma kopsavilkums

Pakalpojums Latvijā ir izveidots un funkcionē visā valsts teritorijā. Pakalpojuma saturs un mērķi ir skaidri definēti normatīvajos aktos, kas nosaka psiholoģiska, sociāla un garīga atbalsta nodrošināšanu bērnam un ģimenei visos aprūpes posmos, tostarp sērošanas periodā un to nodrošina starpdisciplināra komanda, ko veido sociālie darbinieki un kapelāni.

Secināts, ka Pakalpojuma kvalitāti ietekmē vairāki sistēmiski ierobežojumi, vienlaikus, kavējot uz sadarbību vērstu bērnu paliatīvās aprūpes pieejas īstenošanu. Lai gan psihosociālā rehabilitācija un veselības aprūpe pēc būtības veido vienotu paliatīvās aprūpes struktūru, praksē abas komponentes darbojas paralēli viena otrai. Šāda situācija ierobežo koordinētu gadījumu vadību un vienota aprūpes plāna īstenošanu. Identificēti vairāki izaicinājumi, kas kavē bērnu paliatīvās aprūpes kā vienota pakalpojuma attīstību, t.sk. Pakalpojuma efektivitāti:

- **Reģionālā nevienlīdzība** – reģionos, kuros psihosociālās rehabilitācijas atbalsts tiek nodrošināts centralizēti, nevis ar lokālu komandu, biežāk novērojama novēlota vai ierobežota atbalsta sniegšana paliatīvās aprūpes pakalpojuma saņemšanas laikā, kas ir īpaši svarīga krīzes situācijās.

- **Fragmentēta sadarbība un informācijas aprīte** – veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas jomas bieži darbojas paralēli, kas rada informācijas aprītes trūkumu un nepilnīgu atbalstu ģimenei.
- **Atšķirīga speciālistu izpratne un nevienlīdzīgas kompetences bērnu paliatīvajā aprūpē** – apmācības par bērnu paliatīvo aprūpi veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas jomā netiek īstenotas pēc vienotiem standartiem.
- **Nepietiekama informācija ģimenēm** – trūkst vienotas, saprotamas informācijas par Pakalpojuma tvērumu, tostarp par psihosociālās rehabilitācijas saņemšanas nosacījumiem, kas rada mulsumu un kavē savlaicīgu palīdzības saņemšanu.
- **Nepietiekama ģimenes kā veseluma aptveršana** – brāļiem un māsām atbalsts brīžiem ir epizodisks, nesniedzot strukturētu pieeju viņu emocionālo vajadzību risināšanai.

Kopumā secināts, ka esošā sistēma ir funkcionējoša, taču sadrumstalota, un tai trūkst vienotas, koordinētas pieejas. Lai nodrošinātu pilnvērtīgu paliatīvo aprūpi bērniem un ģimenēm, nepieciešams stiprināt veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas integrāciju, reģionālo pieejamību, informācijas aprīti starp bērnu paliatīvas aprūpes speciālistiem, speciālistu profesionālo kapacitāti un kopīgu, vienotu izpratni par bērnu paliatīvās aprūpes būtību kā vienotu ietvaru, kā arī ģimeņu informētību par bērnu paliatīvo aprūpi.

## 1. Bērnu paliatīvā aprūpe un psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma ietvars Latvijā

**Bērnu paliatīvā aprūpe** ir aktīva, visaptveroša aprūpe bērniem ar progresējošām hroniskām slimībām, kuriem radikālas ārstēšanas iespējas ir izsmeltas<sup>2</sup>.

MK noteikumos Nr. 766 ir definēts: "Paliatīvajā aprūpē prioritāte ir sāpju un citu simptomu kontrole, kā arī ar to saistīto bērna un viņa ģimenes sociālo, psiholoģisko un garīgo problēmsituāciju pārvaldība<sup>3</sup>."

Atbilstoši PVO bērnu paliatīvās aprūpes definīcijai tā ir aktīva, vispārēja bērna ķermeņa, gara un dvēseles aprūpe, kas ietver arī atbalstu ģimenei<sup>4</sup>. Praktiski, tas nozīmē, ka paliatīvā aprūpe ietver **veselības aprūpes pakalpojumus** un **sociālos pakalpojumus**<sup>5</sup>. Sociālie pakalpojumi bērnu paliatīvajā aprūpē tiek definēti kā **psihosociālā rehabilitācija**, ņemot vērā, ka tā ietver gan psiholoģisko, gan sociālo komponenti. Psihosociālā rehabilitācija tiek nodrošināta gan bērnam, kurš atrodas paliatīvajā aprūpē, gan ar viņu vienā mājsaimniecībā dzīvojošajām personām, radniekiem un citām aprūpē iesaistītām personām<sup>6</sup>, ko nosaka Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības 13. pants<sup>7</sup>. Normatīvais regulējums paredz vienlīdzīgu bērnu paliatīvo aprūpi visā Latvijas teritorijā.

PVO vadlīnijās ir norādīts, ka bērnu paliatīvā aprūpe pēc būtības ir **holistiska**, un tieši šī pieeja tiek uzskatīta par aprūpes pamatu, nosakot gan aprūpes saturu, gan organizēšanas kārtību. To veido nevis pakalpojumu kopums, bet **vienots starpdisciplinārs process**. Aprūpei ir jāaptver visa bērna dzīves un slimības realitāte, tostarp, **fiziskā, emocionālā, psiholoģiskā, sociālā un garīgā** dimensija kā vienots atbalsta komplekss. PVO uzsver, ka ciešanas bērniem reti ir tikai medicīniska rakstura – tās izpaužas daudzos savstarpēji saistītos līmeņos, un tikai integrēta pieeja spēj tās pilnvērtīgi mazināt.

PVO vadlīnijās ir norādīts, ka **veselības aprūpe nevar pastāvēt atrauti no sociālā un garīgā atbalsta**, jo bērna slimība ietekmē visu ģimeni un bērna labsajūta ir cieši saistīta ar attiecībām, vidi, pieejamiem resursiem, stresa līmeni, vecāku spējām un emocionālo stāvokli. Šī vienotība atspoguļojas bērnu paliatīvās aprūpes speciālistu tvērumā, kurā iekļauti veselības aprūpes speciālisti, psihologi, sociālie darbinieki, garīgās aprūpes sniedzēji jeb kapelāni, un citi speciālisti pēc nepieciešamības. **PVO uzsver, ka veselības aprūpe pati par sevi nav pietiekama, ja tajā nav ietverts psihosociālais atbalsts, un ka psihosociālā atbalsta komanda nevar darboties neatkarīgi no veselības aprūpes komandas**, jo abiem aspektiem jābūt cieši sasaistītiem. Piemēram, sāpju un simptomu mazināšana ietver gan medikamentu pieejamību un zināšanas to lietošanā, gan praktiskus psiholoģiskus paņēmienus (piemēram, atbalstošu komunikāciju, vecāku klātbūtni), gan sociālo un garīgo atbalstu, kas stiprina bērna un viņa ģimenes locekļu emocionālo izturību.

<sup>2</sup> Nacionālais veselības dienests, 2019. gads, Ceļvedis. Paliatīvās aprūpes pakalpojumi bērniem un viņu ģimenēm (izgūts: 12.02.2026., pieejams: [vietne](#))

<sup>3</sup> MK noteikumi Nr. 766 (izgūts: 12.02.2026. pieejams: [vietne](#))

<sup>4</sup> BPAB, Bērnu paliatīvās aprūpes klīniskās vadlīnijas, 2012. gads (izgūts: 12.02.2026., pieejams: [vietne](#))

<sup>5</sup> Ministru kabinets, 20.02.2024., Paliatīvās aprūpes noteikumi (izgūts: 12.02.2026., pieejams: [vietne](#))

<sup>6</sup> BPAB, Bērnu paliatīvās aprūpes klīniskās vadlīnijas, 2012. gads (izgūts: 12.02.2026., pieejams: [vietne](#))

<sup>7</sup> Saeima, 31.10.2002., Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums (izgūts: 12.02.2026., pieejams: [vietne](#))

**Lai gan bērnu paliatīvā aprūpe, balstoties uz PVO vadlīnijām, ir holistisks pakalpojums, kas ietver savstarpēji integrētus starpdisciplinārus pakalpojumus, normatīvais ietvars to sadala divās daļās.** Veselības aprūpes pakalpojumi tiek organizēti, piešķirti un finansēti atbilstoši normatīvajiem aktiem par veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas kārtību, savukārt sociālie pakalpojumi un sociālā palīdzība – atbilstoši normatīvajiem aktiem par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību.

Bērnu paliatīvās aprūpes **veselības aprūpes pakalpojumus finansē Veselības ministrija** atbilstoši MK 2018. gada 28. augusta noteikumiem Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība"<sup>8</sup>. Šie pakalpojumi tiek nodrošināti bērniem, kas reģistrēti BKUS Paliatīvās aprūpes uzskaitē.

Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 13. panta pirmās daļas 12.punkts nosaka, ka valsts atbilstoši kārtējā gada budžeta līdzekļiem nodrošina, tostarp, **psihosociālo rehabilitāciju paliatīvajā aprūpē esošajiem bērniem un viņu ģimenes locekļiem**<sup>9</sup>. Nepieciešamības gadījumā Pakalpojuma saņemšana var tikt pagarināta līdz 24 gadu vecumam, ja Pakalpojums tika uzsākts pirms 18 gadu vecuma sasniegšanas. Kopš 2018. gada 1. janvāra valsts saskaņā ar Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 13. panta 2.<sup>1</sup> daļu ir deleģējusi uzdevumu BPAB nodrošināt Pakalpojumu<sup>10</sup>. Pakalpojums tiek sniegts atbilstoši MK noteikumiem Nr. 766<sup>11</sup>.

Paliatīvās aprūpes pakalpojumus ir tiesīgi saņemt tie bērni, kuriem ir ar ārstu konsīlija lēmumu noteikta paliatīvās aprūpes nepieciešamība un kuri ar likumisko pārstāvju piekrišanu ir uzņēmti ārstniecības iestādes (BKUS, LRS un DRS) paliatīvās aprūpes uzskaitē. Pašlaik tiek izdalītas **piecas mērķa grupas**<sup>12</sup>, kuras tiek uzņemtas paliatīvās aprūpes uzskaitē:

- **1. grupa** – dzīvību apdraudošs stāvoklis, kad ārstēšana ir iespējama, taču tā var būt arī nesekmīga, un bērnu paliatīvā aprūpe var būt nepieciešama līdztekus ārstēšanas pasākumiem;
- **2. grupa** – slimību gadījumi, kad iespējama ilgstoša, intensīva ārstēšana ar mērķi paildzināt bērna dzīvi, atļaujot viņam piedalīties normālās bērnu aktivitātēs, bet priekšlaicīga nāve ir joprojām iespējama;
- **3. grupa** – progresējošs slimības stāvoklis bez izārstēšanās iespējām (ārstēšana ir vienīgi paliatīva un parasti var ilgt daudzus gadus);
- **4. grupa** – neatgriezenisks, bet neprogresējošs stāvoklis, slimību gadījumos ar smagu neiroloģisku simptomātiku, kas var neparedzēti pasliktināties, izraisot komplikācijas un priekšlaicīgas nāves iespējamību;

<sup>8</sup> Valsts kanceleja, 18.09.2024., Par bērnu paliatīvās aprūpes normatīvo regulējumu (izgūts: 12.02.2026., pieejams: [vietne](#))

<sup>9</sup> Saeima, 31.10.2002., Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums (izgūts: 12.02.2026.; pieejams: [vietne](#))

<sup>10</sup> Līguma Tehniskā specifikācija

<sup>11</sup> MK noteikumi Nr. 766 (izgūts: 12.02.2026. pieejams: [vietne](#))

<sup>12</sup> BPAB sniegtā informācija

- **5.grupa** – nedzimuši bērni ar smagām veselības problēmām, kuri var neizdzīvot līdz piedzimšanai, jaundzimušie, kuri var izdzīvot tikai dažas stundas/dienas, jaundzimušie ar iedzimtām anomālijām, kas var apdraudēt dzīvībai svarīgās funkcijas, un jaundzimušie, kuriem piemērota intensīvā terapija, bet kuriem ir attīstījusies neizārstējama slimībai.

Paliatīvā aprūpe tiek nodrošināta gan uz vietas paliatīvās aprūpes speciālistu kabinetos, gan izbraukumos uz pacientu mājām, gan attālināti. Latvijā ir izveidoti **trīs bērnu paliatīvās aprūpes kabineti**<sup>13</sup> – BKUS, LRS un DRS:

- BKUS sniedz paliatīvo aprūpi sadarbībā ar BPAB Rīgas reģiona komandu;
- DRS sniedz paliatīvo aprūpi sadarbībā ar BPAB Rīgas reģiona komandu;
- LRS sniedz paliatīvo aprūpi sadarbībā ar BPAB Kurzemes reģiona komandu un biedrību "Dižvanagi"<sup>14</sup>.

**Bērnu paliatīvo aprūpi nodrošina starpdisciplināra komanda**, kuras sastāvā ir ārsts (pediatrs), medicīnas māsa, psihoterapeits, psihologs, sociālais darbinieks un kapelāns, kuri nodrošina paliatīvo aprūpi līdz pat bērna nāvei un ģimenei – sērošanas periodā (1. attēls).

### 1. attēls: Bērnu paliatīvās aprūpes komandas sastāvs



#### Ārsts (pediatrs), medicīnas māsa, psihoterapeits un psihologs

Nodrošina plānveidīgu un neatliekamu medicīnas atbalstu, sniedz psihologa un psihoterapeita konsultācijas bērnam un ģimenei.

#### Sociālais darbinieks un kapelāns

Sniedz psihosociālās rehabilitācijas atbalstu, nodrošinot gan plānveidīgu atbalstu, gan atbalstu krīzes brīžos.

Avots: KPMG veidots attēls, balstoties uz BPAB, 2012. gads, Bērnu paliatīvās aprūpes klīniskās vadlīnijas, [avots](#)

**Kapelāns un sociālais darbinieks veic darba pienākumus atbilstoši** Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumam, MK noteikumiem Nr. 766, kā arī Bērnu paliatīvās aprūpes klīniskajām vadlīnijām (vadlīniju reģistrēšanas datums un numurs Nacionālā veselības dienesta (NVD) datu bāzē: 15.05.2013. Nr. KV 04 – 2013)<sup>15</sup>. **Kapelānu mērķis** ir nodrošināt garīgo, t.sk., reliģisko aprūpi psihosociālās rehabilitācijas

<sup>13</sup> Paliatīvās aprūpes kabinets ir specializēta vieta ārstniecības iestādē, kurā starpdisciplināra speciālistu komanda sniedz atbalstu pacientiem ar neārstējamām, progresējošām slimībām.

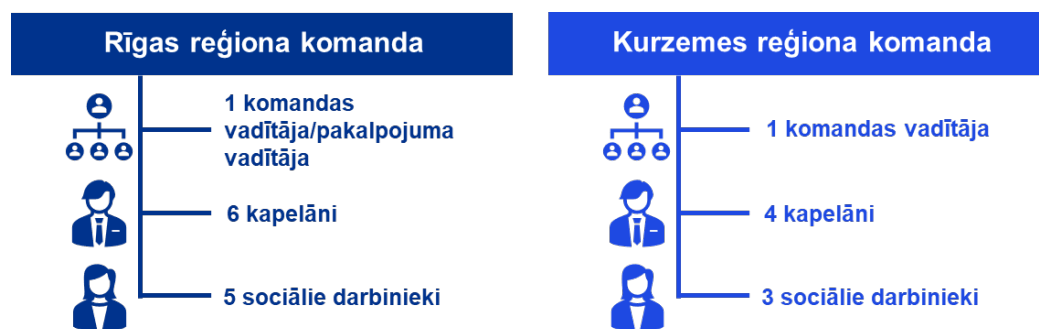
<sup>14</sup> BPAB, 2026.gads, Kur saņemt aprūpi (izgūts: 12.02.2026., pieejams: [vietne](#))

<sup>15</sup> Bērnu paliatīvās aprūpes klīniskās vadlīnijas, 2013.gads (izgūts:11.03.2026.; pieejams: [vietne](#))

pakalpojuma ietvaros paliatīvajā aprūpē esošiem bērniem un viņu ģimenes locekļiem<sup>16</sup>. **Sociālo darbinieku mērķis** ir nodrošināt profesionālu sociālā darba pakalpojumu, sniedzot informāciju, konsultācijas un psihoemocionālu atbalstu, lai risinātu un mazinātu klientu sociālās problēmas Pakalpojuma ietvaros paliatīvajā aprūpē esošiem bērniem un viņu ģimenes locekļiem<sup>17</sup>.

**Pakalpojuma speciālistu komandas** ir pieejamas Kurzemes reģionā un Rīgas reģionā, kas vienlaikus nodrošina Pakalpojumu Rīgas, Zemgales, Latgales un Vidzemes reģionos. BPAB personālu veido 20 speciālisti – 2 komandu vadītāji, 10 kapelāni un 8 sociālie darbinieki. Zemāk norādīts speciālistu sadalījums starp abām reģionālajām komandām (2. attēls).

## 2. attēls: BPAB speciālistu sadalījums pa komandām



Avots: BPAB sniegtā informācija

Zemāk (3. attēls) sniegts īss kopsavilkums par bērnu paliatīvās aprūpes sistēmu Latvijā. Sistēmā iesaistītas vairākas institūcijas un speciālisti, tādēļ kritiski nozīmīga ir nepārtraukta un precīza informācijas apmaiņa, savstarpējā koordinācija un darbības saskaņotība. Vienlaikus, ņemot vērā, ka paliatīvās aprūpes nodrošināšanā piedalās divas atbildīgās ministrijas, dažādu jomu profesionāļi, un to veido divas komponentes, īpaši svarīga ir vienota pieeja un koordinēta rīcība visos līmeņos. Tikai koordinēta un uz sadarbību vērsta sistēmas darbība ļauj nodrošināt bērnam vislabvēlīgāko iespējamo rezultātu un mazina emocionālo slodzi ģimenei jau tā sarežģītajā situācijā.

<sup>16</sup> Turpat

<sup>17</sup> Bērnu paliatīvās aprūpes klīniskās vadlīnijas, 2013.gads (izgūts:11.03.2026.; pieejams: [vietne](#))

### 3. attēls: Bērnu paliatīvās aprūpes sistēma Latvijā



Avots: KPMG veidots attēls, balstoties uz veikto analīzi

Vērtējot Latvijas bērnu paliatīvās aprūpes sistēmas struktūru, secināms, ka tiek ievērotas PVO vadlīnijas attiecībā uz Pakalpojuma nodrošināšanu bērniem un viņu ģimenēm, tomēr būtu nepieciešams pilnveidot starpinstitucionālo sadarbības un koordinēšanas mehānismus, lai nodrošinātu vienotāku, savlaicīgāku un ģimeņu vajadzībām labāk pielāgotu atbalstu. Lai gan paliatīvajā aprūpē esošie bērni un viņu ģimenes pakalpojumu saņem kā vienotu veselumu, tomēr sistēmiskā līmenī bērnu paliatīvā aprūpes sistēma darbojas kā divas paralēlas komponentes. Normatīvais ietvars sadala bērnu paliatīvo aprūpi divās atsevišķās sistēmās – veselības aprūpē un psihosociālajā rehabilitācijā – ar dažādiem finansēšanas mehānismiem, atšķirīgiem pārvaldības principiem un dažādu institūciju komandām. Rezultātā bērnu paliatīvās aprūpe pastāv kā vienota sistēma tikai formāli, un praksē starpdisciplināra komanda funkcionē kā vienots atsevišķu komponentu kopums. Vienlaikus trūkst vienlīdzīga un visaptveroša bērnu paliatīvās aprūpes pieejamība visos Latvijas reģionos. Šobrīd Latvijā ir tikai trīs veselības aprūpes speciālistu komandas un trīs psihosociālās rehabilitācijas komandas, kas samazina speciālistu reaģēšanas ātrumu krīzes situācijās. Abas bērnu paliatīvās aprūpes komponentes funkcionē savstarpēji nepietiekami integrēti, kas būtiski ierobežo iespēju nodrošināt vienotu, koordinētu un vadlīnijās balstītu bērnu paliatīvās aprūpi.

## 2. Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanas un organizēšanas kārtība

Latvijā Pakalpojuma organizēšana balstās uz skaidri definētu procesu, kurā līdzdarbojas ārstniecības iestādes, BPAB un bērna likumiskie pārstāvji un ģimenes locekļi. Pakalpojuma uzsākšana un norise ir strukturēta atbilstoši MK noteikumiem Nr.766 un Deleģējuma līgumam.

Pakalpojuma nodrošināšanas nosacījumi paredz, ka bērnu paliatīvās aprūpes process **sākas brīdī, kad BKUS ārstu konsīlijs pieņem lēmumu par paliatīvās aprūpes nepieciešamību bērniem**, ņemot vērā slimības smagumu un dzīvildzi ierobežojošo raksturu. Šajā posmā bērns tiek uzņemts paliatīvās aprūpes uzskaitē, kas viņam nodrošina piekļuvi bērnu paliatīvās aprūpes pakalpojumu grozam, t.sk., psihosociālajai rehabilitācijai.

Paliatīvās aprūpes kabineta veselības aprūpes personāls ir pirmie speciālisti, **kas informē vecākus par Pakalpojuma saturu un starpdisciplināras komandas iesaisti**, kā arī nodrošina informāciju par Pakalpojuma saņemšanas kārtību. Lai saņemtu Pakalpojumu vecākiem ir jānodod piekrišana tā saņemšanai, un tikai pēc tās BPAB un ģimene paraksta vienošanos par Pakalpojuma saņemšanu. Pakalpojumu ir tiesīgi saņemt gan paliatīvajā aprūpē esošie bērni, gan ar viņu vienā māsaimniecībā dzīvojošie ģimenes locekļi<sup>18</sup>. MK noteikumu Nr. 766. 17.2<sup>1</sup> punktā<sup>19</sup> ir atrunāta kārtība par Pakalpojuma nodrošināšanu bērnam un viņa ģimenes locekļiem.

Lai gan informācija par bērnu paliatīvās aprūpi, t.sk., informācija par Pakalpojumu, ģimenēm tiek sniegta jau brīdī, kad BKUS ārstu konsīlijs pieņem lēmumu par paliatīvās aprūpes nepieciešamību, vecāki šajā situācijā bieži atrodas akūtas emocionālās krīzes stāvoklī. Bērna slimības smaguma un dzīvildzi ierobežojoša rakstura dēļ konsīlija lēmuma paziņošana kļūst par vienu no psiholoģiski sarežģītākajiem punktiem visā ārstēšanas procesā. Vecāki šajā brīdī nereti piedzīvo šoku, baiļu pastiprināšanos, eksistenciālas raizes un informācijas pārslodzi, kas būtiski samazina viņu spēju pilnvērtīgi uztvert un apstrādāt sniegto informāciju.<sup>20</sup>

Efektīvai bērnu paliatīvās aprūpes nodrošināšanai starpdisciplināras komandas speciālistu iesaiste lēmuma paziņošanā ir būtiska, **jo tie spēj nodrošināt tūlītēju emocionālo un psihosociālo atbalstu**. Sociālie darbinieki un kapelāni ir apmācīti atpazīt krīzes reakcijas, nodrošināt emocionālu drošību un sniegt tūlītēju atbalstu, kas vecākiem šajā brīdī ir kritiski svarīgi. Tas savukārt nozīmē, ka bērnu paliatīvajai aprūpei būtu jābūt kā vienoti integrētam atbalsta kopumam, kas ģimenēm ir pieejams nekavējoties pēc bērna uzņemšanas paliatīvās aprūpes uzskaitē. Ja ģimene jau lēmuma paziņošanas brīdī sastop speciālistus, kas turpmāk būs iesaistīti viņu ikdienas atbalstā, tiek radīta sajūta par komandas vienotību, rūpēm un paliatīvās aprūpes, t.sk. psihosociālās rehabilitācijas, nepārtrauktību. Tas palīdz veicināt uzticības veidošanos starp ģimeni un starpdisciplināro komandu, kā arī palielina kopējo uzticību valsts finansētajai bērnu paliatīvajai aprūpei un tās atbalsta saturam.

<sup>18</sup> 31.10.2002. Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums (izgūts: 12.02.2026., pieejams: [vietne](https://likumi.lv/ta/id/68488-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-likums))  
<https://likumi.lv/ta/id/68488-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-likums>

<sup>19</sup> MK noteikumi Nr. 766 (izgūts: 12.02.2026. pieejams: [vietne](#))

<sup>20</sup> Autoru veiktās intervijas (06.01.2026. - 21.01.2026.)

## Pakalpojuma saturs

Pakalpojuma ietvaros tiek nodrošinātas **gan klātienēs, gan attālinātās konsultācijas**. Lai sniegtu klātienēs konsultācijas, BPAB speciālisti brauc uz kādu no paliatīvās aprūpes kabinetiem, kā arī dodas klātienē uz Pakalpojuma saņēmēju dzīvesvietu. Attālinātās konsultācijas tiek sniegtas, izmantojot gan telefonsarunas, īsziņas, gan dažādas saziņas platformas, piemēram *WhatsApp* un *Zoom platformu*.

Atbalsts ir pieejams **24 stundas diennaktī, septiņas dienas nedēļā**, nodrošinot atbalstu krīzes situācijās. Lai to nodrošinātu, BPAB darbiniekiem ir izstrādāts dežūru grafiks (sociālajiem darbiniekiem un kapelāniem), kuri vajadzības gadījumā steidzas pie Pakalpojuma saņēmējiem uz mājām vai nodrošina Pakalpojuma sniegšanu attālināti.

Pakalpojuma ietvaros ir pieejams **šāds atbalsts**<sup>21</sup>:

- informatīva un praktiska palīdzība, lai nodrošinātu pieejamo sociālo pakalpojumu piešķiršanu (nodrošina sociālais darbinieks);
- individuālas un kopīgas ģimenes konsultācijas bez laika ierobežojuma, lai nodrošinātu psiholoģisko un garīgo atbalstu (nodrošina kapelāns un sociālais darbinieks);
- atbalsta grupas vecākiem, kuras tiek organizētas kā 10 nodarbību cikls;
- atbalsts sērošanas periodā, t.i., atbalsta grupas sērojošām ģimenēm un līdz 25 individuālajām konsultācijām 24 mēnešu laikā pēc bērna nāves.

Papildus iepriekš minētajam, BPAB organizē arī **ikgadējus ģimeņu pasākumus**, kuros bērnu paliatīvajā aprūpē esošie bērni un viņu ģimenes locekļi var satikties un socializēties. **Šo pasākumu organizēšana notiek ārpus Deleģējuma līguma ietvariem** un BPAB nodrošina atsevišķu vienošanos ar vecākiem par dalību šajos pasākumos. Pasākumi tiek īstenoti sadarbībā ar citām organizācijām, tostarp reliģiskajām organizācijām.

Lai gan šādas aktivitātes ir BPAB papildu iniciatīva, lai atbalstītu bērnu paliatīvajā aprūpē esošos bērnus un viņu ģimenes, intervētās personas tās vērtē divejādi. Tiek minēts, ka pasākumi bijuši noderīgi, tomēr ģimenēm nav bijis skaidrs, vai pasākumu organizē BPAB vai konkrētā reliģiskā organizācija. Vienlaikus tie pasākumi, kas organizēti baznīcās, ģimenēm var radīt šaubas par ētiskumu un organizēto pasākumu atbilstību mērķauditorijai. Piemēram, var minēt kādas ģimenes pieredzi Ziemassvētku pasākumā, kur bērniem tika pasniegtas dāvanas, kas sastāvēja no reliģiskās organizācijas informatīvajiem materiāliem. Ģimene norādīja, ka jutās apjukusi, kāpēc dāvanas negatavoja BPAB un kāpēc iepriekš netika noskaidrotas bērnu vajadzības, jo ne visas dāvanas bija piemērotas paliatīvajā aprūpē esošajiem bērniem<sup>22</sup>. Pasākumu

<sup>21</sup> MK noteikumi Nr. 766 (izgūts: 30.01.2026. pieejams: [vietne](#)); 01.2026. veiktās intervijas

<sup>22</sup> Autoru veiktās intervijas (06.01.2026. - 21.01.2026.)

dalībniekiem tiek sniegta informācija, kas nav tieši saistīta ar Pakalpojumu, par kuru BPAB ir noslēgusi vienošanos ar ģimenēm.

Saskaņā ar KPMG veikto analīzi secināms, ka situācijās, kad BPAB loma iziet ārpus deleģētā Pakalpojuma ietvariem, ir būtiski skaidri nodalīt obligāti sniedzamo atbalstu no papildu aktivitātēm, kas nav tieši saistītas ar Pakalpojumu. Pamatojoties uz intervijām ar ģimenēm, secināms, ka robežu trūkums var radīt ģimenēm apjukumu un neskaidrību par saņemamo Pakalpojumu vai radīt nepareizu priekšstatu par Pakalpojumu, īpaši, ja informācijas trūkuma dēļ ģimenes pieņem, ka aktivitātes tiek finansētas no BPAB piešķirtā finansējuma Deleģējuma līguma ietvaros. Ilgtermiņā tas var negatīvi ietekmēt klientu viedokli par Pakalpojuma sniedzēju. Riska novēršanai ieteicams BPAB papildu aktivitātes skaidri nodalīt no Pakalpojuma, kā arī saprotamāk komunicēt ģimenēm jau esošo atsevišķās piekrišanas kārtību informācijas saņemšanai par biedrības rīkotajām iniciatīvām.

Pakalpojuma sniegšana ir jāuzsāk nekavējoties, taču **ne vēlāk kā trīs darba dienu laikā** pēc tam, kad BPAB ir saņēmusi informāciju par bērna uzņemšanu ārstniecības iestādes paliatīvās aprūpes kabinetā. Šajā periodā BPAB ir jāpieņem lēmums par Pakalpojuma piešķiršanu bērniem un viņa ģimenes locekļiem, jānodrošina vienošanās noslēgšana ar ģimeni, jānorīko kapelāns un sociālais darbinieks, kas iesaistīsies starpdisciplinārās komandas darbā, kā arī jāinformē starpdisciplinārās komandas vadītājs un ģimene par Pakalpojuma sniegšanas uzsākšanu<sup>23</sup>. Konkrētam gadījumam piesaistītais sociālais darbinieks un kapelāns organizē tikšanos ar ģimeni, kurā iepazīstina ar Pakalpojumu un sadarbības formātu. Uz pirmo tikšanās reizi dodas ne vairāk kā 3 speciālisti, lai neradītu papildu emocionālo slogu ģimenēm. Ja ģimene šim formātam un Pakalpojumam piekrīt – tiek noslēgta vienošanās ar ģimeni, un noteikti sociālā darbinieka un kapelāna uzdevumi bērna individuālajā aprūpes plānā<sup>24</sup>. Ģimene Pakalpojumu var saņemt tik ilgi kamēr tā ir paliatīvās aprūpes uzskaitē, taču vienlaikus tā patur tiesības pārtraukt Pakalpojuma līgumu, neskatoties uz to, ka vēl joprojām atrodas paliatīvās aprūpes uzskaitē. Vienošanās tiek noslēgta uz viena gada periodu. Intervijās secināts, ka šāds ierobežojums ir izveidots, lai izvairītos no situācijām, kurās ir noslēgts līgums, taču ģimene vairs nav sasniedzama vai Pakalpojums vairs nav aktuāls.

Katrai ģimenei ir noteikti konkrēti speciālisti, tādējādi veicinot drošības sajūtas veidošanos un uzticību Pakalpojuma sniedzējiem. Intervijās secināts, ka ģimenes pašas var izvēlēties vai ciešāku kontaktu veidot ar konkrēto kapelānu vai sociālo darbinieku, taču atsevišķos gadījumos – ģimenei nav bijis viena konkrēta kapelāna un katrā konsultācijas reizē ir bijusi piesaistīta cita persona. Ģimenes to vērtē atšķirīgi – daļai šāda pieeja nav traucējoša, taču daļa to uzsver kā vienu no Pakalpojuma trūkumiem. BPAB speciālisti veic gan plānveida vizītes bērna dzīvesvietā, gan sniedz atbalstu krīzes situācijās.<sup>25</sup>

BPAB speciālisti **veido vairākus atbalsta plānus**<sup>26</sup>:

- **individuālais ģimenes aprūpes plāns**, kuru veido BPAB komanda, satur informāciju un izvērtējumu par Pakalpojuma saņēmēju, viņa fizisko, psihosociālo,

<sup>23</sup> MK noteikumi Nr. 766 (izgūts: 12.02.2026. pieejams: [vietne](#))

<sup>24</sup> Turpat

<sup>25</sup> Autoru veiktās intervijas (06.01.2026. - 21.01.2026.)

<sup>26</sup> BPAB sniegtā informācija

garīgo un psiholoģisko stāvokli, veikto intervenci un plānu mērķa sasniegšanai, kā arī gadījumam piesaistītajiem speciālistiem;

- **garīgās aprūpes plāns**, kuru veido kapelāns, satur informāciju par Pakalpojuma saņēmēju, vizītes iemeslu, situācijas izvērtēšanu, aprūpes panākto efektu ar bērnu un ģimeni un vienlaikus garīgās aprūpes plānā tiek norādīts vai aprūpe tiek turpināta un cik bieži, kā arī norādītas nepieciešamās intervences;
- **sociālās rehabilitācijas plāns**, kuru veido sociālais darbinieks, satur informāciju par Pakalpojuma saņēmēju, sociālās rehabilitācijas mērķi, veicamajiem uzdevumiem, sociālās rehabilitācijas novērtējumu un rezultātu.

KPMG secinājumi norāda, ka, lai gan tiek izstrādāti vairāki detalizēti plāni par katru konkrēto gadījumu, trūkst vienota aprūpes plāna starp visiem bērnu paliatīvajā aprūpē iesaistītajiem starpdisciplinārās komandas speciālistiem. Vienlaikus nav ieviests vienots informācijas apmaiņas mehānisms - izņēmums ir Kurzemes reģiona bērnu paliatīvās aprūpes komanda, kurai ir izveidots un praksē ieviests vienots aprūpes plāns. Intervijās Kurzemes reģiona BPAB komandas speciālisti norāda, ka šāds sadarbības modelis ir veiksmīgs un veicina efektīvāku sadarbību, kā arī kopējā mērķa sasniegšanu – atbalsta sniegšanu paliatīvajā aprūpē esošajiem bērniem un viņu ģimenēm.

Sociālie darbinieki un kapelāni katru mēnesi sniedz atskaites par veiktajām klātienē un attālinātajām konsultācijām, no kā BPAB veido kopējo atskaiti par sniegtā Pakalpojuma apmēru. Gada beigās tiek veidots pārskats par Pakalpojuma saņēmēju skaitu, t.sk., paliatīvajā aprūpē esošajiem bērniem un viņu ģimenes locekļiem, saņemto atbalsta veidu un skaitu, tostarp, reģionālā griezumā. Lai nodrošinātu Pakalpojuma kvalitātes uzlabošanu, BPAB reizi divos gados veic ģimeņu apmierinātības aptauju, kurā iekļauti jautājumi par speciālistu darba kvalitāti un ģimeņu pašvērtējumu par savas dzīves kvalitāti. Aptauja ir veidota par bērnu paliatīvo aprūpi (gan veselības aprūpi, gan psihosociālo rehabilitāciju). Kopumā 2024. gadā ģimenes speciālistu atbalstu vērtē kā ļoti labu vai labu<sup>27</sup>. 2024. gada aptaujā secināts, ka ir pieaudzis to ģimeņu skaits, kas saņem sociālo darbinieku un kapelānu atbalstu<sup>28</sup>.

## 2.1. **Sadarbība psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanas nodrošināšanā**

Bērnu paliatīvo aprūpi veido divas komponentes – veselības aprūpes un psihosociālā komponente – abām esot vienlīdz svarīgām. Praksē šīs komponentes nodrošina BKUS, LRS, DRS un BPAB, kā arī biedrība "Dižvanagi". Katru rītu BKUS un BPAB speciālistiem notiek iekšējās sanāksmes Zoom platformā, lai pārrunātu būtiskākās bērnu un ģimeņu vajadzības. LRS un BPAB speciālisti organizē regulāras iekšējās sanāksmes, savukārt DRS un BPAB speciālisti vēl nav uzsākuši aktīvu sadarbību, ņemot vērā ka paliatīvās aprūpes kabinets DRS ir nesen izveidots. Kurzemes reģiona komanda (LRS un BPAB Kurzemes reģiona speciālisti) tiek uzskatīti par labās prakses piemēru speciālistu savstarpējā komunikācijā un sadarbībā efektīvas bērnu paliatīvās aprūpes

<sup>27</sup> BPAB sniegtā informācija

<sup>28</sup> Turpat

nodrošināšanā. Komandā izstrādātais vienotais individuālais ģimenes aprūpes plāns uzlabo savstarpējo koordināciju.

Lai gan ikdienā regulāri notiek iekšējās sanāksmes, abu komponentu bērnu paliatīvās aprūpes komandas speciālisti norāda, **ka trūkst pilnvērtīgas informācijas par kopējo bērnu stāvokli**, tādējādi, vecākiem atkārtoti ir jāsniedz informācija, kura jau vienreiz ir pārrunāta. Pakalpojumam balstoties uz PVO vadlīnijām un holistisko pieeju bērnu paliatīvajā aprūpē būtu jābūt kā vienotam veselumam, kas centrēts uz bērna un ģimenes labsajūtu. Vienlaikus būtu **jābūt nodrošinātai drošai, brīvai un nepārtrauktai informācijas apmaiņai, kas šobrīd netiek veikta**. Iekšējo sadarbības mehānismu trūkumi, rada plaisas paliatīvās aprūpes nodrošināšanā un mazina paliatīvās aprūpes atbalsta saņēmēju uzticību pakalpojumam sniedzējam. Pašlaik BKUS strādā pie visu bērnu paliatīvajā aprūpē iesaistīto pušu (BKUS, LRS, DRS, BPAB) vienotas informācijas apmaiņas veikšanas vienotā sistēmā – *Andromed* portālā, kas potenciāli varētu daļēji atrisināt problēmu, taču vēl joprojām ir vērojama bērnu paliatīvajā aprūpē iesaistīto speciālistu neizpratne par konkrētiem nepieciešamajiem datiem, kas būtu izmantojami efektīvai bērnu paliatīvās aprūpes nodrošināšanai. Tāpat vērojams izpratnes trūkums par konfidencialas informācijas apmaiņas iespējām.

**Gan intervijās, gan fokusa grupās secināts, ka holistiskās pieejas nodrošināšanai praksē pastāv zināmi izaicinājumi. Praksē Pakalpojums un veselības aprūpe tiek sniegti kā divi atsevišķi pakalpojumi, nenodrošinot vienotu bērnu paliatīvās aprūpes sistēmu.** Pašreizējā starpinstitūciju sadarbībā ir trūkumi un tā lielākoties tiek īstenota formāli, mazinot uz ģimeni centrētu, visaptverošu pieeju bērnu paliatīvās aprūpes nodrošināšanā. To apliecina arī fakts, ka Pakalpojuma uzsākšanai nepieciešams noslēgt papildu vienošanos ar BPAB. Lai gan BPAB norāda, ka vienošanās palīdz precizēt pušu pienākumus un atbildības, praksē tā rada neskaidrības vecākiem. Daļa vecāku intervijās norāda, ka, neskatoties uz vienošanās esamību, tāpat trūkst izpratnes par pieejamo Pakalpojumu tvērumu.<sup>29</sup> Pašreizējā pieeja rada situāciju, kurā, uzņemot bērnu paliatīvās aprūpes uzskaitē, primāri tiek nodrošināta veselības aprūpe. **Tikai pēc vienošanās ar BPAB noslēgšanas vecāki iegūst pilnu bērnu paliatīvo aprūpi.** Ņemot vērā, ka vecāki šajā posmā bieži piedzīvo augstu emocionālo slodzi un neziņu, kapelāna un sociālā darbinieka nepieejamība uzreiz pēc paliatīvās aprūpes uzsākšanas bez papildu birokrātijas samazina aprūpes efektivitāti, palēnina reaģēšanu un negatīvi ietekmē vecāku kopējo pieredzi bērnu paliatīvajā aprūpē. Vienā no intervijām ar ģimenēm secināts, ka papildu vienošanās ar BPAB rada apjukumu un neskaidrību par bērnu paliatīvās aprūpes pieejamību. Bērnu paliatīvajai aprūpei pēc savas būtības ir jābūt nepārtrauktai un pieejamai arī stabilos slimības periodos, taču pašreizējā pieeja to nenodrošina, ņemot vērā, ka līgums ar BPAB tiek noslēgts tikai uz gadu un ģimenes var lemt neslēgt atkārtoti līgumu, ja stāvoklis ir kļuvis stabils.

**Paliatīvajā aprūpē nenotiek vienota gadījumu koordinēšana.** Intervijās secināts, ka Pakalpojuma saņēmējiem ir katra speciālista individuālie kontakti un ģimene pati izvēlas, kam zvanīt.<sup>30</sup> Tomēr krīzes situācijās vecāki ne vienmēr spēj precīzi novērtēt, kurš speciālists konkrētajā brīdī būtu nepieciešams un vai vajadzīgs arī atbalsts krīzes seku mazināšanai. Intervijās secināts, ka speciālisti, saņemot ģimeņu zvanus, paši izvērtē, vai nepieciešama otras puses iesaiste (veselības aprūpes vai psihosociālās rehabilitācijas), tomēr, ņemot vērā vizīšu ilguma atšķirības, katras komponentes speciālisti lielākoties

<sup>29</sup> Autoru veiktās intervijas (06.01.2026. - 21.01.2026.)

<sup>30</sup> Turpat

savstarpēji nesaskaņo izbraukumus un pie ģimenēm dodas atsevišķi.<sup>31</sup> **Vienota koordinēšana varētu būtiski uzlabot reaģēšanas ātrumu un veicināt veselības aprūpes un Pakalpojuma integrētu darbību.** Ņemot vērā, ka speciālistu atrašanās vietas un transporta līdzekļi ir dažādi, ārstniecības personāls, piemēram, var doties prom ātrāk, kamēr kapelāns vai sociālais darbinieks turpina darbu ar ģimeni.

### Sadarbības organizēšana ar citiem pakalpojumu sniedzējiem

Veidu, kā organizēt Pakalpojumu, nosaka MK noteikumi Nr. 766<sup>32</sup>, kuros tostarp ir noteikts, ka BPAB Pakalpojuma nodrošināšanā sadarbojas ar valsts un pašvaldību institūcijām, pašvaldību sociālajiem dienestiem un nevalstiskajām organizācijām. Tomēr normatīvais regulējums šajā jomā tieši neuzliek pienākumu **BPAB obligāti piesaistīt citus pakalpojumu sniedzējus, kā arī neparedz automātisku publisko iepirkumu procedūru piemērošanu pakalpojuma nodrošināšanai**, ja pakalpojumu īsteno deleģētais izpildītājs. Vienlaikus normatīvais ietvars nosaka **pienākumu nodrošināt Pakalpojuma pieejamību visā valsts teritorijā un racionāli izmantot piešķirtās tiesības** un resursus, lai sasniegtu deleģētā uzdevuma mērķi.

Izvērtējot BPAB līdzšinējo praksi, konstatējams, ka sadarbība ar ārēju nevalstisko organizāciju Kurzemes reģionā ir izveidota tikai ar biedrību "Dižvanagi", kas ir reģistrēta sociālo pakalpojumu sniedzēju un ārstniecības iestāžu reģistrā. Vienlaikus sadarbība ar biedrību nav saistīta ar psihosociālās rehabilitācijas Pakalpojuma nodrošināšanu Deleģējuma līguma ietvaros, bet galvenokārt attiecas uz telpu nodrošināšanu un papildu aktivitāšu īstenošanu ģimeņu atbalstam ārpus Pakalpojuma ietvara. Pārējos Latvijas reģionos Pakalpojums tiek nodrošināts centralizēti, balstoties uz pašas BPAB speciālistu resursiem. Lai gan šāda pieeja praksē šobrīd ļauj nodrošināt Pakalpojuma nepārtrauktību un nav konstatējams speciālistu trūkums, teritorijas ziņā reģionālo komandu trūkums rada potenciālus riskus Pakalpojuma ilgtspējai un atbalsta savlaicīgumam ģimenēm, kuras dzīvo attālāk no reģionālo komandu atrašanās vietām.

Jāņem vērā, ka bērnu paliatīvās aprūpes jomā psihosociālās rehabilitācijas atbalsts bieži ir nepieciešams steidzami, regulāri un ilgstoši. **Esošajā reģionālajā pārklājumā Pakalpojuma sniegšana ģimeņu dzīvesvietā var radīt būtisku laika un resursu slogu gan Pakalpojuma sniedzējiem, gan pašām ģimenēm.** Šādos apstākļos vietējo sadarbības partneru iesaiste var kalpot kā būtisks instruments Pakalpojuma pieejamības uzlabošanai, vienlaikus nemazinot BPAB centrālo lomu deleģētā uzdevuma izpildē. Sadarbības paplašināšana ar reģionālajām nevalstiskajām organizācijām vai citiem atbilstošiem pakalpojumu sniedzējiem ļautu efektīvāk reaģēt uz pieprasījuma svārstībām, mazinātu atkarību no ierobežota speciālistu loka un stiprinātu vietējo atbalsta tīklu ģimenēm, kurām nepieciešama akūta Pakalpojuma pieejamība.

**Sadarbības iespējas ar citiem pakalpojumu sniedzējiem regulāri tiek identificētas un analizētas**, taču pieņemts lēmums tās neīstenot, ņemot vērā citu iesaistīto pušu kompetenču trūkumu un zemo iesaistes motivāciju. Sadarbības iespēju identificēšana un iniciēšana atbilst labas pārvaldības principam un ļauj secināt, ka BPAB izmanto tai piešķirtās tiesības apzināti un mērķtiecīgi.

<sup>31</sup> Turpat

<sup>32</sup> MK noteikumi Nr. 766 (izgūts: 12.02.2026. pieejams: [vietne](#))

Vienlaikus būtiski minēt, ka Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 17. pantā<sup>33</sup> ir noteikts, ka likumā noteiktos pakalpojumus, tostarp, psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu, var nodrošināt tikai tie sociālo pakalpojumu sniedzēji, kuru darbība ir reģistrēta sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā, kas potenciāli var ietekmēt iespējamo sadarbības partneru skaitu.

Vienlaikus jānorāda, ka sadarbības paplašināšanas jautājums Pakalpojuma nodrošināšanai šobrīd nav uzskatāms par akūtu. Nav konstatēts būtisks Pakalpojuma pieprasījuma pārsniegums ārpus BPAB esošās kapacitātes, kā arī bērnu paliatīvās aprūpes gadījumu skaits attālākos Latvijas reģionos ir salīdzinoši neliels. Tas ļauj secināt, ka pašreizējais Pakalpojuma nodrošināšanas modelis funkcionē pietiekami efektīvi un nerada tūlītējus riskus Pakalpojuma pieejamībai vai kvalitātei. Tomēr, ņemot vērā Pakalpojuma specifiku, tā ilgtermiņa raksturu un iespējamās situācijas, kurās pieprasījums vai cilvēkresursu pieejamība var mainīties, sadarbības iespēju izvērtēšana un potenciālo partneru identificēšana reģionos ir uzskatāma par preventīvu pasākumu, nevis neatliekamu nepieciešamību. Šāda pieeja atbilst labas pārvaldības principiem un nodrošina gatavību reaģēt uz izmaiņām, saglabājot Pakalpojuma nepārtrauktību un atbalstu ģimenēm visā valsts teritorijā.

## 2.2. Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma apjoma un pieejamības izvērtējums

Kopumā 2025. gadā Pakalpojums tika sniegts 405 bērniem, 1 127 bērnu ģimenes locekļiem un 15 sērojošām ģimenēm. Paliatīvajā aprūpē esošo bērnu skaits, kas saņem BPAB nodrošināto Pakalpojumu, Latvijas reģionos laika periodā no 2022. līdz 2025. gadam ir bijis samērā stabils. Lielākais Pakalpojumu saņēmēju īpatsvars ir Rīgas un Kurzemes reģionos, kuros ir izveidotas Pakalpojuma sniegšanas komandas. Vienlaikus būtiski minēt, ka Kurzemes reģiona datus ir iekļauti bērni, kuru problemātika nav pilnībā atbilstoša bērnu paliatīvās aprūpes definētajām mērķa grupām. Kurzemes reģionā Pakalpojumu 2025. gadā saņēmuši 183 bērni, kas veido 46% no kopskaita. Rīgas reģionā Pakalpojumu saņēmuši 125 bērni, un šis skaits, salīdzinot ar 2022. gadu, ir pieaudzis par 28%. Kopumā Pakalpojumu saņēmušo bērnu skaits no 2022. gada līdz 2025. gadam ir pieaudzis par 16% (no 348 uz 405 bērniem) (2.tabula).

<sup>33</sup> 31.10.2002. Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums (izgūts: izgūts: 12.02.2026., pieejams: [vietne](#))

**2. tabula: Bērnu skaits paliatīvajā aprūpē, kuri saņem psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu - statistika reģionālā griezumā (2022.-2025.gads)**

| Reģions     | 2022       | 2023       | 2024       | 2025       | Izmaiņas (2022.-2025.) | Izmaiņas, % (2022.-2025.) | Īpatsvars 2022 | Īpatsvars 2023 | Īpatsvars 2024 | Īpatsvars 2025 |
|-------------|------------|------------|------------|------------|------------------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Kurzeme     | 166        | 181        | 185        | 183        | 17                     | 10%                       | 48%            | 48%            | 45%            | 45%            |
| Rīga        | 98         | 108        | 129        | 125        | 27                     | 28%                       | 28%            | 29%            | 31%            | 31%            |
| Zemgale     | 30         | 33         | 36         | 37         | 7                      | 23%                       | 9%             | 9%             | 9%             | 9%             |
| Vidzeme     | 31         | 30         | 35         | 33         | 2                      | 6%                        | 9%             | 8%             | 9%             | 8%             |
| Latgale     | 23         | 24         | 25         | 27         | 4                      | 17%                       | 7%             | 6%             | 6%             | 7%             |
| <b>Kopā</b> | <b>348</b> | <b>376</b> | <b>410</b> | <b>405</b> | <b>57</b>              | <b>16%</b>                | <b>100%</b>    | <b>100%</b>    | <b>100%</b>    | <b>100%</b>    |

Piebilde: ar zilu marķējumu ir izcelts augstākais īpatsvars vai lielākās īpatsvara procentuālās izmaiņas.  
Avots: BPAB sniegtā informācija

BPAB sniegtais Pakalpojums ir pieejams gan klātienē BPAB telpās un Pakalpojumu saņēmēju dzīvesvietā, gan attālināti. BPAB speciālisti 2025. gadā kopā snieguši 1 855 konsultācijas BPAB nodrošinātajās telpās un veikuši 1 515 izbraukumus pie Pakalpojuma saņēmējiem – viņu dzīvesvietās.

Laika posmā no 2022. līdz 2025. gadam psihosociālās rehabilitācijas speciālistu **izbraukumu skaits uz Pakalpojuma saņēmēju dzīvesvietām audzis par 41,19%** (no 1 073 izbraukumiem 2024. gadā līdz 1 515 izbraukumiem 2025. gadā). Attālinātais psihosociālās rehabilitācijas atbalsts veido būtisku sniegtā Pakalpojuma daļu, pērn BPAB speciālistiem nodrošinot 2 330 tālaprūpes<sup>34</sup> konsultācijas un 6 612 telefonkonsultācijas.

Jāatzīmē, ka Kurzemes reģionā ir augsts izbraukumu īpatsvars. 2025. gadā no kopējiem 1 515 izbraukumiem 858 veikti tieši Kurzemes reģionā, veidojot 57% no visiem izbraukumiem. Izbraukumu skaita īpatsvars reģionos no 2022. līdz 2025. gadam ir bez būtiskām izmaiņām. Lielākais izbraukumu skaita pieaugums ir vērojams Zemgales reģionā, kur izbraukumu skaits no 2022. līdz 2025. gadam ir palielinājies aptuveni divas reizes (3. tabula).

<sup>34</sup>Tālaprūpe - psihosociālās rehabilitācijas pakalpojums izmantojot informācijas tehnoloģijas saziņai pēc vecāku izvēles. (Izgūts no: BPAB sniegtā informācija).

### 3. tabula: Speciālistu izbraukumu skaits pie psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma saņēmējiem dzīvesvietā

| Reģions     | 2022         | 2023         | 2024         | 2025         | Izmaiņas (2022.-2025.) | Izmaiņas, % (2022.-2025.) | Īpatsvars 2022 | Īpatsvars 2023 | Īpatsvars 2024 | Īpatsvars 2025 |
|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Kurzeme     | 615          | 660          | 629          | 858          | 243                    | 40%                       | 57%            | 56%            | 48%            | 57%            |
| Rīga        | 280          | 314          | 397          | 345          | 65                     | 23%                       | 26%            | 26%            | 30%            | 23%            |
| Zemgale     | 83           | 96           | 139          | 167          | 84                     | 101%                      | 8%             | 8%             | 11%            | 11%            |
| Vidzeme     | 57           | 90           | 116          | 93           | 36                     | 63%                       | 5%             | 8%             | 9%             | 6%             |
| Latgale     | 38           | 28           | 40           | 52           | 14                     | 37%                       | 4%             | 2%             | 3%             | 3%             |
| <b>Kopā</b> | <b>1 073</b> | <b>1 188</b> | <b>1 321</b> | <b>1 515</b> | <b>442</b>             | <b>41%</b>                | <b>100%</b>    | <b>100%</b>    | <b>100%</b>    | <b>100%</b>    |

Piebilde: Ar zilu marķējumu ir izcelts augstākais īpatsvars vai lielākās īpatsvara procentuālās izmaiņas.  
Avots: BPAB sniegtā informācija

Vērtējot kopējo BPAB personāla skaitu, secināms, ka vidēji Latvijā viens kapelāns rūpējas par 40 bērniem, savukārt viens sociālais darbinieks – par 50 bērniem. Vērtējot reģionālo komandu griezumā, secināts, ka Kurzemes reģionālajā komandā viens kapelāns vidēji rūpējas par 46 bērniem, bet sociālais darbinieks – par 61 bērnu. Rīgas reģionālās komandas kapelāns vidēji rūpējas par 37 bērniem, bet sociālais darbinieks – par 44 bērniem.

BPAB sniegto Pakalpojumu klāstā ir iekļauts arī psihosociālās rehabilitācijas atbalsts ģimenes locekļiem, audžuģimenei un citām personām, kuras ir dzīvojušas vienā mājsaimniecībā ar bērnu arī pēc bērna nāves – sērošanas periodā. Kopējais Pakalpojuma saņēmēju skaits sērošanas periodā ir zems, ko ietekmē vairāki faktori, tostarp salīdzinoši zemi bērnu mirstības rādītāji. Balstoties uz anketēšanu, kopumā no 118 respondentiem 34 personām Pakalpojums ietver sērošanas periodu, no tām lielākā daļa (32 personas) šo pakalpojumu ir izmantojušas. Tas liecina, ka vecāki, kuriem šis atbalsts ir nepieciešams, to aktīvi izmanto un tas ir būtisks atbalsts. Sērošanas periodā pakalpojuma saņēmēju skaits pēdējo 4 gadu laikā ir samazinājies par 58% (no 60 pakalpojuma saņēmējiem 2022. gadā uz 25 pakalpojuma saņēmējiem 2025. gadā; 4. Tabula). Par Pakalpojuma un kopējo bērnu paliatīvās aprūpes efektivitāti liecina arī tas, ka viens no iemesliem Pakalpojuma sniegšanas beigšanai ir bērna veselības stāvokļa uzlabojums (2025. gadā 31 no 80 bērniem, kam paliatīvā aprūpe pārtraukta<sup>35</sup>).

<sup>35</sup> BPAB sniegtā informācija

#### 4. Tabula: Ģimenes locekļu skaits, kas saņem atbalstu sērošanas periodā

| Reģions     | 2022      | 2023      | 2024      | 2025      | Izmaiņas (2022.-2025.) | Izmaiņas, % (2022.-2025.) | Īpatsvars 2022 | Īpatsvars 2023 | Īpatsvars 2024 | Īpatsvars 2025 |
|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Rīga        | 19        | 17        | 14        | 11        | -8                     | -42%                      | 32%            | 38%            | 35%            | 44%            |
| Kurzeme     | 17        | 18        | 12        | 6         | -11                    | -65%                      | 28%            | 40%            | 30%            | 24%            |
| Vidzeme     | 9         | 4         | 12        | 5         | -4                     | -44%                      | 15%            | 9%             | 30%            | 20%            |
| Latgale     | 5         | 4         | 1         | 2         | -3                     | -60%                      | 8%             | 9%             | 3%             | 8%             |
| Zemgale     | 10        | 2         | 1         | 1         | -9                     | -90%                      | 17%            | 4%             | 3%             | 4%             |
| <b>Kopā</b> | <b>60</b> | <b>45</b> | <b>40</b> | <b>25</b> | <b>-35</b>             | <b>-58%</b>               | <b>100%</b>    | <b>100%</b>    | <b>100%</b>    | <b>100%</b>    |

Avots: BPAB sniegtā informācija

Kopumā secināms, ka Pakalpojuma ietvaros nodrošināto vizīšu skaits pieaug straujāk nekā Pakalpojuma saņēmēju skaits, kas norāda uz to, ka Pakalpojuma saņēmēji arvien aktīvāk izmanto pieejamās atbalsta iespējas. Kurzemes reģionā paliatīvā aprūpē esošo bērnu īpatsvars ir īpaši augsts – teju sasniedzot pārējās Latvijas kopējos rādītājus, kas norāda uz nepieciešamību pārskatīt Pakalpojuma saņēmēju atbilstību mērķa grupām. Skaidrākas robežas un vienots ietvars palīdzētu nodrošināt optimālu resursu sadalījumu valsts līmenī.

#### 2.2.1. Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu saņēmēju apmierinātības anketēšana

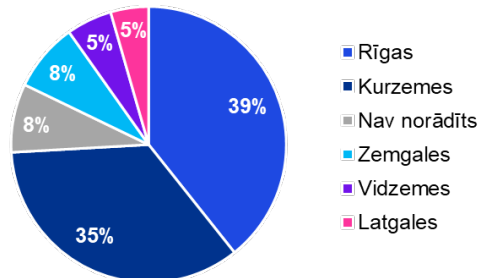
Lai izvērtētu Pakalpojuma saņēmēju apmierinātību, tika veikta paliatīvā aprūpē esošo bērnu vecāku anketēšana. Anketēšana tika veikta laika periodā no 19.01.2026. līdz 30.01.2026. Kopumā tika saņemtas 118 anketas, no kurām 6 bija nederīgas (iesniegtas neaizpildītas anketas vai aizpildīti tikai divi pirmie jautājumi<sup>36</sup>, kas nesniedz norādi uz pakalpojuma kvalitāti). Anketēšanas mērķauditorija ir paliatīvajā aprūpē esošo bērnu vecāki, kuriem ir noslēgts un aktīvs sadarbības līgums ar BPAB vai kuri ir pārtraukuši Pakalpojuma saņemšanu. Aptaujā nebija neviena obligāti aizpildāma jautājuma, un respondentiem tika dota iespēja atbildēt tikai uz tiem jautājumiem, uz kuriem viņi jutās ērti atbildēt, tādēļ respondentu skaits katrā no jautājumiem var atšķirties.

Salīdzinoši lielākais anketēšanas respondentu skaits pārstāv Rīgas un Kurzemes reģionus (4. attēls). Vienlaikus šajos reģionos ir arī lielākais Pakalpojuma saņēmēju skaits un šo teritoriju ietvaros ir nodrošinātas reģionālās komandas. Respondentu skaits

<sup>36</sup> 1.jautājums “Lūdzu, norādiet savu dzīvesvietas pašvaldību. Viens atbilžu variants.”; 2.jautājums “ Cik ilgi Jūsu bērns ir paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē? Viens atbilžu variants.”

katrā reģionā reprezentē aptuveni 20-30% no konkrēto reģionu paliatīvajā aprūpē esošo bērnu skaita, kas saņem Pakalpojumu.

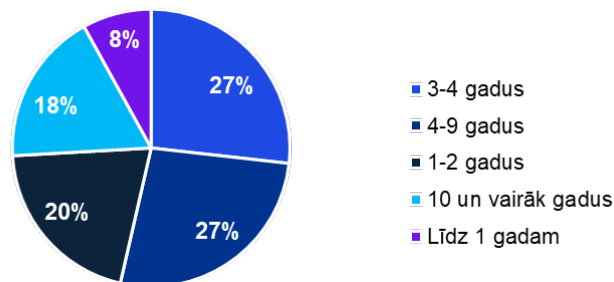
#### 4. attēls: Respondentu pārstāvētais reģions (n=112)



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

Lielākā daļa respondentu ir tādi, kuru bērni paliatīvo aprūpi saņem ilgstoši. Gandrīz piektā daļa respondentu bērnu paliatīvās aprūpes uzskaitē ir 10 vai vairāk gadus, bet 27% uzskaitē ir 4-9 gadus (5. attēls). Tas norāda, ka Pakalpojuma nodrošināšanai jābalstās ilgtermiņa atbalsta modelī, kas ietver plānveidīgu un nepārtrauktu psihosociālā atbalsta sniegšanu ģimenēm, regulāri atjaunojot nepieciešamā atbalsta intensitāti. Piemēram, bērna veselības stāvoklim uzlabojoties un situācijai stabilizējoties, atbalsta intensitāte var tikt samazināta. Tomēr būtiski nodrošināt, lai vecāki ir informēti, ka nepieciešamības gadījumā speciālisti ir pieejami un vajadzīgais atbalsts tiks sniegts nekavējoties.

#### 5. attēls: Cik ilgi Jūsu bērns ir paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē (n=112)?



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

Lielākā daļa respondentu atzīst, ka **Pakalpojums ir pieejams bez būtiskiem šķēršļiem** (79%), taču daļa norāda uz problēmām Pakalpojuma pieejamībā (6. attēls). 11% respondentu norāda, ka Pakalpojuma saņemšana ir apgrūtināta (respondenti pārstāv Rīgas, Kurzemes un Vidzemes reģionus), 2% respondentu norāda, ka Pakalpojums nav pieejams (respondenti pārstāv Latgales un Zemgales reģionus), 8% norāda, ka Pakalpojums ir daļēji pieejams (respondenti pārstāv Latgales, Vidzemes un Zemgales reģionus).

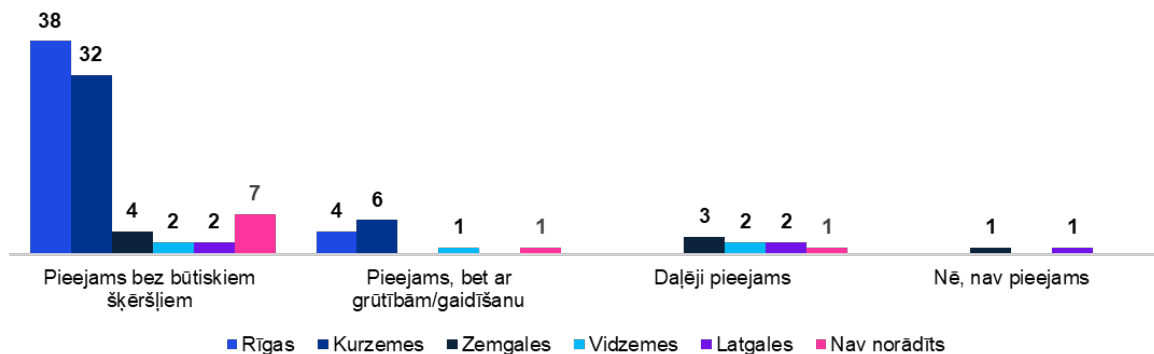
**6. attēls: Kā Jūs vērtējat psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma pieejamību Jūsu dzīvesvietas reģionā (n=107)?**



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

Vērtējams, ka **Pakalpojuma pieejamība ir zemāka tajos reģionos (Kurzemes un Rīgas reģions), kuros nav izveidotas BPAB komandas (7. attēls)**. Tomēr uz grūtībām Pakalpojuma saņemšanā norāda arī respondenti no Rīgas un Kurzemes reģioniem, kuros ir izveidotas BPAB reģionālās komandas – Pakalpojums šajos reģionos ir pieejams, taču atsevišķos gadījumos ar grūtībām vai nepieciešamību gaidīt.

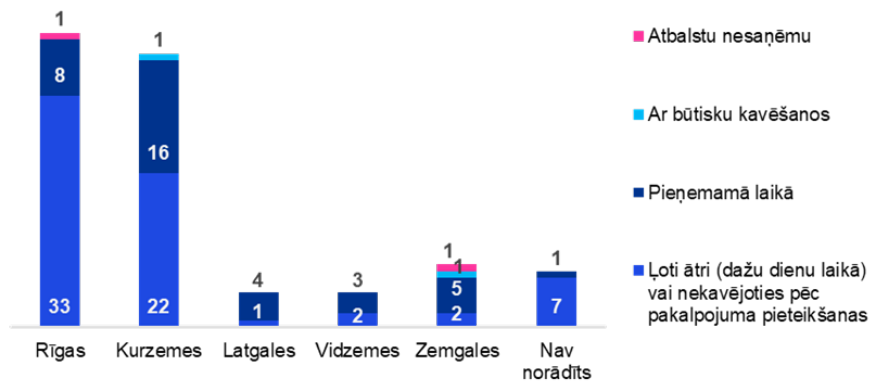
**7. attēls: Kā Jūs vērtējat psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma pieejamību Jūsu dzīvesvietas reģionā (n=107)?**



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

Lielākoties ģimenes **Pakalpojumu bērnu paliatīvās aprūpes laikā ir saņēmušas nekavējoties vai dažu dienu laikā (62%)** vai pieņemamā laikā (34%) pēc Pakalpojuma pieteikšanas jeb vajadzības izteikšanas par Pakalpojuma nepieciešamību. Tikai 2% ir norādījuši, ka Pakalpojuma saņemšanā ir bijusi būtiska kavēšanās, taču 2% norādījuši, ka Pakalpojums netika saņemts. Būtiska kavēšanās ir bijusi 1 respondentam Kurzemes reģionā un 1 respondentam Zemgales reģionā (8. attēls). Atbalstu nesaņēma 1 respondents no Rīgas reģiona un 1 respondents no Zemgales reģiona. Atsevišķie gadījumi, kad Pakalpojums ir saņemts novēloti vai nav saņemts vispār, var **norādīt uz Pakalpojuma sniegšanas sadarbības un koordinācijas mehānismu trūkumiem**. Šādas nepilnības var radīt situācijas, kurās ģimene savlaicīgi nesaņem tai nepieciešamo atbalstu, tādējādi ietekmējot kopējo Pakalpojuma efektivitāti un vecāku uzticēšanos Pakalpojuma sniedzējiem.

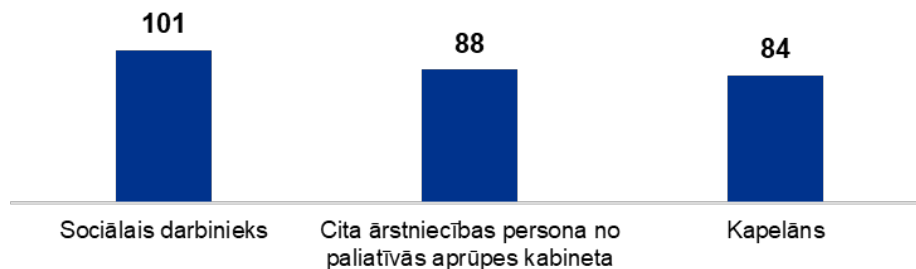
### 8. attēls: Cik ātri pēc pieteikšanās psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumam Jūs saņēmt pirmo atbalstu (n=112)?



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

Lielākā daļa respondentu norāda, ka bērnu paliatīvās aprūpes ietvaros viņi visbiežāk sazinās tieši ar sociālajiem darbiniekiem (9. attēls). To iespējams skaidrot ar ģimenēm papildu sociālo pakalpojumu nepieciešamību un finansiālā atbalsta nozīmi. Secināts, ka efektīvai bērnu paliatīvās aprūpes nodrošināšanai būtiska ir abu komponentu – gan veselības aprūpes, gan psihosociālās rehabilitācijas nodrošināšana, kas viena otru papildina.

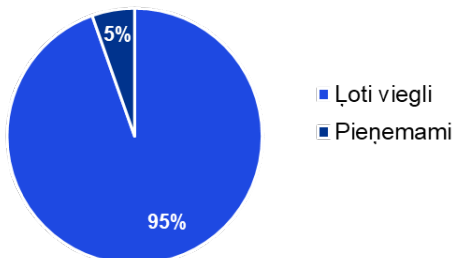
### 9. attēls: Ar kuriem speciālistiem Jums ir bijusi saskarsme paliatīvās aprūpes ietvaros?



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

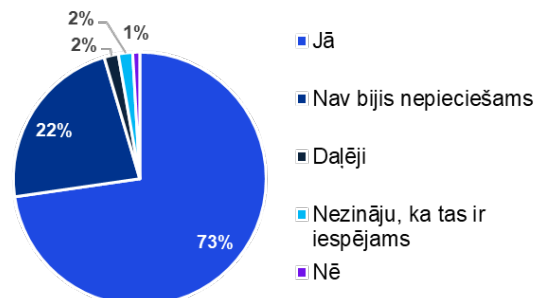
Vairākums respondentu atzīst, ka viņiem ir bijis ļoti viegli sazināties ar sociālo darbinieku vai kapelānu (10. attēls), kā arī speciālisti ir bijuši pieejami ārpus darba laika (11. attēls). Tomēr 2% respondentu atzīst, ka speciālistu pieejamība ārpus darba laika ir bijusi tikai daļēja, savukārt 2% nezina par šādu iespēju (respondenti pārstāv Kurzemes reģionu) un 1% - nav saņēmis atbalstu krīzes situācijās (respondents pārstāv Latgales reģionu).

**10. attēls: Cik viegli Jums bija sazināties ar sociālo darbinieku vai kapelānu (n=111)?**



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

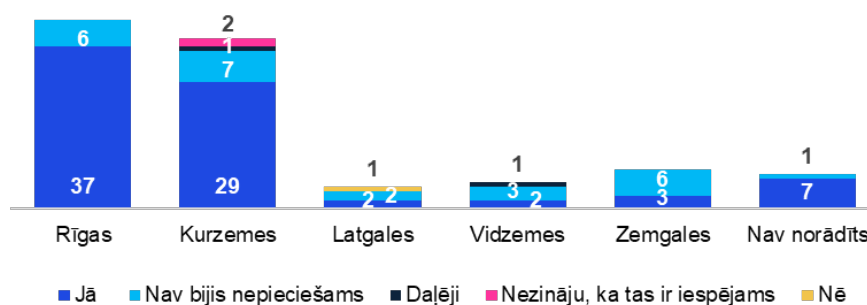
**11. attēls: Vai Jums bija iespēja saņemt atbalstu krīzes situācijās ārpus standarta darba laika (n=110)?**



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

Vērtējot situāciju teritoriālajā griezumā, secināms, ka **atbalsts krīzes situācijās nav bijis pietiekami pieejams tieši Latgales reģionā, kur trūkst arī reģionālo atbalsta komandu** (12. attēls). Tas norāda uz Pakalpojuma nodrošināšanas sarežģītību un nespēju savlaicīgi reaģēt, īpaši ņemot vērā ievērojamo attālumu starp Rīgas reģionu un Latgali. Savukārt Vidzemes reģionā un Kurzemes reģionā daži respondenti ir norādījuši uz daļēju Pakalpojuma pieejamību, kas var norādīt uz nepilnvērtīgu atbalstu, piemēram, nodrošinot konsultāciju attālināti vai sniedzot atbalstu novēloti lielā attāluma dēļ. Piemēram, Rīgas reģionā, nav identificēts neviens respondents, kuram atbalsts krīzes brīžos tika sniegts tikai daļēji vai nesniegts nemaz.

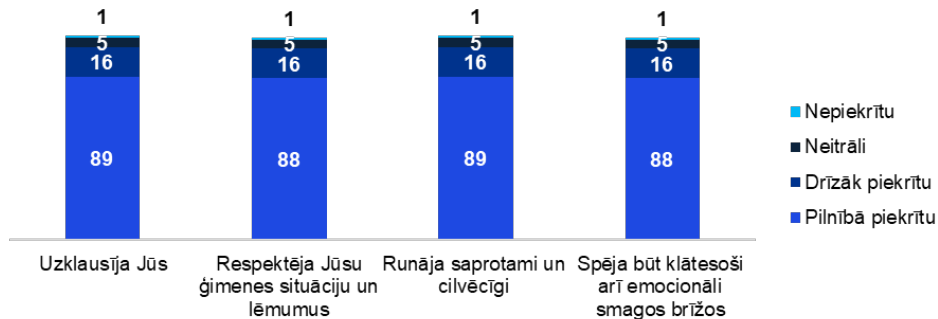
**12. attēls: Vai Jums bija iespēja saņemt atbalstu krīzes situācijās ārpus standarta darba laika (n=110)?**



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

Balstoties uz respondentu sniegtajām atbildēm, secināts, ka **speciālisti spēja uz klausīt ģimenes, respektēja tās situāciju un lēmumus, runāja saprotami un cilvēcīgi, kā arī spēja būt klātesoši arī emocionāli smagos brīžos, taču ne vienmēr tas palīdz tikt galā ar ikdienu vai emocionālo slodzi**, kas skaidrojams ar ļoti augsto emocionālo slodzi, ko vecāki piedzīvo ilgstoši un kas var pārsniegt piedāvātā atbalsta apjomu. Lielākā daļa respondentu norāda, ka speciālisti prot ieklausīties, respektē ģimenes individuālo situāciju un pieņemtos lēmumus, komunicē saprotami un cilvēcīgi, kā arī spēj būt klātesoši emocionāli smagos brīžos (13. attēls). Tikai viens respondents šiem apgalvojumiem nepiekrīt (respondents pārstāv Kurzemes reģionu).

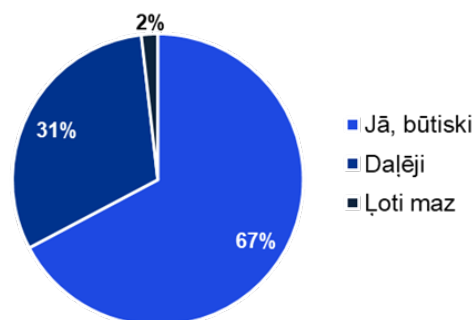
### 13. attēls: Speciālistu sniegtā atbalsta vērtējuma (n=112)



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

Speciālistu sniegtais atbalsts ir būtiski **palīdzējis 67% respondentu mazināt emocionālo slodzi vai labāk tikt galā ar ikdienas situācijām**. Vienlaikus šajā jomā pastāv iespējas uzlabojumiem – aptuveni 31% respondentu norāda, ka atbalsts palīdzējis tikai daļēji (respondenti pārstāv visus reģionus), savukārt 2% atzīst, ka tas palīdzējis ļoti maz (respondenti pārstāv Rīgas un Zemgales reģionus) (14. attēls).

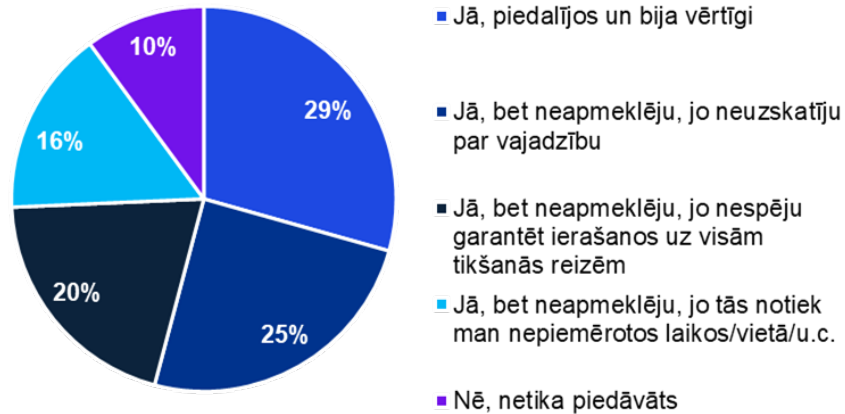
### 14. attēls: Vai speciālistu atbalsts Jums palīdzēja tikt galā ar ikdienu vai emocionālo slodzi (n=110)?



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

Pakalpojums ietver arī atbalsta grupu nodrošināšanu, tomēr **tikai aptuveni trešā daļa respondentu ir piedalījušies šajās grupās** (15. attēls). Pārējie tās nav apmeklējuši, jo nav uzskatījuši par nepieciešamu, nav radušās iespējas piedalīties vai arī nav saņēmuši informāciju par šādu iespēju. Būtiski, ka **piektā daļa respondentu atbalsta grupas neapmeklē vien tādēļ, ka nespēja garantēt savu dalību visās desmit atbalsta grupas tikšanās reizēs**. Intervijās secināts, ka atbalsta grupas tiek vērtētas divejādi – daļa vecāku norāda uz tām kā atbalstošu un spēcinošu resursu emocionālās spriedzes mazināšanā, taču atsevišķi komentāri norāda, ka būtu nepieciešams uzlabot atbalsta grupu saturu un veidot tās elastīgākā formātā.

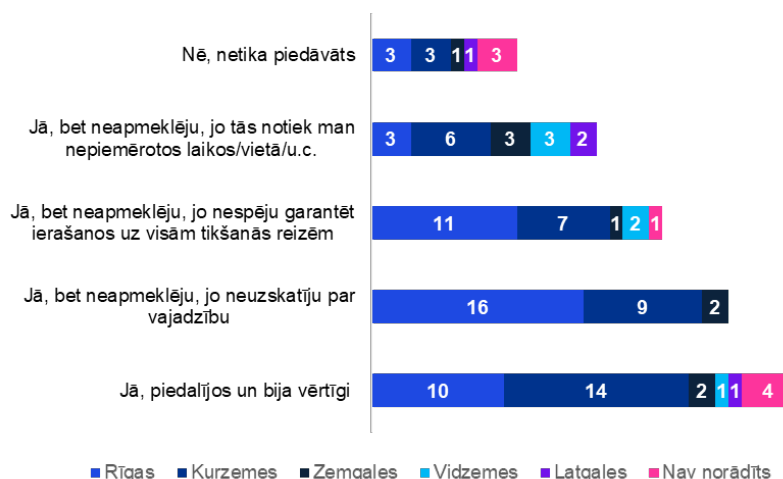
**15. attēls: Vai Jums tika piedāvāta iespēja piedalīties atbalsta grupās, un vai Jūs tajās piedalījāties (n=112)?**



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

Secināms, ka respondenti, kuriem šāds pakalpojums nav ticis piedāvāts, pārstāv gandrīz visus Latvijas reģionus, izņemot Vidzemi. **Tāpat konstatēts, ka Zemgalē, Latgalē un Vidzemē ir zemāks to ģimeņu skaits, kuras izvēlējušās piedalīties atbalsta grupās,** un tiek norādīts, ka respondenti atbalsta grupās neiesaistās, jo tās notiek nepiemērotās vietās vai laikos, **kas norāda uz korelāciju starp psihosociālās rehabilitācijas speciālistu pieejamību konkrētajos reģionos un pilnvērtīgu Pakalpojuma pārklājumu** (16. attēls). Vienlaikus jānorāda, ka atbalsta grupas tiek nodrošinātas gan attālināti, gan pēc pieprasījuma klātienē, kas izceļ ģimenēm raksturīgos laika pieejamības ierobežojumus bērnu paliatīvās aprūpes kontekstā un uzsver nepieciešamību saglabāt elastīgu pieeju šo atbalsta grupu plānošanā un organizēšanā.

**16. attēls: Vai Jums tika piedāvāta iespēja piedalīties atbalsta grupās, un vai Jūs tajās piedalījāties (n=112)?**

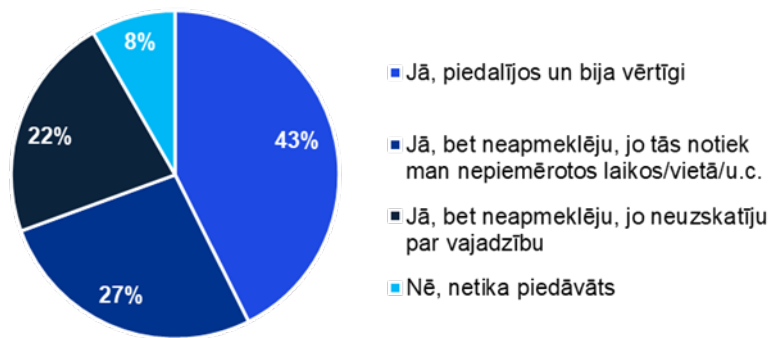


Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

BPAB kā papildu iniciatīvu ārpus Deleģējuma līguma piedāvā ģimenēm veiktus pasākumus. Gandrīz **trešdaļa respondentu norāda, ka nav apmeklējuši ģimenēm paredzētos pasākumus** (piemēram, Ziemassvētki pasākumi, vasaras ģimeņu dienas),

jo tie bijuši organizēti nepiemērotā laikā vai vietā, vai arī citādi nav bijuši pieejami. Jāņem vērā, ka šādu pasākumu apmeklēšana ģimenēm, kurās ir paliatīvā aprūpē esošs bērns, ir īpaši sarežģīta – pirms došanās ārpus mājām jāaplāno nokļūšana uz pasākuma norises vietu kopā ar bērnu, bērna pieskatīšana, ēdināšana un citi būtiski praktiski aspekti. Tas ievērojami samazina potenciālo dalībnieku skaitu. Savukārt 8% respondentu norāda, ka šāda iespēja viņiem nav tikusi piedāvāta (17. attēls). Vienlaikus būtiski uzsvērt, ka tās ģimenes, kuras intervijās norādīja uz savu līdzdalību šādos pasākumos, tos vērtē pozitīvi un atzīst, ka tie ir snieguši nozīmīgu atbalstu viņu emocionālajā labbūtībā.

**17. attēls: Vai Jums tika piedāvāta iespēja piedalīties kopīgos ģimeņu pasākumos, un vai Jūs tajos piedalījāties (n=112)?**



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

Secināts, ka pasākumus retāk apmeklē tie respondenti, kuru dzīves vietas reģionā nav pieejama BPAB komanda (18. attēls). Rīgas reģions ir vienīgais reģions, kurā respondenti nav norādījuši, ka ģimeņu pasākumi nebūtu tikuši piedāvāti. Tas var būt saistīts ar to, ka šie pasākumi ir BPAB papildu iniciatīva, tādēļ informācijas aprīte var būt nevienlīdzīga starp reģioniem.

**18. attēls: Vai Jums tika piedāvāta iespēja piedalīties kopīgos ģimeņu pasākumos, un vai Jūs tajos piedalījāties (n=112)?**



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

No tiem respondentiem, kuriem ir bijis nepieciešams atbalsts sērošanas periodā, viens respondents norāda, ka nav bijis informēts par šāda atbalsta pieejamību, **kas liecina**

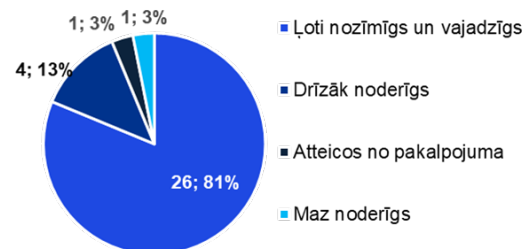
par savstarpējās koordinācijas trūkumu starp speciālistiem (19. attēls). Tie respondenti, kuri ir saņēmuši atbalstu sērošanas periodā, lielākoties norāda, ka šis atbalsts ir bijis ļoti nozīmīgs un vajadzīgs (20. attēls). Pārējie respondenti vērtē, ka atbalsts bijis drīzāk noderīgs (13%), maz noderīgs (3%) vai arī no tā atteikušies (3%). Ņemot vērā, ka vecāku emocionālo pārdzīvojumu pēc bērna zaudējuma ir ārkārtīgi sarežģīti mazināt pat ar profesionālu speciālistu palīdzību, secināms, ka speciālisti, kuri nodrošina psihosociālo rehabilitāciju, spēj sniegt būtisku un nepieciešamu atbalstu šajā īpaši smagajā dzīves posmā, būtiski vai vismaz daļēji atbalstot ģimenes šajā periodā. Tas tiek apliecināts arī vienā no veiktajām intervijām ar sērošanas periodā esošu ģimeni, kura norādīja, ka atbalsta grupas ir palīdzējušas mazināt emocionālo pārdzīvojumu.<sup>37</sup>

**19. attēls: Vai Jūs saņēmt atbalstu arī sērošanas periodā (n=34)?**



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

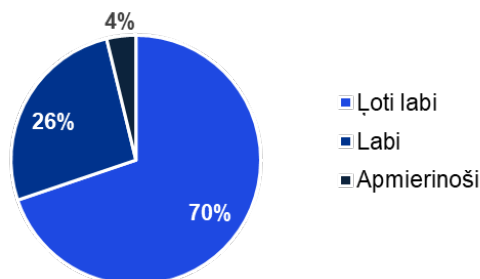
**20. attēls: Ja saņēmt atbalstu sērošanas periodā – kā Jūs to vērtējat (n=32)?**



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

Neskatoties uz izaicinājumiem, kopumā **Pakalpojuma kvalitāte tiek vērtēta kā ļoti laba vai laba** (96%) vai apmierinoša (5%), kas nozīmē, ka Pakalpojums ir atbilstošs respondentu gaidām (21. attēls). Šo vērtējumu apstiprina arī intervijās minētais ģimeņu viedoklis. Daļa no ģimenēm apliecina, ka Pakalpojums ir kvalitatīvs un atbilstošs viņu gaidām. Kapelāni un sociālie darbinieki palīdz mazināt un kontrolēt emocijas, tādējādi vecākiem ir iespējams nodrošināt pilnvērtīgu bērnu aprūpi un atbalstu arī mājas apstākļos.

**21. attēls: Kā Jūs kopumā vērtējat saņemto psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu paliatīvās aprūpes laikā (n=106)?**



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

<sup>37</sup> Autoru veiktās intervijas (06.01.2026. - 21.01.2026.)

65 respondenti vērtē esošo Pakalpojumu kā pilnībā pietiekamu, taču pārējie norāda uz uzlabojuma iespējām (22. attēls). Starp uzlabojuma iespēju tēmām galvenokārt ir praktiskās palīdzības nodrošināšana un emocionālais atbalsts ģimenei un ģimenes locekļiem. Secināts, ka **nepieciešams uzlabot Pakalpojuma pieejamību un sasniedzamību**, nodrošinot plašāku pieejamību reģionos, kā arī nodrošinot saziņu arī ar tām ģimenēm, kuras sākotnēji ir atteikušās no Pakalpojuma. Tāpat nepieciešams **uzlabot Pakalpojuma organizatorisko ietvaru, nodrošinot skaidru ietvaru par pieejamo atbalstu, sadarbības struktūru un regulāri aktualizējot klientiem nepieciešamos atbalstu**. Vienlaikus arī intervijās tiek norādīts, ka Pakalpojums tiek vērtēts kopumā apmierinoši, taču būtu nepieciešams regulāri izvērtēt ģimeņu individuālās vajadzības.

## 22. attēls: Lūdzu atzīmēties jomas, kuras būtu jāuzlabo psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma ietvaros (n=106)



Avots: 19.01.2026.-30.01.2026. vecāku anketēšana

Secināts, ka vecāki kopumā **augsti novērtē Pakalpojumu**, tomēr identificēta būtiska nepieciešamība **uzlabot tā reģionālo pieejamību un vecāku informētību par pieejamajiem atbalsta mehānismiem**, piemēram, atbalsta grupām un palīdzību sērošanas laikā. Tāpat būtu jānodrošina elastīgāka un vajadzībās balstīta Pakalpojuma pieejamība, jo daļa vecāku nevar piedalīties atbalsta grupās praktisku šķēršļu dēļ (piemēram, nespēja apmeklēt visas 10 tikšanās, nepiemēroti laiki vai atrašanās vietas), savukārt citi pakalpojumu neizmanto informācijas trūkuma dēļ. Vienlaikus intervijās uzsvērts, ka daļa esošo atbalsta formu (piemēram, atbalsta grupas) tiek uztvertas kā novecojušas un neelastīgas, bet reģionos, kuros BPAB komanda tiek nodrošināta centralizēti no Rīgas, atbalsta aktivitātes tiek izmantotas retāk, kas norāda gan uz loģistikas ierobežojumiem, gan uz informācijas aprites un koordinācijas nepietiekamību starp bērnu paliatīvās aprūpes komandas speciālistiem (veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas speciālisti) un Pakalpojuma saņēmējiem.

### 2.2.2. Fokusa grupas diskusijas secinājumi

Lai detalizētāk izvērtētu Pakalpojuma pieejamību mērķa grupas personām un nodrošināšanas kvalitāti un efektivitāti visā Latvijas teritorijā, 05.02.2026. tika organizēta fokusa grupas diskusija, kurā piedalījās 14 dalībnieki no veselības aprūpes un Pakalpojuma komponentēm – BKUS un LRS bērnu paliatīvās aprūpes kabineta komandas, BPAB (Kurzemes un Rīgas reģiona komandas). Iepriekšējā izpētē tika identificēti trīs būtiskākie izaicinājumi, kuri tika validēti ar fokusa grupas diskusijas

dalībniekiem, t.i., sistēmas fragmentācija, nevienlīdzīga paliatīvās aprūpes pieejamība un kvalitāte visā Latvijas teritorijā, efektīvas un pilnvērtīgas informācijas apmaiņas trūkums.

### **Sistēmas fragmentācija – veselības un sociālās jomas nestrādā kā vienota sistēma**

**Esošajā situācijā veselības aprūpe un psihosociālā rehabilitācija darbojas kā divas paralēlas paliatīvās aprūpes "sistēmas", kas nereti nekrustojas un neveido kopīgu atbalstu ģimenei.** Šī iemesla dēļ pastāv neskaidras bērnu paliatīvās aprūpes nodrošinātāju lomas un atbildības, kā arī netiek veidots efektīvs sadarbības modelis, kurā sistēma strādātu kā vienots veselums, lai fokusētos uz bērna un ģimenes labsajūtu. Strukturētas sadarbības trūkums apgrūtina un palēnina arī lēmumu pieņemšanu un reakcijas ātrumu krīzes situācijās. Rezultātā veidojas situācija, kurā ģimenes sagaida vienotu, saskaņotu komandu, taču praksē bērnu paliatīvās aprūpes nodrošināšana ir sadalīta (piemēram, pakalpojumi tiek sniegti dažādās vietās, ģimenes var sazināties arī tikai ar vienu no visiem komandas speciālistiem, trūkst vienotas koordinēšanas un komandas sadarbības, komandas kopējās vizītes pie ģimenēm tiek praktizētas reti, trūkst informācijas apmaiņa). Tas būtiski apgrūtina vienotas pieejas veidošanu un rada sajūtu par fragmentētu atbalsta sistēmu.

Vienotas pieejas trūkuma galvenie faktori ir vienota individuālā ģimenes aprūpes plāna, dokumentācijas, apmācību, t.sk., supervīziju, un mērķtiecīgu starpnozaru sanāksmju trūkums. Pašreiz veselības aprūpes speciālisti un psihosociālās rehabilitācijas speciālisti uztur komunikāciju par ikdienas būtiskākajiem notikumiem, taču netiek veikta mērķtiecīga jomas attīstība vai meklēti kopēji risinājumi. Tā vietā speciālisti katrs fragmentēti nodrošina tikai savu pakalpojuma daļu. Secinām, ka labākai Pakalpojuma un kopējās paliatīvās aprūpes sistēmas funkcionalitātei būtu nepieciešams vienots veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas gan ilgtermiņa, gan īstermiņa bērnu paliatīvās aprūpes plāns. Katram bērnu paliatīvās aprūpes komandas darbiniekam būtu jābūt pilnīgai sapratnei un vismaz pamata līmeņa zināšanām par pārējo komandas locekļu darbu. Kopējās speciālistu lomas ir noteiktas vadlīnijās, taču iztrūkst praktiska lomu realizēšanās praksē, jo ir nepietiekama abu jomu sadarbība. Sadarbības trūkumu veicina arī tas, ka šobrīd iztrūkst vienoti paliatīvās aprūpes komandas (veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas) vadības principi un redzējums par bērnu paliatīvās aprūpes sniegšanu. Secināts, ka viens no nevienlīdzības un neskaidro lomu starp abām pakalpojuma komponentēm cēloņiem ir atšķirīgā pakalpojuma pārvaldība. Būtiski, ka fokusa grupā norādīts, ka vienots un uz sadarbību vērstas bērnu paliatīvās aprūpes komandas modelis pastāvēja līdz 2023. gadam. Vienlaikus šis faktors tiek norādīts arī intervijās. Secināts, ka ģimenes pakalpojumus lielākoties ir uzskatījušas par vienotu veselumu līdz brīdim, kad tika mainīta bērnu paliatīvās aprūpes vadība BKUS un BPAB atrašanās vieta. Atsevišķās intervijās arī ģimenes norādījušas, ka jūtama saspīlētā situācija starp abu komponentu pakalpojuma sniedzējiem.

### **Nevienlīdzīga pakalpojuma kvalitāte un pieejamība reģionos**

**Pakalpojuma pieejamība reģionos ir nevienlīdzīga – atšķiras sociālo pakalpojumu kvalitāte un pieejamība reģionos, bērnu paliatīvajā aprūpē pieejamo speciālistu**

**skaits, viņu noslodze un laiks, kas jāpavada ceļā, lai nokļūtu pie Pakalpojumu saņēmējiem.** Šī nevienlīdzība ietekmē gan speciālistu spēju reaģēt krīzes situācijās, gan, iespējams, ģimeņu saņemtā atbalsta apjomu. Aktuāls izaicinājums ir speciālistu pieejamība bērnu paliatīvajā aprūpē, tādēļ ir grūtības nodrošināt komandu pārklājumu visā Latvijā. Nevienlīdzību pastiprina sociālās vides iespēju atšķirības starp pašvaldībām, kas savukārt ietekmē sociālo darbinieku noslodzi un iespēju sniegt atbalstu ģimenei. Īpaši aktuāli tas ir brīžos, kad ģimenes pārceļas no vienas pašvaldības uz citu. Sociālajiem darbiniekiem ir jāspēj rast ģimenei labvēlīgākais risinājums neatkarīgi no pašvaldības sociālās vides un tās sniegtajām iespējām.

Atšķirības Pakalpojuma pieejamībā rada jūtamā nevienlīdzību arī tajās situācijās, kad ģimenes maina dzīvesvietu, jo Pakalpojuma pārklājums Latvijas teritorijā ir atšķirīgs. Rīgas un Kurzemes reģionā klātienē konsultācijas ģimenēm ir pieejamākas nekā citur, ņemot vērā attālumu līdz Pakalpojumu saņēmēja dzīvesvietai. Pakalpojuma kvalitātei būtu jābūt vienlīdzīgai visā Latvijā neatkarīgi no Pakalpojumu saņēmēja dzīvesvietas, taču, lai to nodrošinātu, trūkst konkrēti definēti psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu kvalitātes kritēriji, kuri vienlaikus būtu saistoši bērnu paliatīvās aprūpes sociālajiem darbiniekiem, lai izvērtētu Pakalpojuma atbilstību katrai ģimenei. Tāpat trūkst skaidri definētu Pakalpojuma pārejas mehānismu (no stacionāra uz bērnu paliatīvo aprūpi mājas).

### **Informācijas apmaiņa starp speciālistiem nav pietiekama**

**Informācijas apmaiņa starp speciālistiem (sociālajiem darbiniekiem, kapelāniem un veselības aprūpes personālu) šobrīd ir nepietiekama.** To ietekmē juridiskie un konfidencialitātes ierobežojumi, veselības aprūpes un Pakalpojuma sistēmas atšķirības un neskaidrie sadarbības mehānismi. Rezultātā vecākiem nākas atkārtoti sniegt vienu un to pašu informāciju dažādiem speciālistiem, kas rada papildu emocionālo slodzi un kavē efektīvu palīdzības sniegšanu. Pašlaik tiek izstrādāti vienotas dokumentācijas risinājumi portālā *Andromed*, taču nav skaidri definēts minimālais informācijas apjoms, kas būtu jānodod starp abu komponentu sniedzējiem.

Šī situācija var ietekmēt Pakalpojuma nepārtrauktību un speciālistu spēju pieņemt informētus lēmumus. Speciālistiem ir nepieciešama konsekventa pieeja būtiskai informācijai, sākot ar vispārēju informāciju par bērna stāvokli, diagnozi un prognozi, līdz pat psihosociālajiem riskiem. Ir jānodrošina mehānismi drošai datu apmaiņai, kas atbilstu konfidencialitātes prasībām un ļautu speciālistiem savlaicīgi piekļūt informācijai. Tāpat trūkst vienotas informācijas aprites sistēmas un ģimenēm bieži nav pieejami pietiekami skaidri un saprotami materiāli par veselības aprūpi un psihosociālo rehabilitāciju. Esošajā modelī kritiski trūkst vienota veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas kontaktpunkta, kas uzlabotu sadarbību, komunikāciju un darba organizāciju.

### **Fokusa grupas diskusijas secinājumu kopsavilkums**

Kopumā secināms, ka starp veselības aprūpes un Pakalpojuma jomām pastāv būtiskas sadarbības problēmas – abas strādā paralēli un trūkst kopīgas izpratnes par vienotu bērnu paliatīvās aprūpes nodrošināšanas modeli. Lai gan katra puse darbojas savas kompetences ietvaros, trūkst vienotas vīzijas par to, kā integrēti pilnveidot un nodrošināt paliatīvo aprūpi un kā nodrošināt vienotu informācijas apriti. Tas savukārt kavē savstarpējās informācijas apmaiņu un rada grūtības definēt konkrētu informāciju, ar kuru pusēm savstarpēji vajadzētu dalīties. Šī nesaskaņotība un nevienprātība par bērnu



**Labklājības ministrija**

Pētījums par valsts pārvaldes deleģētā uzdevuma "Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma nodrošināšana paliatīvā aprūpē esošiem bērniem un viņu ģimenes locekļiem" izpildi

2026. gada 5.maijs

paliatīvās aprūpes modeli ne tikai kavē efektīvu atbalsta sniegšanu ģimenēm, bet arī ierobežo Pakalpojuma ilgtspējīgu attīstību un vienlīdzīgu pieejamību visā Latvijas teritorijā.

### 3. Eiropas Savienības valstu pieredzes analīze

Lai gūtu padziļinātu izpratni par Eiropas Savienības dalībvalstu pieredzi līdzīga Pakalpojuma nodrošināšanā, izvērtējuma ietvaros, atbilstoši TS prasībām, tika veikta padziļināta ārvalstu prakses analīze par divu valstu sistēmām, kuras vienlaikus salīdzinātas ar Latvijas sistēmu:

1. **Nīderlandes pieeja** – centralizēta pakalpojuma koordinācija (Nīderlandes bērnu paliatīvās aprūpes kompetences centrs);
2. **Dānijas pieeja** – reģionu un pašvaldību sadarbības modelis.

Papildus analizētas arī divas citas Eiropas Savienības valstis – Lietuva un Igaunija – lai iegūtu vispārēju priekšstatu par bērnu paliatīvās aprūpes sistēmu risinājumiem Latvijas kaimiņvalstīs. Lietuvas un Igaunijas piemēri ir vērtēti augstāka detalizācijas līmenī, jo mērķis ir izprast reģionā raksturīgos risinājumus un to praktisko īstenojumu. Savukārt Nīderlandes un Dānijas pieejas analizētas, balstoties uz Pasūtītāja definētajām prioritātēm un Izpildītāja identificētajiem labās prakses elementiem šajās valstīs.

#### 3.1. Nīderlandes piemēra analīze

Nīderlandes Bērnu paliatīvās aprūpes kompetences centrs tika izveidots 2018. gadā, sadarbojoties PAL un NVK. Līdz ar Kompetences centra izveidi ir radīts vienots valsts līmeņa kontaktpunkts bērnu paliatīvās aprūpes jautājumiem, kurā bērni un ģimenes, aprūpes sniedzēji, pētnieki un politikas veidotāji ne tikai saņem informāciju un konsultācijas, bet arī tiek mērķtiecīgi iesaistīti aprūpes inovāciju attīstībā, piedaloties vecāku paneļos, spoguļsanāksmēs\* un starpdisciplinārās darba grupās, kurās tiek identificētas galvenās nepilnības un izstrādāti risinājumi bērnu paliatīvās aprūpes uzlabošanai Nīderlandē.

Kompetences centra mērķis ir paaugstināt dzīves kvalitāti bērniem ar dzīvību ierobežojošām vai dzīvībai bīstamām saslimšanām, nodrošinot savlaicīgu un atbilstošu aprūpi dažādās vidēs, tostarp mājas aprūpē, slimnīcās, bērnu hospisos, dienas aprūpes centros, izglītības iestādēs un vietējās veselības aprūpes iestādēs, veidojot integrētu sistēmu, kur aprūpe seko bērnam un nodrošina atbalstu fiziskajā, psiholoģiskajā, sociālajā un garīgajā dimensijā. Kompetences centrs veicina bērnu paliatīvās aprūpes mācību satura iekļaušanu medicīnas izglītībā, nodrošinot vienotu pamatkompetenču apguvi visās veselības aprūpes studiju programmās, kā arī izstrādā nacionālās vadlīnijas izpildinstitūcijām, kas nosaka vienotus profesionālos standartus aprūpes organizēšanai.<sup>38</sup>

#### Struktūra un reģionālais sadalījums

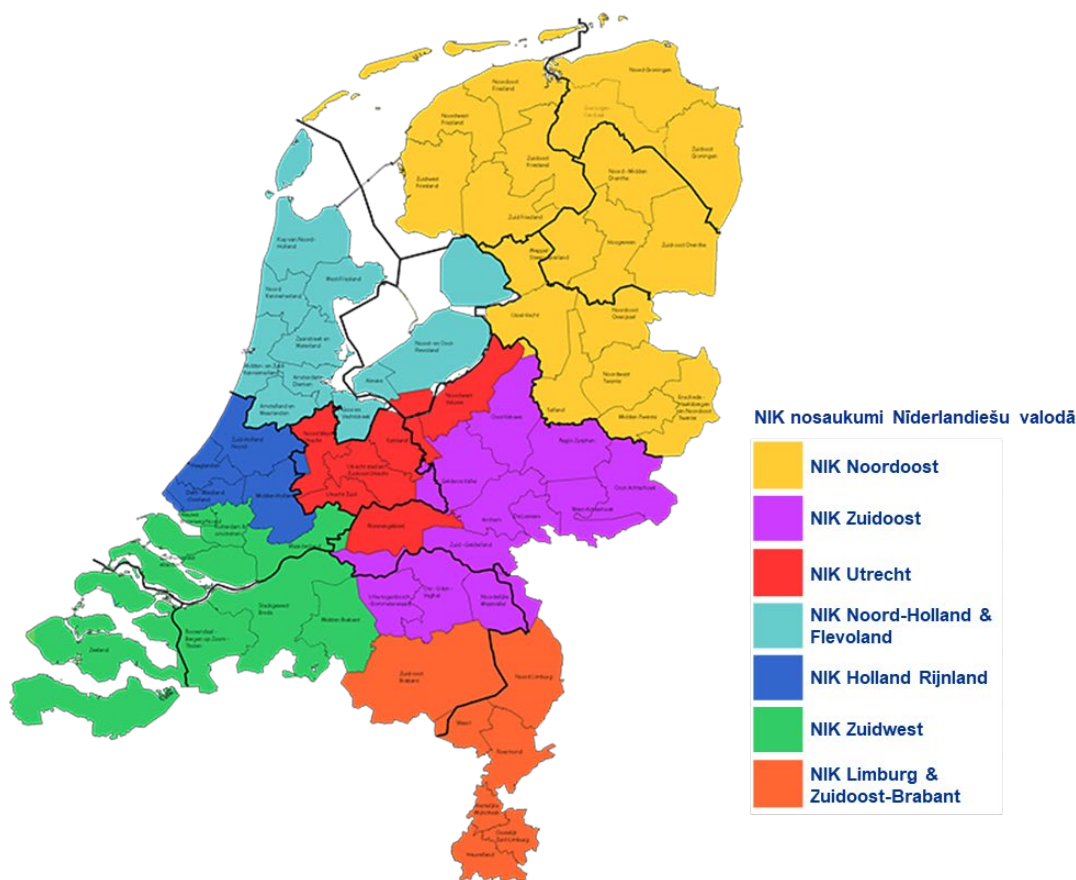
Lai nodrošinātu, ka prakse strādā efektīvi, bērnu paliatīvās aprūpes kompetences centra uzraudzībā ir NIK. Tie ir sadarbības tīkli, kuros apvienojas starpdisciplināri speciālisti un

<sup>38</sup> NVK Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. (2022). *Kinderen, palliatieve zorg voor* [Richtlijn]. Palliaweb. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

\**Strukturēta saruna, kurā pacients un/vai ģimene atklāti runā par savu pieredzi un vajadzībām, bet veselības aprūpes komanda klausās, neiejaucoties. Pēc tam komanda pārdomā dzirdēto un vienojas par skaidriem turpmākajiem soļiem, lai uzlabotu aprūpi un komunikāciju.*

organizācijas no primārās aprūpes (ģimenes ārsti un mājas aprūpe), sekundārās aprūpes (reģionālās slimnīcas un pediatri) un terciārās aprūpes (universitāšu slimnīcas). Katram NIK ir nozīmēts tīkla koordinators, kas nodrošina aprūpes saskaņošanu un informācijas apriti starp ģimenēm un profesionāļiem. Tīklu darbība tiek organizēta **septiņos reģionos**, kuru robežas atbilst akadēmisko bērnu slimnīcu darbības teritorijām, nodrošinot specializēto pakalpojumu pārklājumu visā valstī (23. attēls). NIK pamatfunkcijas ietver konsultatīvo atbalstu, sadarbības nodrošināšanu starp stacionāro un mājas aprūpi, kompetences apmaiņu reģionā, kā arī pakalpojumu pieejamības veicināšanu resursu trūkuma situācijās.<sup>39</sup>

### 23. attēls: Nīderlandes reģionālo integrētās bērnu aprūpes sadarbības tīklu pārklājums valsts kartē



Avots: KPMG izstrādāts attēls, balstoties uz bērnu paliatīvās aprūpes kompetences centra mājaslapas informāciju par reģionālajiem tīkliem: [Saite](#)

Papildus NIK darbībai katrā reģionā darbojas KCT, kas ir universitāšu slimnīcās bāzētas bērnu paliatīvās aprūpes starpdisciplinārās komandas un nodrošina specializēti konsultatīvu un koordinējošu atbalstu bērniem ar dzīvību ierobežojošām vai dzīvībai bīstamām saslimšanām un viņu ģimenēm.<sup>40</sup>

<sup>39</sup> Vallianatos, S., Huizinga, C. S. M., Schuiling-Otten, M. A., Schouten-van Meeteren, A. Y. N., Kremer, L. C. M., & Verhagen, A. A. E. (2021). *Development of the Dutch Structure for Integrated Children's Palliative Care. Children (Basel)*, 8(9), 741. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>40</sup> NVK Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. (2022). *Kinderen, palliatieve zorg voor* [Richtlijn]. Palliaweb. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

KCT funkcija ir nodrošināt aprūpes nepārtrauktību un saskaņotību starp stacionāro aprūpi un aprūpi mājās, tostarp atbalstot pāreju no stacionāra uz mājas aprūpi, sniedzot konsultācijas ģimenēm un ārējiem aprūpes profesionāļiem, kā arī koordinējot starpdisciplināru aprūpi sarežģītos gadījumos. Nepieciešamības gadījumā KCT komandas veic arī vizītes mājās. KCT sastāvā parasti ir pediatri un pediatrijas apakšspeciālisti, specializētas māsas, psihosociālā rehabilitācijas pakalpojuma speciālisti (medicīnas sociālie darbinieki, medicīnas pedagoģiskie darbinieki un psihologi) un garīgās aprūpes speciālisti (kapelāns). Nīderlandē **KCT darbojas visos septiņos akadēmiskajos bērnu centros**, kā arī *Prinses Máxima Centrum* Utrehtā (5. tabula).<sup>41</sup>

#### 5. tabula: Nīderlandes bērnu komforta komandas un to reģionālais sadalījums

| KCT   | Atbildīgais reģions            |
|---|--------------------------------|
| Emma Kinderziekenhuis AMC Amsterdam             | NIK Noord-Holland & Flevoland  |
| Sophia Kinderziekenhuis - Erasmus MC Rotterdam  | NIK Zuidwest                   |
| Willem-Alexander Kinderziekenhuis - LUMC Leiden | NIK Holland Rijnland           |
| Amalia Kinderziekenhuis - Radboudumc Nijmegen   | NIK Zuidoost                   |
| Beatrix Kinderziekenhuis - UMCG te Groningen    | NIK Noordoost                  |
| MosaKids Kinderziekenhuis - Maastricht UMC+     | NIK Limburg & Zuidoost-Brabant |
| Wilhelmina Kinderziekenhuis Utrecht             | NIK Utrecht                    |
| Prinses Máxima Centrum Utrecht*                 | NIK Utrecht                    |

Avots: KPMG izstrādāta tabula, balstoties uz bērnu paliatīvās aprūpes kompetences centra mājaslapas informāciju par reģionālajiem tīkliem: [Saite](#) un bērnu komfortu komandām: [Saite](#)

\*Nacionālais bērnu onkoloģijas centrs

Papildus tam, bērnu paliatīvo aprūpi nodrošina arī **12 hospisi un 28 mājas aprūpes komandas, kopumā veidojot 48 komandas**. Sniegšanas vieta ir atkarīga no bērna veselības aprūpes vajadzībām, aprūpes intensitātes un ģimenes iespējām, kas nosaka, vai aprūpi nodrošina universitātes slimnīcas specializētā komanda, bērnu hospis vai ģimene sadarbībā ar speciālistiem bērna dzīves vietā.<sup>42</sup>

NIK un KCT reģionālais iedalījums jāvērtē kopsakarā ar apdzīvotības blīvumu, jo tas ietekmē pakalpojumu pieejamību un pārklājuma efektivitāti, īpaši aprūpes nodrošināšanā mājās. Nīderlandē augstākās apdzīvotības teritorijas ir koncentrētas Randstad reģionā, kur, pie lielāka pakalpojumu pieprasījuma, reģionālais iedalījums ir smalkāks (24. attēls). Lielajās pilsētās un to apkārtnē (Hāga, Roterdama, Utrehta, Amsterdamā) ir izdalīti vairāki NIK reģioni, tostarp Holland Rijnland, Utrecht un Noord-

<sup>41</sup> Turpat.

<sup>42</sup> EAPC. (2025). *EAPC Atlas of Palliative Care in the European Region 2025*. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

Holland & Flevoland, kas teritorijas ziņā veido salīdzinoši mazāku valsts daļu, bet aptver ievērojamu iedzīvotāju koncentrāciju. Savukārt mazāk apdzīvotās teritorijās valsts ziemeļos NIK reģioni teritorijas ziņā ir plašāki, jo iedzīvotāju blīvums ir zemāks, un pakalpojumu nodrošinājums jāplāno lielākā ģeogrāfiskā mērogā.

**24. attēls: Nīderlandes apdzīvotības blīvuma karte 2025. gadā.**



Avots: KPMG veidots attēls, balstoties uz Geo-Ref veidoto attēlu un informāciju par Nīderlandes apdzīvotības blīvumu 2025. gadā.: [Saite](#)

**Pakalpojumi**

**Mērķa grupā** ietilpst bērni 0-18 gadu vecumā ar saslimšanām, kur ārstēšana var nebūt sekmīga (piemēram, onkoloģija, orgānu mazspēja), kā arī ar stāvokļiem, kuros priekšlaicīga nāve ir neizbēgama (piemēram, muskuļu distrofija, smagas metabolas saslimšanas). Paliatīvās aprūpes ietvarā tiek plānota un nodrošināta kompleksa simptomu izvērtēšana un to ietekmes mazināšana **fiziskajā, psiholoģiskajā, sociālajā un garīgajā dimensijā**. Šī pieeja aptver noguruma, sāpju, nelabuma, elpošanas traucējumu, neiroloģisku simptomu un ādas bojājumu kontrolēšanu, stabilizēšanu vai mazināšanu atbilstoši klīniskajai situācijai.<sup>43</sup>

<sup>43</sup> EAPC. (2025). *EAPC Atlas of Palliative Care in the European Region 2025*. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

Nīderlandes pediatrikajā paliatīvās aprūpes sistēmā **psihosociālais un garīgais atbalsts tiek nodrošināts visā slimības gaitā no diagnozes noteikšanas līdz sērošanas periodam pēc bērna nāves**. Atbalstu nodrošina starpdisciplināra komanda, kurā ietilpst **garīgās aprūpes speciālists, medicīnas sociālais darbinieks, medicīnas pedagoģiskais speciālists un psihologs** (6. tabula). Sistēmas mērķis ir nodrošināt nepārtrauktu atbalstu bērnam un ģimenei. Pēc bērna nāves atbalsts turpinās tik ilgi, cik ģimenei nepieciešams – tas var būt vairākus mēnešus vai vairākus gadus.<sup>44</sup>

### 6. tabula: Starpdisciplināro komandu sadalījums un funkcijas psihosociālās un garīgās rehabilitācijas pakalpojuma nodrošināšanā Nīderlandē

| Speciālists                                | Funkcijas   |
|--|---|
| <b>Medicīnas pedagoģiskais speciālists</b> | Nodrošina bērnam un viņa brāļiem vai māsām vecumam atbilstošu skaidrojumu par slimību un paredzamo slimības gaitu, izmantojot spēles, radošus materiālus un citus piemērotus paņēmienus. Speciālists palīdz bērnam regulēt emocijas, sniedz vecākiem skaidrojumu par bērna uzvedības izpausmēm un atbalsta atmiņu un piemiņas materiālu veidošanu ģimenei.  |
| <b>Medicīnas sociālais darbinieks</b>      | Nodrošina praktisku un sociālu atbalstu ģimenei, palīdzot risināt jautājumus, kas saistīti ar mājokļa pielāgošanu, finansiālām grūtībām, pabalstu noformēšanu un orientēšanos sociālās palīdzības un apdrošināšanas sistēmā. Speciālists strādā ar ģimeni, stiprinot vecāku lomu un attiecības krīzes situācijās, kā arī sniedz atbalstu bērna brāļiem un māsām.  |
| <b>Psihologs</b>                           | Nodrošina klīnisku diagnostiku un ārstēšanu gadījumos, kad bērnam vai vecākiem emocionālās grūtības, piemēram, trauksme, depresija, trauma vai akūta emocionāla disregulācija.  |
| <b>Garīgās aprūpes speciālists</b>         | Nodrošina atbalstu situācijās, kas saistītas ar eksistenciālām un emocionālām grūtībām, tostarp bailēm, bezspēcības un zaudējuma pieredzi. Speciālists organizē reliģiskus vai nereliģiskus rituālus (piemēram, lūgšanas, svētīšanu vai citus atvadu rituālus). Papildus speciālists atbalsta bērna piemiņas un personīgā mantojuma saglabāšanu un piedalās sarunās par dzīves noslēguma un bērnu plānošanu, kā arī konsultē veselības aprūpes personālu par kultūras un reliģiskiem jautājumiem. |

Avots: KPMG izstrādāta tabula balstoties uz Nīderlandes oficiālajām bērnu paliatīvās aprūpes vadlīnijām: [Saite](#)

Papildus tiek nodrošināta pieredzes biedru\* atbalsta pieejamība vecākiem, bērniem un brāļiem vai māsām, kuri piedzīvojuši līdzīgu situāciju. Nometnes un sociālos pasākumus, galvenokārt, organizē specializēti fondi un pieredzes biedru atbalsta organizācijas, uz kurām ģimenes tiek nosūtītas ar aprūpes komandas starpniecību. Bērna nāves gadījumā ģimenei tiek sniegts papildus atbalsts, nodrošinot piemiņas pasākumus un atkārtotas pēcaprūpes sarunas ar ģimenei pazīstamiem speciālistiem.<sup>45</sup>

<sup>44</sup> IKNL & Palliatief. (2017). *Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland* [Kvaliteitskader]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

\* Cilvēks ar līdzīgu pieredzi

<sup>45</sup> Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK). (2024). *Dutch guideline for paediatric palliative care (Paediatric palliative care)* [Richtlijn / vadlīnijas]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

## Paliatīvās aprūpes procesa apraksts (NIK un KCT mijiedarbība)

Papildus aprūpes organizatoriskajai struktūrai, sistēmas sākumpunkts ir **diagnozes noteikšana un paliatīvās aprūpes nepieciešamības identificēšana**. Diagnoze var tikt noteikta universitātes bērnu centrā, reģionālajā slimnīcā vai *Prinses Máxima Centrum* atkarībā no diagnozes un bērna aprūpes ceļa. Ja paliatīvās aprūpes nepieciešamību identificē cits aprūpes profesionālis, informācija tiek nodota ārstējošajam ārstam, kurš pieņem lēmumu par paliatīvās aprūpes nepieciešamību.<sup>46</sup> Pēc bērna uzņemšanas paliatīvajā aprūpē, galvenais ārstējošais ārsts uzsāk ārstēšanas plāna sastādīšanu un definē aprūpes atbildību sadali starp speciālistiem. Slimnīcā tiek sagatavots aprūpes plāns, nosakot simptomu vadības mehānismus, nepieciešamos medikamentus, aprīkojumu un aprūpes intensitāti. Vienlaikus tiek noteikts gadījumu vadītājs, kas strādā ar konkrētu bērnu un ģimeni – uztur individuālo aprūpes plānu, koordinē aprūpi starp mājām un slimnīcu un organizē starpdisciplinārās sanāksmes. Ja nepieciešami reģionālie resursi, tiek iesaistīts NIK koordinators, lai ģimenei nebūtu jākoordinē vairāki pakalpojumu sniedzēji atsevišķi.<sup>47</sup>

KCT iesaistās bērnu paliatīvās aprūpes sniegšanā kā specializēta universitātes līmeņa komanda sarežģītu gadījumu konsultēšanai, simptomu vadības atbalstam un aprūpes plāna saskaņošanai pārejā starp stacionāra un mājas vidi. NIK koordinators nodrošina aprūpes izpildes organizēšanu reģionā un piesaista vietējos pakalpojumu sniedzējus ikdienas aprūpei mājās. Ikdienas aprūpi mājās nodrošina vietējie speciālisti (ģimenes ārsts, pediatriskās mājas aprūpes māsas, reģionālās slimnīcas pediatrs), bet KCT nodrošina specializētu atbalstu, kas ir pieejams ģimenēm 24/7, tostarp klātienē vizītes mājās, ja tas ir nepieciešams un praktiski iespējams. Ja KCT fiziski nevar nodrošināt vizīti attāluma vai kapacitātes dēļ, NIK nodrošina, ka vietējā komanda pārņem aprūpi, saņemot KCT konsultatīvo atbalstu un norādes.<sup>48</sup>

Psihosociālā rehabilitācija tiek nodrošināta kā neatņemama paliatīvās aprūpes daļa, un tās īstenošana notiek sadarbībā starp NIK un KCT. Reģionālā līmenī psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumus organizē NIK koordinators, piesaistot reģionā pieejamos psihologus, sociālos darbiniekus, pedagoģiskos speciālistus, garīgās aprūpes sniedzējus un citus psihosociālās rehabilitācijas profesionāļus, kas nodrošina atbalstu mājas vidē. Savukārt, KCT nodrošina specializētu psihosociālo konsultāciju un pakalpojuma nodrošinājumu sarežģītos gadījumos un aprūpes pārejās, konsultatīvu atbalstu un rekomendācijas, kuras NIK ievieš reģionālajā praksē. Tādējādi NIK nodrošina ikdienas psihosociālo rehabilitāciju reģionā, bet KCT pievienojas tad, kad nepieciešams augstāks speciālistu līmenis vai kompleksu situāciju risināšana.<sup>49</sup>

## Finansējums

Nīderlandē bērnu paliatīvās aprūpes finansējums ir sadalīts starp valsts subsīdijām, veselības apdrošināšanu un slimnīcu budžetiem, un finansējuma avots ir atkarīgs no tā, vai pakalpojums tiek nodrošināts universitātes slimnīcā, koordinācijas tīklā vai bērna

<sup>46</sup> NVK Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. (2022). *Kinderen, palliatieve zorg voor* [Richtlijn]. Palliaweb. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

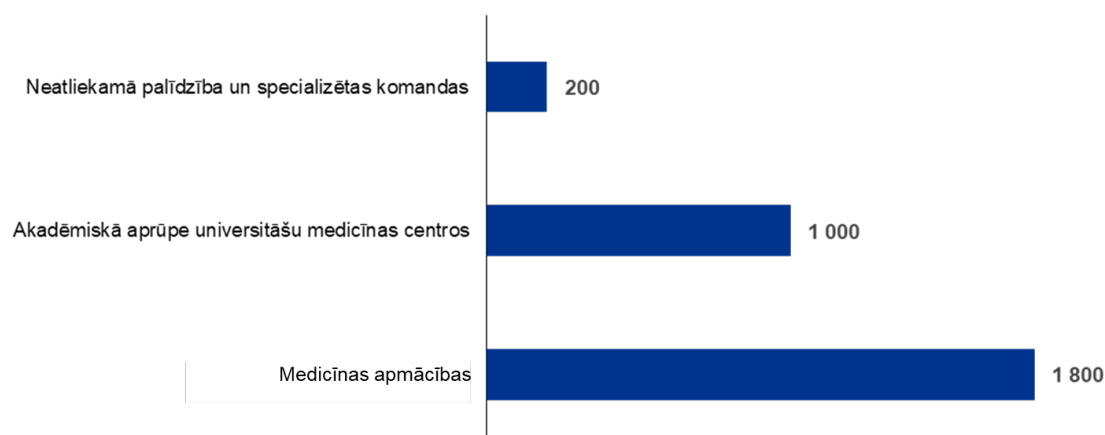
<sup>47</sup> IKNL & Palliactief. (2017). *Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland* [Kwaliteitskader]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>48</sup> NVK Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. (2022). *Kinderen, palliatieve zorg voor* [Richtlijn]. Palliaweb. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>49</sup> Turpat.

dzīvesvietā. Universitāšu medicīnas centrus uztur reģionālās slimnīcu sistēmas ietvarā, izmantojot divus galvenos plūsmas veidus: valsts nodrošinātu finansējumu akadēmiskajai aprūpei (pētniecība, izglītība, specializēta ārstēšana un inovācijas) un apdrošināšanas apmaksu par standarta aprūpi. Akadēmiskās aprūpes komponentei valsts piešķir atsevišķu finansējumu caur Nīderlandes veselības aprūpes iestādi (NZa). 2024. gadā kopējais akadēmiskās aprūpes budžets visiem universitāšu medicīnas centriem kopā bija aptuveni 1 miljards eiro (25. attēls). Paralēli tam, standarta slimnīcu aprūpe tiek apmaksāta no obligātās veselības apdrošināšanas, kur apdrošinātāji apmaksā slimnīcu sniegtos pakalpojumus.<sup>50 51</sup>

## 25. attēls: Nīderlandes veselības aprūpes mērķfinansējuma sadalījums par 2024. gadu, milj. EUR



Avots: KPMG veidots attēls, balstoties uz veselības aprūpes mērķfinansējuma sadalījumu par 2024. gadu.: [Saite](#)

Reģionālie bērnu paliatīvās aprūpes tīkli un kompetences centrs tiek uzturēti ar tiešām **valsts subsīdijām**. Reģionālajiem tīkliem 2026. gadā koordinācijai ir paredzēti aptuveni 87 569 eiro katram no septiņiem tīkliem, savukārt kompetences centra darbība tiek finansēta tieši no valsts budžeta ar atsevišķu subsīdiju, kas paredzēta koordinācijai un zināšanu apmaiņai.<sup>52</sup>

Specializētās bērnu komforta komandas darbojas universitāšu slimnīcu ietvaros, un to finansējums praktiski tiek integrēts slimnīcu budžetos. Tas nozīmē, ka komandu speciālistiem (ārstiem, māsām, psihologiem un citiem komandas locekļiem) atalgojums parasti tiek segts no universitātes slimnīcas budžeta, ko netieši balsta gan akadēmiskās aprūpes valsts finansējums, gan apdrošināšanas apmaksu par slimnīcas pakalpojumiem.<sup>53</sup>

Veselības, labklājības un sporta ministrijas atsevišķi finansē paliatīvās aprūpes psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu mājas vidē, izmantojot regulējumu, kas paredz subsīdijas terminālajai aprūpei un garīgajai aprūpei mājās. 2026. gadam noteiktie

<sup>50</sup> SiRM. (2025). *Terug naar de bedoeling van het instrument: Evaluatie van het instrument beschikbaarheidsbijdrage* [Ziņojums]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>51</sup> V&VN Vrouw & Kind & Kinderverpleegkunde.nl. (2023). *Handreiking Indicatieproces Kindzorg*. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>52</sup> Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). *Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid*. (Staatscourant 2025, nr. 32785; 30 september 2025). (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>53</sup> SiRM. (2025). *Terug naar de bedoeling van het instrument: Evaluatie van het instrument beschikbaarheidsbijdrage* [Ziņojums]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

kopējie subsīdiju griesti šajā regulējumā ir 38 249 000 eiro. Finansējums ir paredzēts brīvprātīgo darba atbalstam, tīklu koordinācijai un garīgajai aprūpei mājās visā valstī. Bērnu paliatīvās aprūpes ietvarā papildus ir paredzēta mērķēta subsīdija garīgajai aprūpei un atbalstam sērās mājās 439 880 eiro apmērā, kas tiek piešķirta kompetences centram. Ja garīgais speciālists strādā slimnīcā, viņa atlīdzību sedz slimnīca (veselības aprūpes pakalpojums); ja pakalpojums tiek sniegts mājās, tas tiek apmaksāts no minētās ministrijas subsīdijas (ar veselības aprūpi nesaistīts pakalpojums). Finansējuma plūsma tiek noteikta automātiski pēc pakalpojumu veida.<sup>54</sup>

Aprūpi bērna dzīvesvietā, tostarp mājas aprūpes māsas un ārējos speciālistus, sedz obligātā veselības apdrošināšana, jo mājas aprūpe ietilpst pamata aprūpē. Nepieciešamo mājas aprūpes apjomu nosaka kvalificēta bērnu māsa, un izmaksas sedz veselības apdrošinātājs, kas vai nu tieši apmaksā izvēlēto aprūpes sniedzēju, vai arī piešķir ģimenei apdrošināšanas finansētu personīgo aprūpes budžetu, ar kuru ģimene pati organizē aprūpi. Bērniem līdz 18 gadu vecumam aprūpe nerada tiešus izdevumus ģimenei, jo nav jāmaksā ne apdrošināšanas prēmija, ne pašrisks. Ja bērnam nav apdrošināšanas, valsts to finansē kā izņēmuma situāciju, jo apdrošināšana ir obligāta un bērnam tā parasti tiek noformēta kopā ar vecākiem.<sup>55</sup>

### Pāreja no bērnu paliatīvās aprūpes uz pieaugušo paliatīvo aprūpi

Pāreja no bērnu uz pieaugušo paliatīvo aprūpi Nīderlandē tiek organizēta **kā ilgstošs process aptuveni no 12 līdz 25 gadu vecumam**. Tā ietver attīstības pāreju uz pieaugušo vecumu un aprūpes pārnesi no pediatrikajiem uz pieaugušo pakalpojumiem, vienlaikus mainoties tiesiskajam statusam un finansēšanas nosacījumiem. No 16 gadu vecuma jaunieši pats pieņem ar veselības aprūpi saistītus lēmumus, bet pēc 18 gadu vecuma var būt nepieciešama formāla tiesiskā pārstāvība, ja jaunieši nav rīcībspējīgi. Pēc 18 gadu vecuma pacienti pāriet pieaugušo paliatīvajā aprūpē, kas tiek finansēta no pieaugušo veselības apdrošināšanas. Aprūpe pati par sevi tiek apmaksāta tāpat kā līdz 18 gadu vecumam, taču no pilngadības sasniegšanas jauniešiem pašam jānoformē veselības apdrošināšanas polise un jāmaksā ikmēneša prēmija un obligātais pašrisks. Polises noformēšanā nepieciešamības gadījumā palīdz gadījuma vadītājs vai likumiskais pārstāvis.<sup>56</sup>

Pārejas vadībai tiek izmantots individuālais pārejas plāns, kas nosaka, kā jaunieši pārņem atbildību par savu veselības aprūpi (medikamentu lietošana, simptomu atpazīšana, rīcība krīzes situācijās) un kā tiek risinātas galvenās dzīves jomas (izglītība/darbs, finanses, patstāvīga dzīvošana). Papildus tam, pacientam tiek piešķirts pārejas koordinators, kas nodrošina informācijas un atbalsta nepārtrauktību. Pāreja tiek īstenota ar koordinētu pacienta nodošanu, paredzot tiešu saziņu starp bērnu aprūpes komandu un pieaugušo aprūpes komandu. Universitāšu slimnīcu centros pārejas periodā var tikt nodrošinātas kopīgas konsultācijas pārejas poliklīnikās jeb pārejas ambulatorie kabineti universitāšu slimnīcu bērnu nodaļās, kas izveidotas tieši pārejai starp bērnu un pieaugušo aprūpi. Atsevišķos gadījumos aprūpe var turpināties vienā

<sup>54</sup> Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). *Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid*. (Staatscourant 2025, nr. 32785; 30 september 2025). (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>55</sup> V&VN Vrouw & Kind & Kinderverpleegkunde.nl. (2023). *Handreiking Indicatieproces Kindzorg*. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>56</sup> NVK Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. (2021). *Kwaliteitsstandaard jongeren in transitie van kindzorg naar volwassenenzorg* [Kwaliteitsstandaard]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

universitātes slimnīcas centrā ilgtermiņā, bet ar pieaugušo aprūpei atbilstošu pieeju. Ja specializēta uzraudzība vairs nav nepieciešama, aprūpes vadība tiek nodota ģimenes ārstam kā galvenajam koordinatoram mājas vidē.<sup>57</sup>

Papildus pārejas nodrošināšanai ir izveidota specializēta infrastruktūra jauniešiem un jauniem pieaugušajiem 16-35 gadu vecumā – *Jongerenhospice Xenia*. Tā nodrošina vecumam atbilstošu paliatīvo aprūpi situācijās, kur bērnu vide vairs nav piemērota, bet tipiskie pieaugušo hospisi neatbilst jauniešu vajadzībām. Iestāde ir integrēta aprūpes tīklā, saglabā saikni ar reģionālajiem speciālistiem un nodrošina atbalstu vecumam piemērotā, mazāk medicīniskā vidē.<sup>58</sup>

## 3.2 Dānijas piemēra analīze

Dānijā bērnu paliatīvā aprūpe tiek veidota **pēc nacionāli noteiktiem standartiem**, bet īstenota kā savstarpēji saistīts tīkls starp valsts pārvaldi, reģioniem, universitāšu slimnīcām un primārās aprūpes pakalpojumiem.<sup>59</sup> Bērnu paliatīvās aprūpes centru un specializēto komandu galvenais mērķis ir uzlabot dzīves kvalitāti bērnam un viņa ģimenei, saskaroties ar dzīvību apdraudošu vai neārstējamu slimību. Atšķirībā no pieaugušo paliatīvās aprūpes, bērnu aprūpē uzsvars tiek likts ne tikai uz simptomu mazināšanu, bet arī uz bērna attīstības atbalstīšanu un dzīvesprieka uzturēšanu. Aprūpe tiek uzsākta jau diagnozes brīdī un turpinās neatkarīgi no tā, vai ārstēšana ir vērsta uz izveseļošanu.<sup>60</sup>

### Struktūra

Nacionālās vadlīnijas un kvalitātes principus nosaka Dānijas Veselības pārvalde. Praktisko pakalpojuma nodrošināšana tiek organizēta **piecos administratīvajos reģionos**, un katrs reģions ir atbildīgs par paliatīvās aprūpes pieejamību savā teritorijā. Reģionālā atbildība paredz, ka **aprūpes sistēmas pamata principi ir vienādi visas valsts ietvaros, taču reģioni paši plāno ikdienas darbu un sadala savus resursus**. Paliatīvā aprūpe Dānijā tiek dalīta divās sadaļās – pamata paliatīvajā aprūpē un specializētajā paliatīvajā aprūpē. Pamata paliatīvajā aprūpē tiek nodrošināta pamatslimību ārstēšana (ģimenes ārsti, slimnīcu bērnu nodaļas, pašvaldību mājas aprūpe), savukārt specializētajā paliatīvajā aprūpē komanda pieslēdzas, kad bērna un ģimenes vajadzības kļūst kompleksas, bet nepārņem pamata ārstēšanu; tā sniedz konsultatīvu atbalstu ģimenei un slimnīcas personālam un fokusējas uz dzīves kvalitāti un simptomu kontroli.<sup>61</sup> Reģionālās sistēmas klīnisko pamatu nodrošina universitāšu slimnīcas, tajās esošās bērna pamatārstēšanas nodaļas un universitāšu slimnīcās bāzētās specializētās bērnu paliatīvās aprūpes komandas ar izbraukuma funkciju,

<sup>57</sup> Tuprat.

<sup>58</sup> Vallianatos, S., Huizinga, C. S. M., Schuiling-Otten, M. A., Schouten-van Meeteren, A. Y. N., Kremer, L. C. M., & Verhagen, A. A. E. (2021). *Development of the Dutch Structure for Integrated Children's Palliative Care. Children (Basel)*, 8(9), 741. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

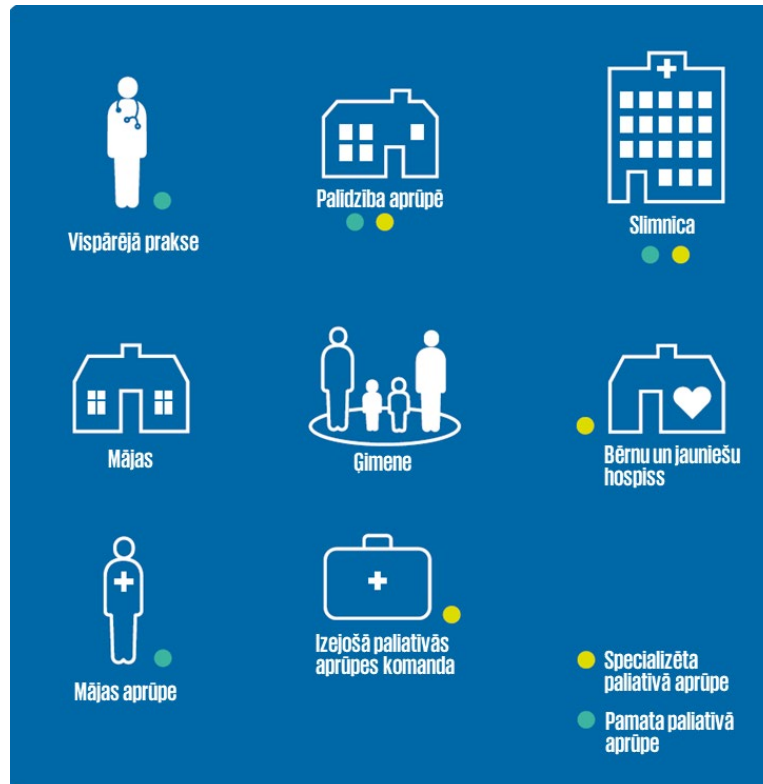
<sup>59</sup> Sundheds- og Ældreministeriet. (2017). *Børn med livstruende sygdom: bedre og tryggere rammer til børn og deres familier* [Publikācija]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>60</sup> Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM). (2024). *Palliation: klinisk vejledning for almen praksis* [Kliniskā vadlīnija]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>61</sup> Sundhedsstyrelsen. (2018). *Anbefalinger for palliative indsatser til børn, unge og deres familier*. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

sadalot atbildību starp pamatslimības ārstēšanu un paliatīvo atbalstu, kā arī pakalpojuma saņemšanu vairākās vietās (26. attēls).

## 26. attēls: Dānijas bērnu paliatīvās aprūpes pakalpojumu tīkls



Avots: KPMG izstrādāts attēls, balstoties uz Dānijas iekšlietu un veselības ministrijas attēlu par paliatīvo aprūpi: [Saite](#)

Pāreja uz paliatīvo aprūpi Dānijā netiek organizēta kā pēkšņa ārstēšanas nomainīšana, bet kā integrēts un paralēls process, kas sākas jau diagnozes brīdī. Bērns var vienlaikus saņemt aktīvu, dzīvību pagarinājošu vai ārstējošu terapiju, papildus tam paliatīvo atbalstu simptomu kontrolei un psihosociālajām vajadzībām. **Pārejas brīdī nav stingras robežas, kur beidzas viens pakalpojums un sākas otrs.** Slimnīcas līmenī tiek noteikts pacienta atbildīgais ārsts, kura uzdevums ir koordinēt izmeklējumus un ārstēšanas plānu, nodrošināt aprūpes pēctecību un kalpot kā galvenajam kontaktpunktam ģimenei.<sup>62</sup>

Ikdienas aprūpe bērnam tiek nodrošināta viņa dzīvesvietā vai tās tuvumā. Šī procesa īstenošanu uzrauga pašvaldības aprūpes dienesti. Visbiežāk tiek nozīmēta atbildīgā kontaktpersona – vietējais speciālists, bieži vien māsa ar specializētu kompetenci paliatīvajā aprūpē, kas vada bērna ikdienas aprūpes procesu konkrētajā dzīvesvietā. Šo personu uzdevums ir koncentrēt un uzturēt specifiskas zināšanas, lai nodrošinātu augstu aprūpes kvalitāti.<sup>63</sup>

**Mērķa grupa** ir bērni un jaunieši ar dzīvildzi ierobežojošām vai dzīvību apdraudošām diagnozēm. Paliatīvās aprūpes pakalpojuma piešķiršana tiek vērtēta, balstoties uz

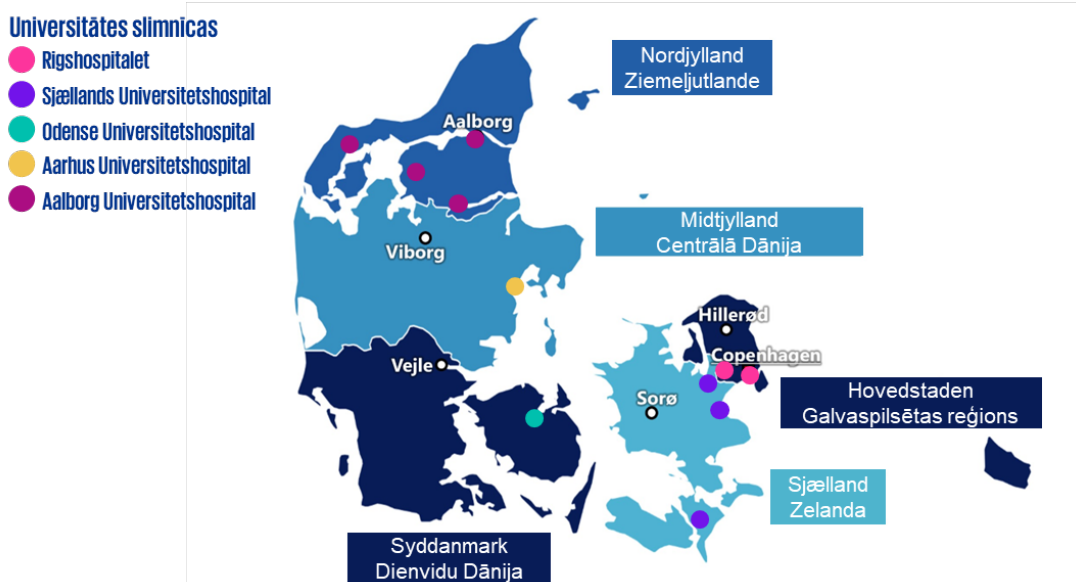
<sup>62</sup> Sundheds- og Ældreministeriet. (2017). *Børn med livstruende sygdom: bedre og tryggere rammer til børn og deres familier* [Publikācija]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>63</sup> Turpat.

kompleksu vajadzību nepieciešamību, aptverot **fiziskās, psiholoģiskās, sociālās un garīgās dimensijas**. Klīniski pacienti tiek iedalīti **četrās ACT kategorijās** – starptautiski izmantotā 4 kategoriju modelī bērnu paliatīvās aprūpes pacientu klasifikācijai – atbilstoši slimības raksturam un prognozei: pirmajā grupā ir dzīvību apdraudošas slimības ar potenciāli efektīvu ārstēšanu, kas var neizdoties; otrajā grupā ir stāvokļi, kuros nepieciešama ilgstoša dzīvību pagarinājoša ārstēšana ar augstu priekšlaicīgas nāves risku; trešajā grupā ir progresējošas neārstējamas slimības, kurās palīdzība ir paliatīva un ilgstoša; ceturtajā grupā ir neatgriezeniski stāvokļi ar smagiem neiroloģiskiem traucējumiem un augstu komplikāciju risku.<sup>64</sup>

Specializētās bērnu paliatīvās aprūpes komandas atbildīgie centri ir izdalīti pa reģioniem: Hovedstaden reģionā komanda darbojas *Rigshospitalet*, Sjælland reģionā – *Sjællands Universitetshospital*, Syddanmark reģionā – *Odense Universitetshospital (H.C. Andersen Hospital)*, Midtjylland reģionā – *Aarhus Universitetshospital*, un Nordjylland reģionā – *Aalborg Universitetshospital* (27. attēls). Šis sadalījums nodrošina teritoriālu pārklājumu, jo katra komanda ir atbildīga par visu sava reģiona ģeogrāfisko zonu, un aprūpes modelis ir organizēts tā, lai specializētās zināšanas no universitāšu slimnīcas būtu pieejamas ārpus slimnīcas vides. Pieejamība visā reģionā tiek panākta, balstoties uz sadarbību ar vietējiem speciālistiem un 24/7 tālruņa atbalstu, kas ir pieejams gan ģimenēm, gan vietējiem sadarbības partneriem, lai krīzes situācijās varētu operatīvi saņemt konsultāciju un mazināt slimības simptomus arī tad, ja specializētā komanda fiziski nav klāt.<sup>65</sup>

## 27. attēls: Dānijas bērnu paliatīvās aprūpes universitāšu slimnīcu sadalījums pa reģioniem



Avots: KPMG izstrādāts attēls, balstoties uz Dānijas universitātes slimnīcu publiski pieejamam izvietojumam.

<sup>64</sup> Sundhedsstyrelsen. (2018). *Anbefalinger for palliative indsatser til børn, unge og deres familier*. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>65</sup> Sundheds- og Ældreministeriet. (2017). *Børn med livstruende sygdom: bedre og tryggere rammer til børn og deres familier* [Publikācija]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

Specializētās komandas veido starpdisciplinārs sastāvs, kurā parasti ietilpst paliatīvās aprūpes ārsts un specializētas māsas veselības aprūpes nodrošināšanai, kā arī psihologs un sociālais darbinieks psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanai. Bieži tiek iesaistīts arī fizioterapeits, kā arī diētas speciālists. Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšana sistēmā ir integrēta, jo paliatīvā aprūpe ir ģimenes centrēta. Psihologi un sociālie darbinieki atbalsta vecākus krīzes situācijās, palīdz lēmumu pieņemšanā un praktisko jautājumu sakārtošanā, tostarp tiesībās uz pabalstiem un sociālo atbalstu. Īpaša uzmanība tiek pievērsta brāļiem un māsām, kuriem var tikt nodrošinātas aktivitātes un atbalsta formas, lai mazinātu vientulības vai baiļu sajūtu un palīdzētu izprast notiekošo.<sup>66</sup>

Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma nodrošinājums ietver arī garīgo aprūpi, kuras mērķis ir palīdzēt bērnam un ģimenei rast jēgu un cerību, saskaroties ar dzīvību apdraudošu slimību. **Garīgās aprūpes speciālists** nodrošina eksistenciālas sarunas par dzīves jēgu, ciešanām, bezspēcības izjūtu un neziņu par nākotni, kā arī sniedz atbalstu ticības jautājumos un rituālu īstenošanā, tostarp lūgšanās, specifiskos rituālos pirms un pēc nāves un, ja nepieciešams, arī steidzamās kristībās. Garīgā aprūpe ietver arī atbalstu sērās, palīdzot vecākiem un brāļiem vai māsām tikt galā ar emocionālo slodzi un eksistenciālo krīzi pēc zaudējuma.<sup>67</sup>

Garīgo aprūpi nodrošina specifiski sagatavoti profesionāļi, kas ir iekļauti specializētā bērnu paliatīvās aprūpes komandā. Daudzās specializētajās komandās un hospisos garīgās aprūpes speciālists ir pastāvīgs komandas biedrs, un viņa loma nav ierobežota ar reliģisku funkciju – viņš darbojas kā klausītājs un atbalsta persona jebkurai ģimenei neatkarīgi no reliģiskās piederības.<sup>68</sup>

## Finansējums

Veselības aprūpes sistēmas finansējuma pamats ir valsts piešķirtās dotācijas reģioniem. Valsts dotācija veselības aprūpes sistēmas uzturēšanai 2026. gadā ir 131,3 miljardi DKK (17,6 miljardi EUR), papildus reģionu attīstības uzdevumiem ir paredzēti 2,4 miljardi DKK (309,8 miljoni EUR)<sup>69</sup>. Valsts finansē aptuveni 85% no reģionu kopējiem veselības aprūpes izdevumiem, bet atlikusī daļa tiek nodrošināta ar pašvaldību līdzfinansējumu (28. attēls)<sup>70</sup>.

<sup>66</sup> Odense Universitetshospital (OUH). *Børne- og Unge Palliativt Team Region Syddanmark* [Mājaslapa]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

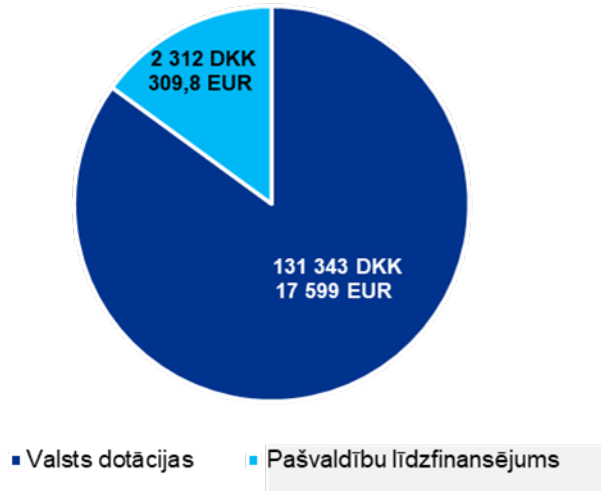
<sup>67</sup> Sundhedsstyrelsen. (2018). *Anbefalinger for palliative indsatser til børn, unge og deres familier*. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>68</sup> Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM). (2024). *Palliation: klinisk vejledning for almen praksis* [Kliniskā vadlīnija]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>69</sup> Eiropas Bankas valūtas maiņu kurss – Dānijas krona uz Euro (1=0,1340), Jūnijs, 2025. gads: [Saite](#)

<sup>70</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2025). *Generelle tilskud til regionerne 2026* [Publikācija]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

## 28. attēls: Finansējuma sadalījums Dānijas veselības aprūpes sistēmas uzturēšanai 2026. gadā (milj. DKK)



Avots: KPMG izstrādāts attēls, balstoties uz Dānijas iekšlietu un veselības ministrijas datiem par reģioniem piešķirtajām dotācijām: [Saite](#)

Minētais finansējums tālāk tiek organizēts reģionu līmenī. Reģioni ir tie, kas praktiski uztur slimnīcu sistēmu, tostarp universitāšu slimnīcas, jo tieši reģioni plāno ikdienas darbu un sadala veselības aprūpei pieejamos resursus savā teritorijā. 2026. gadā lielākais veselības aprūpes finansējums bija tieši galvaspilsētas jeb *Hovedstaden* reģionā (7. tabula). Tādējādi universitāšu slimnīcu uzturēšana un slimnīcu pakalpojumu apmaksā tiek veikta no reģionu veselības aprūpes budžetiem.<sup>71</sup>

## 7. tabula: Finansējuma sadalījums pa reģioniem Dānijas veselības aprūpes sistēmas uzturēšanai 2026. gadā (milj.)

| Reģions     | Piešķirtais finansējums (milj.) |
|-------------|---------------------------------|
| Hovedstaden | 40 940,00 DDK (5 485,95 EUR)    |
| Midtjylland | 28 669,80 DDK (3 841,75 EUR)    |
| Nordjylland | 13 528,50 DDK (1 812,82 EUR)    |
| Sjælland    | 20 289,40 DDK (2 718,78 EUR)    |
| Syddanmark  | 27 915,20 DDK (3 740,63 EUR)    |

Avots: KPMG izstrādāts attēls, balstoties uz Dānijas iekšlietu un veselības ministrijas datiem par reģioniem piešķirtajām dotācijām: [Saite](#)

Specializētās bērnu paliatīvās aprūpes komandas ir organizatoriski piesaistītas universitāšu slimnīcām. To darbība tiek finansēta slimnīcu budžeta ietvarā, sedzot personāla atlīdzību un izbraukuma funkcijas nodrošināšanu. Papildus vispārējam

<sup>71</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2025). *Generelle tilskud til regionerne 2026* [Publikācija]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

finansējumam, balsoties uz aktuālākajiem datiem, bērnu paliatīvās aprūpes stiprināšanai periodā no 2018. gada līdz 2021. gadam kopumā piešķirti 76 miljoni DKK (10,18 miljoni EUR): 10 miljoni DKK (1,34 miljoni EUR) 2018. gadā un 22 miljoni DKK (2,95 miljoni EUR) katrā no 2019., 2020. un 2021. gadiem. Patstāvīgais papildus finansējums specializētajām bērnu paliatīvās aprūpes komandām šajā periodā sastādīja 5 miljonus DKK (0,67 miljoni EUR) gadā.<sup>72</sup>

Finansējuma loģika attiecas arī uz psihosociālās rehabilitācijas komponenti specializētajā līmenī. Ja specializētā bērnu paliatīvā komanda tiek finansēta kā slimnīcā bāzēts reģionāls pakalpojums, tad psihologi, sociālie darbinieki un garīgās aprūpes profesionāļi kā komandas locekļi tiek finansēti kā neatņemama pakalpojuma daļa reģionu finansētajā slimnīcas budžeta ietvarā.<sup>73</sup>

Pašvaldības piedalās finansēšanā ar aktivitātē balstītu līdzfinansējumu un vienlaikus sedz ikdienas aprūpes izmaksas bērna dzīvesvietā, tostarp mājas aprūpes māsu darbu un praktisko mājas aprūpes nodrošinājumu, kur pamatā ir princips, ka bērna un ģimenei mājas apstākļos nedrīkst rasties papildu izdevumi, kas nebūtu radušies, atrodoties slimnīcā.<sup>74</sup> Rezultātā reģioni finansē slimnīcu sistēmu un specializētās komandas, bet pašvaldības nodrošina ikdienas aprūpi mājās, saglabājot aprūpes nepārtrauktību ārpus slimnīcas.<sup>75</sup>

### Pāreja no bērnu paliatīvās aprūpes uz pieaugušo paliatīvo aprūpi

Pāreja no bērnu uz pieaugušo paliatīvo aprūpi parasti notiek ap 18 gadu vecumu un tiek organizēta kā plānots, pakāpenisks nodošanas process. Pāreju nodrošina savlaicīga sadarbība starp bērnu nodaļu un specializēto bērnu komandu ar pieaugušo paliatīvo komandu, iesaistot arī ģimenes ārstu un pašvaldības pakalpojumus (mājas māsas aprūpi, tehniskos palīglīdzekļus u.c.). Par pacienta nepārtrauktas aprūpes nodrošināšanu ir atbildīgs ārstējošais ārsts un aprūpes atbildīgā māsa, kuri skaidri definē atbildības sadalījumu katrā posmā, lai novērstu iespējamus pārtraukumus pārejas procesā.<sup>76</sup>

Pārejas laikā būtiski mainās juridiskais statuss un atbalsta sistēmas struktūra. Sociālo pakalpojumu likums nosaka stingru robežu starp bērnu un pieaugušo atbalsta sistēmām. Tas praksē nozīmē, ka vecākiem piešķirtais atbalsts par bērnu ar invaliditāti vai smagi slimu bērnu pilngadības dienā juridiski izbeidzas. Tomēr atbalsts kopumā nepazūd, bet tiek pārorientēts uz jaunu juridisku mērķi un var turpināties citā statusā, piemēram, pārceļoties uz aprūpes atvaļinājuma formu, kas paredzēta tuvinieka kopšanai neatkarīgi no vecuma, vai terminālās stadijas atbalstu, ja jauniešis ir atzīts par neārstējami slimu ar īsu dzīvidzi.<sup>77</sup>

<sup>72</sup> Sundheds- og Ældreministeriet. (2017). *Børn med livstruende sygdom: bedre og tryggere rammer til børn og deres familier* [Publikācija]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>73</sup> Odense Universitetshospital (OUH). *Børne- og Unge Palliativ Team Region Syddanmark* [Mājaslapa]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>74</sup> Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM). (2024). *Palliation: klinisk vejledning for almen praksis* [Kliniskā vadlīnija]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>75</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2024). *Generelle tilskud til regionerne 2025* [Publikācija]. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>76</sup> Sundhedsstyrelsen. (2018). *Anbefalinger for palliative indsatser til børn, unge og deres familier*. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>77</sup> Turpat.

Vienlaikus daļa atbalsta ir piesaistīta diagnozei un veselības aprūpes vajadzībām nevis vecumam, tāpēc tā turpinās arī pēc 18 gadu sasniegšanas, tikai citā juridiskajā ietvarā. Tas attiecas uz valsts apmaksātu zāļu atbalstu terminālā stadijā, pašvaldības nodrošināto mājas aprūpes māsu pakalpojumu, ja saglabājas veselības aprūpes nepieciešamība, kā arī tehnisko palīglīdzekļu nodrošinājumu, ja tas ir nepieciešams ikdienas aprūpei. Tādējādi pāreja nenozīmē atbalsta pārtraukšanu, bet administratīvu un juridisku pārformēšanu.<sup>78</sup> Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumi pārejas periodā netiek pārtraukti, bet gan administratīvi pārformēti, un psihosociālais atbalsts nepazūd – tas turpinās pieaugušo aprūpes sistēmā, kur to nodrošina citi speciālisti.<sup>79</sup>

Mainās arī aprūpes pieeja un lomu sadalījums ģimenē. Bērnu paliatīvā aprūpe ir ģimenes centrēta, savukārt pieaugušo aprūpe ir centrēta uz pacientu. Līdz ar pilngadību, jaunieši kļūst par autonomu pacientu. Tas praktiski nozīmē, ka vecāki no galvenā lēmumu pieņēmēja statusa pāriet uz tuvinieku lomu, kam nav automātisku tiesību pieņemt lēmumus jaunieša vārdā, ja nav noformētas pilnvaras vai aizbildniecība. Līdz ar to, būtiska pārejas daļa ir savlaicīga sadarbība ar pašvaldību un aprūpes sistēmu, lai atbalsta instrumenti tiktu pielāgoti pieaugušā paliatīvās aprūpes kontekstā.<sup>80</sup>

### 3.3. Eiropas Savienības valstu pieredzes salīdzinājums ar Latviju

Šajā nodaļā sniegts koncentrēts ārvalstu labās prakses (Dānijas un Nīderlandes) salīdzinājums ar Latvijas sistēmu 6 galvenajās jomās – pieejamie pakalpojumi, mērķa grupas, pārklājums, finansējuma modelis, pieejamie speciālisti un pāreja uz pieaugušo paliatīvo aprūpi. Detalizētāku aprakstu skatīt zemāk pievienotajā tabulā (8. tabula).

**8. tabula: Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma salīdzinājums bērnu paliatīvajā aprūpē starp Dāniju, Nīderlandi un Latviju**

|             | Nīderlande   | Dānija  | Latvija  |
|-------------|--|---|--|
| Pakalpojumi | Kopā pieejamas 47 komandas, kas sniedz pakalpojumus. Kompleksa simptomu vadība (fiziskā/psiholoģiskā/sociālā/garīgā dimensija). Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojums un garīgs atbalsts no diagnozes līdz sērošanas periodam. Aprūpes koordinācija starp slimnīcu un mājām. | Bērnu paliatīvā aprūpe tiek uzsākta diagnozes brīdī un tiek īstenota paralēli ārstēšanai, uzsverot dzīves kvalitāti, simptomu kontroli un bērna attīstības atbalstu, kā arī psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu un garīgo aprūpi ģimenei. | Tiek nodrošināts sociālā darbinieka atbalsts sociālo pakalpojumu saņemšanai. Kapelāns nodrošina garīgo atbalstu – aprūpi. Tiek sniegtas konsultācijas individuāli vai visai ģimenei, piedāvātas atbalsta grupas, ģimeņu pasākumi. Tiek sniegts atbalsts sērošanas periodā. |

<sup>78</sup> Sundhedsstyrelsen. (2018). *Anbefalinger for palliative indsatsler til børn, unge og deres familier*. (Izgūts: 12.02.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>79</sup> Turpat.

<sup>80</sup> Turpat.

|                     | Nīderlande  | Dānija   | Latvija  |
|---------------------|---|--|--|
| Mērķa grupas        | Bērni 0 – 18 gadu vecumā ar dzīvību ierobežojošām vai dzīvībai bīstamām saslimšanām un viņu ģimenes.  | Bērni un jaunieši ar dzīvildzi ierobežojošām vai dzīvību apdraudošām diagnozēm; kvalifikācija balstās uz kompleksām vajadzībām (fiziskā, psiholoģiskā, sociālā un garīgā dimensija), klīniski iedalot ACT kategorijās. Psihosociālās rehabilitācijas ietvaros atbalsts tiek nodrošināts arī bērna ģimenei. | Paliatīvā aprūpē esošie bērni (nepieciešamības gadījumā turpinot pakalpojuma sniegšanu līdz 24 gadu vecumam) un viņu ģimenes locekļi. Atbalstam kvalificējas tie bērni, kuri saņēmuši ārstu konslija atzinumu.   |
| Pieejamība          | Pieejamība visā valstī 24/7. Valsts kompetences centrs, 7 reģionālie tīkli (NIK) un universitāšu slimnīcās bāzētas komandas (KCT); nodrošina koordināciju un atbalstu, arī mājas aprūpē.                              | Nacionāli standarti, īstenošana 5 reģionos, specializētās komandas universitāšu slimnīcās ar izbraukumiem un 24/7 konsultācijām, ikdienas aprūpi mājās nodrošina pašvaldība.   | 24/7 konsultācijas klātienē un attālināti. Kopumā 5 Latvijas reģionos atbalstu nodrošina trīs komandas – Rīgas reģiona (2 komandas) un Kurzemes reģiona. Rīgas komanda nodrošina pakalpojumu Rīgas, Vidzemes, Zemgales un Latgales reģionā. Tiek nodrošināti izbraukumi uz pacientu dzīvesvietu, kā arī speciālisti ir pieejami attālinātām konsultācijām gan ikdienā, gan krīzes situācijās 24/7. |
| Finansējuma modelis | Jaukts finansējums: valsts subsīdijas koordinācijai un atsevišķām mājas atbalsta komponentēm; veselības aprūpi sedz obligātā veselības apdrošināšana un slimnīcu budžeti.   | Valsts dotācijas reģioniem; reģioni finansē slimnīcas un specializētās komandas, pašvaldības finansē mājas aprūpi un praktisko atbalstu.   | Veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumi tiek finansēti no valsts budžeta līdzekļiem.  |
| Speciālisti         | Starpdisciplināras komandas: pediatri, specializētas māsas, medicīnas sociālie darbinieki, medicīniski pedagoģiskās aprūpes speciālisti un garīgās aprūpes speciālisti. Reģionālā līmenī tiek iesaistīti arī primārās | Starpdisciplināra komanda: paliatīvās aprūpes ārsts, specializētas māsas, psihologs, sociālais darbinieks; nereti arī fizioterapeits, uztura speciālists un garīgās aprūpes speciālists.   | Starpdisciplināras komandas: veselības aprūpes speciālisti (pediatrs, psihologs, māsa), sociālais darbinieks, kapelāns.  |

|               | Nīderlande  | Dānija   | Latvija   |
|---------------|---|--|---|
|               | aprūpes un mājas aprūpes sniedzēji.   |  |   |
| <b>Pāreja</b> | Psihosociālais atbalsts turpinās arī pārejas posmā, kas aptver 12-25 gadu vecumu. Tajā jauniešiem tiek nodrošināts individuāls pārejas plāns, emocionāls un sociāls atbalsts. | Psihosociālais atbalsts tiek nodrošināts arī pārejas posmā savlaicīgi pirms pilngadības sasniegšanas, galveno uzmanību veltot koordinētai aprūpes nodošanai pieaugušo sistēmai un jaunieša emocionālajam un praktiskajam atbalstam šī procesa laikā. | Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojums bērnu paliatīvajā aprūpē nepieciešamības gadījumā tiek sniegts arī pārejas posmā no 18 līdz 24 gadiem, nodrošinot veiksmīgu pāreju un sagatavošanos pieaugušo paliatīvajai aprūpei. |

Avots: KPMG analīze

Vērtējot divu Eiropas Savienības valstu – Nīderlandes un Dānijas – pieredzi, secināms, ka šajās valstīs bērnu paliatīvā aprūpe tiek nodrošināta kā **plašs, integrēts un kompleks pakalpojumu kopums**, kur veselības aprūpes un psihosociālā rehabilitācija ir cieši saistītas un tiek sniegtas vienotā sistēmā. Savukārt Latvijā šīs komponentes joprojām tiek nodalītas – veselības aprūpes pakalpojumi un Pakalpojums tiek organizēti un finansēti atsevišķi.

Dānijā un Nīderlandē paliatīvā aprūpe funkcionē kā **vienots veselums**, jo abas aprūpes daļas tiek nodrošinātas paralēli, ar vienotu finansējuma modeli no vienas ministrijas, kas tālāk mērķtiecīgi sadala līdzekļus slimnīcām, pašvaldībām un citiem pakalpojumu sniedzējiem. Tāpat abās valstīs nodrošināts **vienmērīgs komandu pārklājums visā teritorijā**, vienlaikus iesaistot vietējās pašvaldības ikdienas vajadzību nodrošināšanai. Latvijā pakalpojumu sniedz tikai divas reģionālās komandas, no kurām viena apkalpo četrus reģionus, kas būtiski ietekmē Pakalpojuma pieejamību, kā arī potenciāli ietekmē Pakalpojuma kvalitāti.

Latvijā novērojams arī **šaurāks iesaistīto speciālistu loks**, tieši veselības aprūpes sadaļā. Lai gan tā ir otra paliatīvās aprūpes komponente, tomēr tā tiešā veidā ietekmē kopējo piedāvājumu, ja raugās no bērna un ģimenes centrētas aprūpes perspektīvas. Piemēram, Nīderlandē ir pieejami medicīniski pedagoģiskās aprūpes speciālisti, kuri nodrošina bērnam un viņa brāļiem vai māsām vecumam atbilstošu skaidrojumu par slimību un paredzamo slimības gaitu, izmantojot spēles, radošus materiālus un citus piemērotus paņēmienus. Speciālisti palīdz regulēt emocijas, sniedz vecākiem skaidrojumu par bērna uzvedības izpausmēm un atbalsta atmiņu un piemiņas materiālu veidošanu ģimenei.

Pārejas no bērnu uz pieaugušo paliatīvo aprūpi Nīderlandē un Dānijā tiek plānotas un organizētas savlaicīgi un strukturēti, pakāpeniski sagatavojot gan jauniešus, gan ģimenes gaidāmajām pārmaiņām. Latvijā pārejas posms ir noteikts vecumā no 18 līdz 24 gadiem, tomēr tas ir mazāk plānveidīgs un pārejas atbalsts tiek nodrošināts tieši pēc pilngadības sasniegšanas, nevis savlaicīgi iepriekš to strukturēti plānojot un sagatavojot jauniešus un ģimenes gaidāmajām pārmaiņām.

## 3.4. Papildu Eiropas Savienības valstu pieredzes

### 3.4.1. Igaunijas piemēra analīze

Igaunijā šobrīd nav izveidota vienota valsts līmeņa bērnu paliatīvās aprūpes koordinācijas struktūra, kas būtu salīdzināma ar Nīderlandes kompetences centru vai kādu no iepriekš minētajām struktūrvienībām. Bērnu paliatīvā aprūpe tiek nodrošināta fragmentāri un galvenokārt stacionārā formātā, kā arī tikai stacionārā hospisa aprūpe ir specifiski definēta kā paliatīvā aprūpe valsts veselības aprūpes pakalpojumu sarakstā. Šobrīd Igaunijas Sociālo lietu ministrija strādā pie vienas likumdošanas par paliatīvo aprūpi, kas varētu sistematizēt pakalpojumu nodrošinājumu<sup>81</sup>.

#### Institucionālais ietvars

Igaunijā nav atsevišķa valsts dienesta vai iestādes, kas koordinētu bērnu paliatīvo aprūpi.<sup>82</sup> Primāri tiek nodrošināta stacionārā aprūpe, jo specializētu mājas izsaukumu komandu bērniem nav. Paliatīvās aprūpes komandas pastāv tikai dažās onkoloģijas klīnikās: viena Tartu Universitātes slimnīcā un divas Tallinas reģionālajā slimnīcā (PERH un ITK), kopā trīs komandas uz 1,3 miljoniem iedzīvotāju.<sup>83</sup>

Igaunijas Vēža centrs, kas izveidots 2024. gadā un atrodas Tartu Universitātes Medicīnas fakultātē, paredz veidot valsts paliatīvās aprūpes tīklu un tā darbība aptver visu vēža aprūpi, taču specializēts bērnu paliatīvās aprūpes modulis vēl nav formalizēts<sup>84</sup>.

#### Struktūra un ģeogrāfiskais pārklājums

Igaunijā bērnu paliatīvā aprūpe ir koncentrēta divās lielākajās pilsētās (Tallinā un Tartu), kas nozīmē, ka bērni ārpus šīm pilsētām ir faktiski bez piekļuves specializētai paliatīvajai aprūpei, kā arī šobrīd nav likumiski definēta vecuma sliekšņa, no kura bērnu paliatīvā aprūpe pārkvalificējas par pieaugušo paliatīvo aprūpi.<sup>85</sup>

Esošās paliatīvās aprūpes komandas slimnīcās darbojas kā starpdisciplināras vienības, piemēram, ITK komanda ietver ārstu, divas paliatīvās aprūpes māsas, sociālo darbinieku, psihologu un pārstāvi no māsu klīnikas. Šīs komandas galvenokārt strādā ar pieaugušajiem onkoloģijas pacientiem, nevis ar bērniem kā atsevišķu mērķa grupu, kā

<sup>81</sup> Eduardo Garralda, Vilma A. Tripodoro, Julie Ling, Joanne Brennan, Álvaro Montero, Fernanda Bastos, Laura Monzón, Daniela Suárez, Juan José Pons and Carlos Centeno. (2025). *EAPC Atlas of Palliative Care in the European Region 2025*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>82</sup> Turpat.

<sup>83</sup> Eduardo Garralda, Vilma A. Tripodoro, Julie Ling, Joanne Brennan, Álvaro Montero, Fernanda Bastos, Laura Monzón, Daniela Suárez, Juan José Pons and Carlos Centeno. (2025). *EAPC Atlas of Palliative Care in the European Region 2025*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>84</sup> Republic of Estonia Ministry of Social Affairs. (2025). *The Estonian Cancer Center*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>85</sup> Eduardo Garralda, Vilma A. Tripodoro, Julie Ling, Joanne Brennan, Álvaro Montero, Fernanda Bastos, Laura Monzón, Daniela Suárez, Juan José Pons and Carlos Centeno. (2025). *EAPC Atlas of Palliative Care in the European Region 2025*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

arī paliatīvā aprūpe Igaunijā ir orientēta galvenokārt uz onkoloģijas pacientiem.<sup>86 87</sup> Pieejama arī garīgā aprūpe (*hingehoid*), kas ir integrēta esošajā paliatīvajā aprūpē, taču tā nav sistemātiski strukturēta bērniem un nav atsevišķa dienesta, kas nodrošinātu bērnu paliatīvo aprūpi.<sup>88</sup>

No 2026. gada rudens sāksies projekta HOPE4kids darbība, kura mērķis ir bērnu paliatīvās aprūpes aktualizēšana visā Eiropā, tostarp Igaunijā, ietverot apmācību, izglītības plānošanu un vadlīniju izstrādi ar ES atbalstu 110 766,40 EUR apmērā.<sup>89</sup> Igaunijas Sociālo lietu ministrija sadarbībā ar partneru institūcijām ir izveidojusi bērnu vēža pacientu paliatīvās aprūpes darba grupu, kuras uzdevums ir noteikt esošos trūkumus un plānot pakalpojumu tālāku attīstību.<sup>90</sup> 2020. gadā hospisa aprūpe tika pievienota izmaksām, ko sedz Igaunijas Veselības apdrošināšanas fonds, kas ir nozīmīgs solis aprūpes finansiālās pieejamības uzlabošanā, taču konsekventi papildus soli paliatīvās aprūpes sfērā nav veikti<sup>91</sup>.

### Finansējums

Igaunijā paliatīvās aprūpes finansēšanas modelis ir izveidots, taču ir nepilnīgs.<sup>92</sup> Hospisa aprūpi un stacionāro paliatīvo aprūpi sedz *Tervisekassa* (Veselības apdrošināšanas fonds), bet mājas paliatīvā aprūpe bērniem nav atsevišķi finansēta, kā arī šobrīd nav vienotas likumdošanas, kas noteiktu finansējuma plūsmas un atbildības sadali starp veselības aprūpes sistēmu un sociālajiem pakalpojumiem bērnu paliatīvajā aprūpē.<sup>93</sup> Igaunijā nav reģionālas koordinācijas finansēšanas sistēmas un finansiālā atbildība par sarežģītu gadījumu koordināciju balstās uz slimnīcu budžetiem un ārstējošo ārstu kapacitāti.

### 3.4.2. Lietuvas piemēra analīze

Lietuvā ir izveidota salīdzinoši plaša, bet vēl ne pilnībā integrēta bērnu paliatīvās aprūpes sistēma, kuras centrā ir universitāšu slimnīcu nodaļas Viļņā un Kauņā, specializēts bērnu hospiss un valsts apmaksāts paliatīvās aprūpes tīkls 60 pašvaldībās. Sistēmai ir skaidrs normatīvais regulējums un Nacionālā Veselības apdrošināšanas fonda (CHIF)

<sup>86</sup> East Tallinn Central Hospital. (2025). *Palliative and Supportive Care*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>87</sup> Eduardo Garralda, Vilma A. Tripodoro, Julie Ling, Joanne Brennan, Álvaro Montero, Fernanda Bastos, Laura Monzón, Daniela Suárez, Juan José Pons and Carlos Centeno. (2025). *EAPC Atlas of Palliative Care in the European Region 2025*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>88</sup> Tartu Ülikooli Kliinikum. *Hingehoidja*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>89</sup> European Commission. (2025). *Holistic Oncological Palliative care 4 Europe's Kids*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>90</sup> Sotsiaalministeerium. (2025). *Vähihaigete laste päev vaatab palliatiivravi tulevikku*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>91</sup> ERR News. (2023). *Krõõt Padrik: We cannot be last in hospice care and first in euthanasia*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>92</sup> Eduardo Garralda, Vilma A. Tripodoro, Julie Ling, Joanne Brennan, Álvaro Montero, Fernanda Bastos, Laura Monzón, Daniela Suárez, Juan José Pons and Carlos Centeno. (2025). *EAPC Atlas of Palliative Care in the European Region 2025*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>93</sup> HAAP Consulting. (2023). *Palliatiivse ravi korraldus Euroopas fookusega vaimse tervise teenustele ja ettepanekud Eestile*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

nodrošināts finansējums, taču trūkst vienota valsts līmeņa kompetences centra, kas koordinētu tieši bērnu paliatīvo aprūpi.<sup>94</sup>

### Struktūra un reģionālais sadalījums

Lietuvā pediatriskā paliatīvā aprūpe balstās uz trim specializētiem pediatriskās paliatīvās aprūpes centriem: divām universitāšu slimnīcu nodaļām Viļņā un Kauņā (ar stacionāru un dienas aprūpes funkciju) un bērnu hospisu Viļņā, kas nodrošina ģimenei pietuvinātu aprūpi. Stacionāro paliatīvo aprūpi Lietuvā piedāvā 72 veselības aprūpes institūcijas, 57 institūcijas piedāvā aprūpi mājās un ir 16 dienas aprūpes centri, kuros paliatīvo aprūpi var saņemt gan pieaugušie, gan bērni. Ne visās pašvaldībās ir specializēta paliatīvās aprūpes komanda, taču paliatīvās aprūpes pakalpojuma pārklājums ir tāds, ka visu 60 pašvaldību iedzīvotājiem pakalpojums ir sasniedzams.<sup>95</sup>

Paliatīvās aprūpes speciālistu komanda ietver ārstu, māsu, māsas palīgu, psihologu, mobilā vienībā arī sociālo darbinieku. Mobilās komandas nodrošina aprūpi bērna dzīvesvietā, savukārt stacionārajās universitātes klīnikās komandas strādā ciešā sadarbībā ar onkoloģijas un intensīvās terapijas nodaļām. Lai saņemtu paliatīvās aprūpes pakalpojumus, nepieciešams ārstējošā ārsta nosūtījums un aprūpes slimnīcu var izvēlēties pats pacients vai viņa tuvinieki. Vissvarīgākais nosacījums – izvēlētajai slimnīcai ir jābūt noslēgtam līgumam ar Teritoriālo veselības apdrošināšanas fondu (THIF).<sup>96</sup>

### Pakalpojumi

Universitāšu slimnīcās Viļņā un Kauņā darbojas pediatriskās paliatīvās aprūpes komandas, bērnu hospiss Viļņā *VšĮ Pal. Kun. Mykolo Sopočkos hospisas* sniedz 24/7 aprūpi bērniem ar smagām saslimšanām, vienlaikus atbalstot arī vecākus, nodrošinot atelpas aprūpi, psihosociālo rehabilitāciju un sērošanas atbalstu.<sup>97</sup> Psihosociālais un garīgais atbalsts tiek integrēts visā aprūpes gaitā – no diagnozes noteikšanas līdz sērošanas periodam, ko nodrošina psihologi un sociālie darbinieki, kuri strādā gan stacionārā, gan mājas vizītēs. Psihosociālajā rehabilitācijā Viļņas hospisā ir iesaistīti arī kapelāni, kas ir saistīti ar hospisa reliģisko izcelsmi.<sup>98</sup> Papildus tam, specializēti fondi un pacientu organizācijas rīko grupu nodarbības un pieredzes biedru atbalsta pasākumus ģimenēm, kas saskaras ar bērna smagu slimību vai zaudējumu.

### Finansējums

Paliatīvā aprūpe ir iekļauta Vispārējā veselības likuma primārās aprūpes līmenī sniegto aprūpes pakalpojumu sarakstā – visas izmaksas sedz NHIF un THIF, taču atsevišķa

<sup>94</sup> Eduardo Garralda, Vilma A. Tripodoro, Julie Ling, Joanne Brennan, Álvaro Montero, Fernanda Bastos, Laura Monzón, Daniela Suárez, Juan José Pons and Carlos Centeno. (2025). *EAPC Atlas of Palliative Care in the European Region 2025*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>95</sup> Turpat.

<sup>96</sup> National Health Insurance Fund under the Ministry of Health. (2025). *Nursing services*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>97</sup> Pal. Kun. Mykolo Sopočkos hospisas. *Hospiso stacionaras vaikams*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>98</sup> Turpat.

finansējuma nav.<sup>99 100</sup> Paliatīvās aprūpes pakalpojumu tarifi ir noteikti nacionālā līmenī, un THIF slēdz līgumus ar ārstniecības iestādēm, kas nodrošina stacionāro, dienas un mājas paliatīvo aprūpi.<sup>101</sup> Valsts nodrošina katram paliatīvās aprūpes pacientam 120 gultas dienas gadā no pakalpojuma sniegšanas sākšanas brīža.<sup>102</sup> Valsts veselības stratēģijā paliatīvā aprūpe ir definēta kā prioritārs pakalpojums, kas ļāvis paplašināt pakalpojumu tīklu. Formāli pāreja no bērnu uz pieaugušo paliatīvo aprūpi Lietuvā notiek, sasniedzot pilngadību, taču finansējuma ziņā izmaiņu nav, jo pakalpojumus turpina apmaksāt NHIF un THIF.

---

<sup>99</sup> Eduardo Garralda, Vilma A. Tripodoro, Julie Ling, Joanne Brennan, Álvaro Montero, Fernanda Bastos, Laura Monzón, Daniela Suárez, Juan José Pons and Carlos Centeno. (2025). *EAPC Atlas of Palliative Care in the European Region 2025*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>100</sup> IBA Healthcare and Life Sciences Law Committee. (2025). *Healthcare financing and reimbursement: A global review of major topics and trends*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

<sup>101</sup> Turpat.

<sup>102</sup> National Health Insurance Fund under the Ministry of Health. (2025). *New funding arrangements for substitution treatment and care work: equal treatment for all patients*. (Izgūts: 11.03.2026., Pieejams: [vietne](#))

## Secinājumi un priekšlikumi

Balstoties uz veikto analīzi un normatīvajā un aprakstošajā dokumentācijā ietverto informāciju, var secināt, ka Pakalpojums Latvijā kopumā tiek nodrošināts un ir pieejams visā valsts teritorijā. Pakalpojuma saturs un būtība ir skaidri definēta normatīvajos aktos, kas nosaka gan sniedzamā Pakalpojuma struktūru, gan tā mērķus – nodrošināt psiholoģisku, sociālu un garīgu atbalstu bērnam un ģimenei visā aprūpes procesā, tai skaitā ģimenei arī pēc bērna nāves – sērošanas periodā. Tāpat informācijas analīze apliecina, ka Pakalpojums tiek nodrošināts starpdisciplināras komandas ietvaros, kurās piedalās sociālie darbinieki un kapelāni, nodrošinot konsultācijas, izbraukumus un atbalsta grupas.

Vienlaikus jāuzsver, ka, lai gan Pakalpojuma pieejamība un funkcionēšana ir nodrošināta, veiktā analīze atklāj būtiskus sistēmiskus ierobežojumus bērnu paliatīvajā aprūpē, kas kavē pilnvērtīgas, uz sadarbību vērstas holistiskas pieejas īstenošanu. Bērnu paliatīvās aprūpes klīniskās vadlīnijas skaidri parāda, ka psihosociālais atbalsts un veselības aprūpe ir savstarpēji saistītas komponentes, kas paredzētas kā vienots atbalsta mehānisms. Tomēr analīzē redzams, ka šobrīd veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas komponentes praksē darbojas ar atšķirīgām struktūrām, pārvaldību un informācijas pieejamību, kas ierobežo vienotas paliatīvās aprūpes nodrošināšanu.

Analītiskie dati par Pakalpojuma apjomu apliecina, ka tas ik gadu sasniedz lielu skaitu bērnu un ģimenes locekļu, kas liecina par stabilu un nepieciešamu atbalstu bērnu paliatīvajā aprūpē. Dažādos gados Pakalpojumu saņēmuši vairāki simti bērnu un vairāk nekā tūkstoši viņu ģimenes locekļu, kā arī nodrošinātas atbalsta grupas un konsultācijas dažādos formātos, kas veido nozīmīgu daļu no bērnu paliatīvās aprūpes satura. Tas norāda, ka struktūra un kapacitāte Pakalpojuma pamatfunkciju nodrošināšanai ir izveidota un funkcionē efektīvi.

Vienlaikus secināts, ka tikai abu bērnu paliatīvās aprūpes daļu – veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas – cieša un koordinēta līdzdarbība spēj nodrošināt holistisku, pilnvērtīgu un uz ģimenes vajadzībām balstītu atbalstu. Sociālā, psiholoģiskā un garīgā aprūpe nav atdalāmas no medicīniskās paliatīvās aprūpes – šīs jomas savstarpēji papildina viena otru un kopā veido sistēmu, kuras mērķis ir bērna un ģimenes labklājība, drošības sajūta un atbalsts visos bērna slimības posmos. Šobrīd identificētie trūkumi liecina par nepieciešamību stiprināt sistēmas savietojamību, vienotību un profesionālo sadarbību starp iesaistītajiem speciālistiem.

Līdz ar to šī analīze pamato nepieciešamību pēc turpmāk izklāstītajiem uzlabojumiem, kas vērsti uz integrētas, koordinētas un vienoti funkcionējošas bērnu paliatīvās aprūpes nodrošināšanu, jo īpaši - psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanu (9. tabula).

**9. tabula: Secinājumi, izaicinājumi un priekšlikumi par bērnu paliatīvo aprūpi**

| Secinājums  | Izaicinājumi  | Priekšlikumi   |
|---|---|--|
| <p><b>1. Esošā sistēma ir fragmentēta un trūkst holistiskas pieejas bērnu paliatīvās aprūpes nodrošināšanā</b></p> <p>Atbilstoši starptautiskajai labajai praksei bērnu paliatīvā aprūpē aptver gan veselības, gan psihosociālo dimensiju – tās nedrīkst darboties kā atsevišķas vienības.</p> <p>Izvērtējot Latvijas bērnu paliatīvās aprūpes sistēmu, secināts, ka vienota pieeja tiek nodrošināta formāli un praksē abas komponentes tiek attīstītas nošķirti viena no otras. Latvijas normatīvais ietvars sadala bērnu paliatīvo aprūpi divās atsevišķās sistēmās – veselības aprūpes komponente un psihosociālās rehabilitācijas komponente. Novērots, ka sapratne par atšķirīgu finansējumu var radīt kopējas koordinācijas trūkumu, jo bērnu paliatīvajā aprūpē iesaistītie speciālisti vienlaikus ir pakļauti katrs savai valsts institūcijai. Novērots, ka speciālisti paliatīvās aprūpes nodrošināšanu un pārvaldību veic daļēti, fokusējoties uz savu darbības virzienu, nevis kopējo mērķi – bērnu paliatīvās aprūpes nodrošināšanu kā vienotu pakalpojumu.</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bērnu paliatīvās aprūpe tiek attīstīta un pārvaldīta atsevišķi, kā divas dažādas komponentes.</li> <li>2. Ģimenes, kas izvēlas tikai veselības aprūpes komponenti, var palikt bez psihosociālās rehabilitācijas, iespējams, informācijas trūkuma, nevis atbalsta nevajadzēšanas dēļ.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ieteicams <b>nodrošināt holistisku bērnu paliatīvās aprūpes pieeju, veidojot uz sadarbību vērstu, nevis konkurējošu, vidi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Ieteicams ieviest praksē vienotu, valsts mēroga bērnu paliatīvās aprūpes modeli, kurā veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas komponentes tiek definētas kā vienots pakalpojuma kopums, nevis divas paralēlas sistēmas, tostarp, izstrādājot vienotu normatīvu ietvaru par bērnu paliatīvo aprūpi, neizdalot katru komponenti atsevišķi.</li> <li>1.2. Ieteicams stiprināt un centralizēt paliatīvās aprūpes kā funkcijas koordinēšanu, izvērtējot iespēju ieviest kopīgu starpdisciplināru vadības struktūru, kas uzraudzītu paliatīvās aprūpes plānošanu, attīstību un kvalitātes nodrošināšanu gan veselības aprūpes, gan psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumiem kā vienotam veselumam.</li> <li>1.3. Izvērtēt iespēju nodrošināt veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas komandas speciālistu pārstāvju klātbūtni ārstu konsīlija lēmuma paziņošanas brīdī, lai ģimenei jau no pirmā brīža būtu pieejama skaidra, savlaicīga un koordinēta informācija par pieejamo atbalstu, pakalpojuma saturu un turpmākiem soļiem.</li> <li>1.4. Ieteicams izvērtēt iespēju nodrošināt psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu vienotā adresē/telpās ar veselības aprūpi, lai uzlabotu sociālo darbinieku un kapelānu pieejamību ģimenēm brīdī, kamēr tiek apmeklēti veselības aprūpes speciālisti.</li> </ol> </li> </ol> |

| Secinājums  | Izaicinājumi   | Priekšlikumi  |
|---|--|---|
| <p>Papildus tam, psihosociālās rehabilitācijas pakalpojums ģimenēm ir pieejams tikai pēc tam, kad ir noslēgts līgums ar BPAB par Pakalpojuma saņemšanu, lai gan tai būtu jābūt standarta komponentei, stājoties paliatīvās aprūpes uzskaitē. Intervijās secināts, ka šāda pieeja rada mulsumu un neskaidrību par bērnu paliatīvās aprūpes kopējo tvērumu.</p> |  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.5. Izstrādāt kopīgus rezultātu un kvalitātes indikatorus bērnu paliatīvajā aprūpē gan veselības aprūpei, gan psihosociālajam atbalstam, lai finansējums sekotu pakalpojuma mērķiem, nevis atsevišķām aktivitātēm.</li> <li>2. Ieteicams <b>mazināt birokrātiskos šķēršļus</b>, kas veicina paliatīvās aprūpes sadrumstalotību.             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Veikt obligātu ģimeņu informēšanas procesu, uzreiz pēc uzņemšanas paliatīvā aprūpes uzskaitē, paskaidrojot abu komponentu atbalsta saturu un pieejamību, lai novērstu situācijas, kad atbalsts netiek saņemts informācijas trūkuma dēļ. Vienlaikus ieteicams šajā brīdī ģimenēm izsniegt ceļvedi (fiziskā vai norādes, kur meklēt digitālā formātā), kuru iespējams atkārtoti pārskatīt sev ērtā laikā.</li> <li>2.2. Integrēt psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu kā standarta komponenti, kas ģimenei tiek nodrošināta automātiski, stājoties paliatīvās aprūpes uzskaitē. Alternatīvu risinājumu izvērtēšana pašreizējam līgumam ir pieļaujama un ieteicama tikai tādā gadījumā, ja, stājoties paliatīvās aprūpes uzskaitē, ģimenēm tiek nodrošināta pilnvērtīga informēšana par Pakalpojumu, kā arī konsīlija darbā tiek piesaistīti BPAB speciālisti.</li> </ol> </li> </ol> |
| <p><b>2. Reģionālā nevienlīdzība Pakalpojuma pieejamībā</b></p> <p>Pakalpojuma pieejamība Latvijas reģionos ir nevienlīdzīga. Pakalpojumu saņēmēju anketēšanā secināts, ka Vidzemē, Latgalē un Zemgalē – reģionos, kuros nav izveidotas lokālas psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma</p>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anketēšanas rezultāti liecina, ka tajos reģionos, kuros nav izveidotas lokālas psihosociālās rehabilitācijas komandas un pakalpojumu nodrošina centralizēti Rīgas komanda, t.i., Vidzemē, Latgalē un Zemgalē, ir salīdzinoši augstāka neapmierinātība ar Pakalpojumu kopumā. Vienlaikus, lai paplašinātu speciālistu pārklājumu Latvijā, trūkst vietēju psihosociālās rehabilitācijas</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ieteicams <b>paplašināt paliatīvās aprūpes speciālistu pieejamību visos piecos Latvijas plānošanas reģionos:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Ieteicams apzināt kapelānu un sociālo darbinieku pieejamību katrā reģionā.</li> <li>1.2. Ieteicams apzināt un mērķtiecīgi veidot sadarbību ar nevalstiskajām organizācijām un veselības aprūpes iestādēm, kurās strādā pieaugušo paliatīvās aprūpes speciālisti.</li> </ol> </li> </ol>  |

| Secinājums   | Izaicinājumi  | Priekšlikumi   |
|--|---|--|
| <p>komandas un pakalpojumu nodrošina centralizēti Rīgas reģiona komanda – biežāk novērojami Pakalpojuma ierobežojumi vai novēlota palīdzība paliatīvās aprūpes laikā, kas krīzes situācijās ir īpaši kritiska.</p> <p>Reģionālā pieejamībā ietekmē ne tikai nokļūšanas ilgumu līdz ģimenēm, bet arī kopējo Pakalpojuma kvalitāti. Piemēram, ja tuvākais speciālists atrodas vairāku stundu brauciena attālumā, pastāv risks, ka ģimene var palikt bez atbalsta kritiskos brīžos, ko nevar kompensēt epizodiska sadarbība ar vietējiem resursiem.</p> | <p>speciālistu bērnu paliatīvajā aprūpē, kas varētu sniegt savlaicīgu klātienes atbalstu krīzes situācijās.</p> <p>2. Psihosociālās rehabilitācijas speciālisti (kapelāni, sociālie darbinieki) netiek sistemātiski integrēti paliatīvās aprūpes tīklā un speciālisti ikdienā lielākoties strādā kā patstāvīga vienība, atsevišķi no veselības aprūpes speciālistiem.</p> <p>3. Pakalpojuma kvalitātes novērtēšana ir ierobežota, ņemot vērā, ka nav izstrādāti konkrēti Pakalpojuma novērtēšanas indikatori, kas būtu balstīti uz konkrētiem rezultatīvajiem rādītājiem. Balstoties uz Kurzemes reģiona komandas, BKUS metodiskā vadības centra un citu iesaistīto pušu sniegto informāciju, secināms, ka pastāv iespējamība, ka paliatīvo aprūpi saņem plašāks pacientu skaits nekā to paredz kritēriji, kas izstrādāti pēc centralizētās uzņemšanas bērnu paliatīvās aprūpes uzskaitē ieviešanas. Vienlaikus šo informāciju apstiprina statistiskie dati, kas Kurzemes reģionā uzrāda augstāku bērnu paliatīvās aprūpes saņēmēju īpatsvaru nekā vidēji Latvijā (Kurzemes reģionā ir 46% no visiem Pakalpojuma saņēmējiem).</p> | <p>1.3. Ieteicams izstrādāt mācību programmu un īstenot mācības par Pakalpojuma specifiku, lai apmācītu kapelānus, sociālos darbiniekus un pieaugušo paliatīvās aprūpes speciālistus par bērnu paliatīvās aprūpes specifiku. Apmācības var tikt organizētas gan mērķtiecīgi tiem speciālistiem, kas iesaistīsies aktīvā sadarbībā ar BPAB, gan pastarpināti citiem speciālistiem, lai uzlabotu vispārējās zināšanas par Pakalpojumu un veicinātu spēju nodrošināt atbalstu krīzes situācijā.</p> <p>1.4. Ieteicams turpināt nodrošināt tālaprūpes rīkus, kas palīdzētu speciālistiem regulāri uzturēt kontaktu ar ģimenēm, kā arī nodrošināt pilnvērtīgu atbalstu krīzes situācijās.</p> <p>2. Ieteicams <b>uzlabot veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas speciālistu sadarbību:</b></p> <p>2.1. Ieteicams organizēt regulāras veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas darbinieku sanāksmes, kurās pārrunāt un risināt konkrētus problēmgadījumus. Sanāksmēm ir jābūt nodalītām no ikdienas regulārajām statusa sanāksmēm un to mērķis ir uzlabot vispārējo bērnu paliatīvo aprūpi. Tās var tikt organizētas komandām reģionāli vai kopumā Latvijas ietvaros.</p> <p>2.2. Ieteicams organizēt kopīgas veselības aprūpes speciālistu un psihosociālās rehabilitācijas speciālistu apmācības par katra speciālista lomu paliatīvajā aprūpē un veidiem, kā savstarpēji sadarboties, lai nodrošinātu ģimenēm vienotu paliatīvās aprūpes pakalpojumu.</p> <p>3. Ieteicams izstrādāt <b>skaidru un mērāmā veidā definētu bērnu paliatīvās aprūpes pakalpojuma saņēmēju indikatoru sistēmu, kā arī pārskatīt Pakalpojumu saņēmēju sarakstu:</b></p> |

| Secinājums   | Izaicinājumi  | Priekšlikumi   |
|--|---|--|
|  |   | <p>3.1. Ieteicams skaidri un viennozīmīgi definēt paliatīvās aprūpes mērķa grupas un nodrošināt paliatīvās aprūpes saņēmēju atbilstību valsts pārvaldes iestāžu noteiktajiem kritērijiem pakalpojuma saņemšanai.</p> <p>3.2. Ieteicams izstrādāt un ieviest psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma kvalitātes uzraudzības sistēmu un kvalitātes vērtēšanas kritērijus. Vēlams, ka šie kritēriji tiktu izstrādāti kā daļa no bērnu paliatīvās aprūpes kvalitātes uzraudzības sistēmas un kritērijiem. Kvalitātes uzraudzības sistēmas aprakstam jāietver vismaz psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu kvalitātes standarts, uzraudzības kritēriji, kvalitātes uzraudzības metodika un pielietojamie instrumenti. Kvalitātes uzraudzības kritēriji var tikt veidoti kā kritēriju kopums, kas izriet no psihosociālās rehabilitācijas standarts un tiem jāpaskaidro nosacījumi, pie kuriem kvalitātes standarts tiek sasniegts. Šiem kritērijiem jābūt tādiem, lai pilnībā būtu iespējams novērtēt Pakalpojuma efektivitāti un atbilstību paliatīvā aprūpē esoša bērna un viņa ģimenes locekļu vajadzībām, tostarp vērtējot pieejamo Pakalpojumu (pakalpojuma groza) atbilstību, Pakalpojuma vadību, Pakalpojuma pieejamību visā Latvijā, speciālistu kompetences un ģimeņu situācijas novērtējumu, piemēram, vērtējot sociālās situācijas vai emocionālā stāvokļa uzlabojumus. Šiem kritērijiem ir jābūt izstrādātiem kā vadlīnijām – rokasgrāmatai, pēc kuriem speciālistiem vadīt, nodrošinot Pakalpojumu, bet BPAB – plānojot Pakalpojuma attīstību.</p> |
| <b>3. Nepilnīga informācijas aprīte un sadarbības trūkums.</b> | 1. Atšķirīga informācijas pieejamība un izpratne par Pakalpojumu apjomu un sadarbības | 1. Ieteicams <b>uzlabot kopējo paliatīvās aprūpes sniegšanas koordinēšanas mehānismu:</b>  |

| Secinājums   | Izaicinājumi   | Priekšlikumi  |
|--|--|---|
| <p>Bērnu paliatīvās aprūpes sistēma ir fragmentēta – veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas joma darbojas paralēli viena otrai. Intervijās un fokusa grupā secināts, ka speciālisti lielākoties ar ģimenēm strādā atsevišķi. Tas savukārt var ietekmēt kopējo paliatīvās aprūpes efektivitāti, jo krīzes situācijā ģimene var palikt bez svarīga emocionāla atbalsta.</p> <p>Vienlaikus šobrīd ģimenēm ir pieejama katra ģimenēm piesaistītā speciālista kontaktinformācija un ģimene pati var izlemt, ar kuru konkrētajā situācijā sazināties, tādējādi sadarbojoties ar citiem speciālistiem var izpalikt. Ārvalstu pieredze norāda uz to, ka iespējams ieviest koordinatoru, kas palīdzētu sasaistīt ģimenes ar vajadzīgajiem speciālistiem, tādējādi nodrošinot atbilstošu atbalstu.</p> | <p>līmeni veicina plašas paliatīvās aprūpes nodrošinājumā. Speciālistiem trūkst izpratnes par citu speciālistu lomām un atbildībām. Gadījumu vadība šobrīd tiek īstenota katra speciālista individuālas rīcības veidā, nevis kā koordinēts process, tādējādi neveidojot vienotu skatījumu uz ģimenes situāciju. Rezultātā ģimenes kļūst atkarīgas no speciālistu personīgās iniciatīvas un savstarpējās sadarbības vēlmes, nevis no skaidri definēta un funkcionējoša koordinējoša mehānisma.</p> <p>2. Komandā pastāv nepilnīga informācijas aprites sistēma, t.sk. vienotas digitālas sistēmas neesamības dēļ, un nav izstrādāts vienots aprūpes plāns. Pašlaik informācijas apmaiņa starp veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas speciālistiem notiek ikrīta sanāksmēs, tomēr tās ne vienmēr nodrošina pietiekamu detalizācijas līmeni, lai efektīvi plānotu un sniegtu bērnam paliatīvo aprūpi. Tā kā speciālisti aprūpes plānus veido katrs atsevišķi, zūd kopējais skatījums uz ģimenes situāciju, mazinot saskaņotības un koordinētas pieejas iespējas. Piemēram, Kurzemes reģiona komanda, kas šobrīd strādā vienotā aprūpes plānā, tiek atzīta par labās prakses piemēru, kā savstarpēji sadarboties bērnu paliatīvajā aprūpē esošajiem speciālistiem. Pašlaik tiek izstrādāti vienotas dokumentācijas risinājumi portālā <i>Andromed</i>, taču nav skaidri definēts minimālais informācijas apjoms, kas būtu jānodod starp abu komponentu sniedzējiem.</p> | <p>1.1. Ieteicams izstrādāt un ieviest gadījumu vadības vadlīnijas – rokasgrāmatu, kas palīdzētu speciālistiem īstenot kopīgu abu komponentu nodrošināšanu. Vadlīnijās – rokasgrāmatā jāiekļauj informācija par gadījuma vadības principiem, t.sk., kuros gadījumos speciālisti pie ģimenes dodas vieni un kuros – kopīgi, kā arī, kad pieļaujama attālināta konsultācija.</p> <p>1.2. Ieteicams ieviest vienotu gadījuma vadītāju/koordinatoru, kas būtu kā vienots kontaktpunkts ģimenei un nodrošinātu abu komponentu (veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas) nodrošināšanu un papildināmību. Gadījumu vadītājs/koordinators ieņemtu centrālās personas lomu, ar kuru ģimene sazinās un kas nodod informāciju ģimenei piesaistītajiem speciālistiem, izvērtējot, vai jāiesaistās vienam vai vairākiem speciālistiem.</p> <p>2. Ieteicams <b>uzlabot informācijas aprites mehānismus un izveidot vienotu bērnu paliatīvās aprūpes plānu ģimenēm:</b></p> <p>2.1. Ieteicams definēt, kāds informācijas apjoms un datu kopas ir nepieciešamas katram komandas speciālistam gan veselības aprūpes, gan psihosociālās rehabilitācijas jomā.</p> <p>2.2. Vēlams ieviest vienotu digitālo aprūpes plānu, kas pieejams visiem komandas locekļiem, mazinot konfidencialitātes barjeras starp veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas jomu.</p> <p>3. Lai stiprinātu starpdisciplinārās sadarbības kvalitāti bērnu paliatīvajā aprūpē, ieteicams <b>īstenot mērķtiecīgas mācības par pacientu datu aizsardzību, konfidencialitātes ierobežojumiem un tiesisko regulējumu visiem bērnu paliatīvās aprūpes komandas locekļiem</b>, tostarp sociālajiem</p> |

| Secinājums  | Izaicinājumi  | Priekšlikumi   |
|---|---|--|
|   |   | <p>darbiniekiem, kapelāniem un citiem atbalsta speciālistiem.</p> <p>3.1. Ieteicams nodrošināt, ka iesaistītie speciālisti apgūst licencētu profesionālās pilnveides programmu pacientu datu aizsardzības jautājumos. Saskaņā ar Veselības inspekcija prasībām ārstniecības atbalsta personas pirmreizējai reģistrācijai nepieciešama profesionālās pilnveides apliecība par pacientu datu aizsardzības jautājumiem vismaz 8 stundu apjomā. Pašlaik iespējams nodrošināt, ka šajā reģistrā tiek reģistrēti paliatīvajā aprūpē esošie kapelāni.</p> <p>3.2. Ieteicams izvērtēt iespēju paplašināt ārstniecības atbalsta personu statusa piešķiršanas vai līdztvērtīgas profesionālās kvalifikācijas iegūšanas iespējas arī sociālajiem darbiniekiem bērnu paliatīvās aprūpes komandā, lai nodrošinātu viņiem tiesiski pamatotu piekļuvi nepieciešamajai informācijai un pilnvērtīgu iesaisti starpdisciplinārā aprūpes procesā.</p> |
| <p><b>4. Atšķirīga speciālistu izpratne, kompetenču nevienlīdzība un trūkstošs profesionālais atbalsts</b></p> <p>Komandā iesaistītie speciālisti darbojas pēc atšķirīgiem principiem ar atšķirīgu izpratnes līmeni par bērnu paliatīvo aprūpi, jo apmācības veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas jomā notiek atsevišķi un nav balstītas uz kopīgiem standartiem, kas rada nevienlīdzīgas kompetences bērnu paliatīvajā</p> | <p>1. Komandā iesaistītie speciālisti darbojas pēc atšķirīgiem principiem ar atšķirīgu izpratnes līmeni par bērnu paliatīvo aprūpi. Turklāt, apmācības par bērnu paliatīvo aprūpi notiek atsevišķi veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas speciālistiem (katram par savu jomu), kas rada nevienlīdzīgas zināšanas. Rezultātā speciālistiem trūkst izpratnes par komandas kopējām kompetencēm un citu speciālistu lomu un nozīmi bērnu paliatīvajā aprūpē.</p> | <p>1. Ieteicams noteikt <b>standartizētas, vienotas kompetences un apmācību kritērijus par bērnu paliatīvo aprūpi visai bērnu paliatīvās aprūpes starpdisciplinārai komandai:</b></p> <p>1.1. Ieteicams noteikt vienotus kompetenču un kvalifikācijas standartus visiem bērnu paliatīvajā aprūpē iesaistītajiem speciālistiem, t.i., ārstiem (pediatriem), māsām, psihoterapeitiem, psihologiem, sociālajiem darbiniekiem un kapelāniem par bērnu paliatīvo aprūpi. Iepazīstināt ar katras profesijas kompetencēm un kvalifikācijas standartiem visus komandas speciālistus.</p>   |

| Secinājums  | Izaicinājumi  | Priekšlikumi  |
|---|---|---|
| <p>aprūpē un apgrūtina vienotas paliatīvās aprūpes sniegšanu. Novērots, ka speciālistiem trūkst supervīzijas un emocionālā atbalsta sistēmas, kas var radīt izdegšanas risku. Ikdienu darbā speciālisti sastopas ar augstu emocionālo slodzi un intensīvu krīzes situāciju vadību. Sistemātiskas supervīzijas un emocionālā atbalsta trūkums var ietekmēt ne tikai speciālistu labbūtnību, bet arī paliatīvās aprūpes kvalitāti, komandas noturību un spēju sniegt intensīvu ilgtermiņa atbalstu ģimenēm.</p> | <p>2. Bērnu paliatīvās aprūpes speciālistiem trūkst regulāras profesionālas supervīzijas un emocionālā atbalsta sistēmas.</p>   | <p>1.2. Ieteicams ieviest obligātas un regulāras apmācības gan veselības aprūpes, gan psihosociālās rehabilitācijas speciālistiem par bērnu paliatīvo aprūpi, kas veidotas pēc kopīga plāna un ir saistošas abām pusēm.</p> <p>2. Ieteicams nodrošināt <b>regulāras supervīzijas un atbalsta sistēmu starpdisciplinārās komandas speciālistiem.</b></p> <p>2.1. Ieteicams ieviest un īstenot vienotu supervīziju modeli visiem bērnu paliatīvajā aprūpē iesaistītajiem starpdisciplinārās komandas locekļiem, lai mazinātu izdegšanas risku un uzlabotu profesionālās kompetences bērnu paliatīvajā aprūpē.</p> <p>2.2. Ieteicams izstrādāt un ieviest emocionālā atbalsta sistēmu bērnu paliatīvās aprūpes speciālistiem, paredzot iespēju saņemt konsultācijas vai emocionālu atbalstu individuāli vai atbalsta grupās.</p> |
| <p><b>5. Informācijas pieejamības trūkums par bērnu paliatīvo aprūpi.</b></p> <p>Ģimenēm un ģimenes ārstiem trūkst skaidras, savlaicīgas un pilnīgas informācijas, lai saņemtu efektīvu un pilnvērtīgu bērnu paliatīvo aprūpi. Vienā no intervijām secināts, ka nekorektas informācijas un priekšstatu par bērnu paliatīvo aprūpi dēļ ģimene paliatīvo aprūpi saņēma novēloti.</p>  | <p>1. Vecākiem trūkst pilnvērtīgas un vienotas informācijas par bērnu paliatīvo aprūpi, t.sk., psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu, kas var radīt novēlotu paliatīvās aprūpes saņemšanu vai nesaņemšanu vispār. Vienlaikus ģimenēm trūkst informācijas par speciālistu lomām un atbildībām, kas var atturēt saņemt atbalstu no kāda no speciālistiem.</p> | <p>1. <b>Ieteicams uzlabot ģimeņu un ģimenes ārstu informētību par bērnu paliatīvo aprūpi:</b></p> <p>1.1. Ieteicams atjaunot Nacionālā veselības dienesta materiālu – ceļvedi par paliatīvo aprūpi bērniem vai izvērtēt iespēju izstrādāt jaunu materiālu ar ģimenēm paredzētu informatīvu un viegli uztveramu ceļvedi, kas skaidri izskaidro visu paliatīvā aprūpē pieejamo atbalsta klāstu, speciālistu lomas un tehnisko atbalstu (piemēram, medicīnas preču pieejamība, praktiskā palīdzība). Vienlaikus, šis ceļvedis var būt noderīgs pašiem bērnu paliatīvās aprūpes speciālistiem, lai veicinātu izpratni par paliatīvo aprūpi kā vienotu veselumu un citu speciālistu atbildības jomām. Būtiski, ka ceļvedī tiek norādīts, kādas mērķa grupas pakalpojumu var saņemt, kā to saņemt, kāds atbalsts un kādā</p>       |

| Secinājums   | Izaicinājumi  | Priekšlikumi  |
|--|---|---|
|  |   | <p>formātā tas ir pieejams (veselības aprūpe un Pakalpojums), kā arī speciālistu lomas, kas šo atbalstu nodrošina. Šo materiālu ir nepieciešams izstrādāt sadarbojoties visām iesaistītām pusēm. Ieteicams materiālus veidot gan digitālā, gan fiziskā formātā.</p> <p>1.2. Ieteicams uzlabot ģimenes ārstu informētību, izstrādājot un izdalot informatīvos materiālus par bērnu paliatīvo aprūpi, skaidrojot mērķa grupas, paliatīvās aprūpes saņemšanas kārtību un pieejamo atbalstu.</p> <p>1.3. Ieteicams organizēt seminārus ģimenes ārstiem, lai uzlabotu kopējo informētību par paliatīvo aprūpi un mazinātu neskaidrības vai mītus par bērnu paliatīvo aprūpi.</p>   |
| <p><b>6. Komunikācijas trūkums vai nepilnības sadarbībā ar ģimenēm.</b></p> <p>Regulāra komunikācija un uzticības veidošana ar ģimenēm ir viens no būtiskiem faktoriem pilnvērtīga atbalsta sniegšanā, tomēr intervijās secināts, ka komunikācijas biežums ar ģimenēm ir atšķirīgs un svārstās no regulāras saziņas reizi mēnesī vai biežāk līdz pat saziņai reizi trīs mēnešos. Atsevišķos gadījumos var notikt speciālistu maiņa, ko ietekmē ierobežotā speciālistu pieejamībai. Šāda pieeja savukārt var ietekmēt ģimenes uzticību ne tikai konkrētajam speciālistam, bet bērnu paliatīvās aprūpes sistēmai kopumā. Ja ģimene nesaņem atbilstošu psihosociālo atbalstu, var tikt ietekmēta vecāku</p> | <p>1. Komunikācijas biežums ar ģimenēm svārstās no regulāras saziņas reizi mēnesī vai biežāk līdz pat saziņai reizi trīs mēnešos, tādējādi ietekmējot ģimeņu pieredzi Pakalpojuma saņemšanā, Pakalpojuma kopējo kvalitāti un uzticamību.</p> <p>2. Ņemot vērā ierobežotos resursus un bērnu paliatīvās aprūpes specifiku, kas paredz nepārtrauktu pieejamību un atbalstu krīzes situācijās, atsevišķos gadījumos speciālists var mainīties.</p> | <p>1. Ieteicams <b>noteikt un uzturēt minimālo komunikācijas biežumu ar ģimenēm</b>, nodrošinot savlaicīgu informācijas apriti un agrīnu problēmsituāciju identificēšanu.</p> <p>1.1. Ieteicams izvērtēt iespēju veikt saziņu ar ģimenēm ne retāk kā reizi mēnesī. Gadījumos, kad ģimenei konkrētajā brīdī nav nepieciešams aktīvs atbalsts, saruna var būt īsa, to atkārtojot nākamajā mēnesī. Katrā saziņas reizē būtiski noskaidrot ģimenes aktuālo situāciju – vai bērna vai ģimenes stāvoklis ir uzlabojies, saglabājies stabils vai pasliktinājies, kādi ir aktuālie izaicinājumi un problēmas. Šāda regulāra komunikācija ļauj speciālistiem savlaicīgi reaģēt krīzes situācijās arī tad, ja kādu brīdi aktīvs psihosociālās rehabilitācijas atbalsts nav bijis nepieciešams. Ieteicams, lai regulāro komunikāciju ar ģimenēm nodrošina viens koordinators, tādējādi mazinot risku ģimenei tikt pārslogotai ar vairāku speciālistu saziņu un vienlaikus nodrošinot nepārtrauktu un</p> |

| Secinājums  | Izaicinājumi | Priekšlikumi  |
|---|--------------|---|
| <p>spēja iesaistīties sabiedrības aktivitātēs, tostarp darba tirgū.</p> |              | <p>koordinētu komunikāciju ar paliatīvās aprūpes speciālistiem.</p> <p>1.2. Lai nodrošinātu konsekventu un pārskatāmu darbu, katram speciālistam ieteicams ieviest komunikācijas uzskaites rīku, kam jābūt kā daļai no vienotā aprūpes plāna, kurā tiek fiksēts saziņas biežums, saturs un nākamās plānotās saziņas vai tikšanās reizes datums un laiks. Šim rīkam ir jābūt pieejamam arī koordinatoram.</p> <p>2. Ieteicams <b>uzlabot ģimeņu informētību par iespējamu speciālistu maiņu.</b></p> <p>2.1. Ieteicams sadarbības sākumā nepieciešams skaidrot ģimenei, ka noteiktos apstākļos – piemēram, krīzes situācijās vai speciālista prombūtnes laikā – saziņu un atbalstu var nodrošināt cits komandas speciālists, nodrošinot atbalsta nepārtrauktību.</p> <p>2.2. Ieteicams ģimeni vienmēr informēt, ja uz plānveida klātienes vai attālināto konsultāciju ieradīsies cits speciālists. Ja ģimene nevēlas sadarboties ar konkrēto speciālistu, plānveida vizīti var pārcelt uz laiku, kad būs pieejams speciālists, kas uztur regulāru kontaktu ar ģimeni. Savukārt krīzes situācijās atbalsts jānodrošina tūlītēji tajā brīdī pieejamajam speciālistam (sociālajam darbiniekam vai kapelānam), vienlaikus iepriekš informējot ģimeni par speciālista maiņu.</p> <p>2.3. Gadījumā, ja ģimenei piesaistītais speciālists nav pieejams ilgtermiņā (piemēram, dodas bērnu kopšanas atvaļinājumā vai pārtrauc darba attiecības), tad ieteicams savlaicīgi vismaz mēnesi iepriekš par to ir jāinformē ģimene, kā arī jānodrošina speciālistu pāreja, nodod gadījumu jaunajam speciālistam.</p> |

| Secinājums  | Izaicinājumi  | Priekšlikumi  |
|---|---|---|
| <p><b>7. Nepilnīga ģimenes kā vienota veseluma aptveršana.</b></p> <p>Lai gan bērnu paliatīvā aprūpe pēc definīcijas ir vērsta uz visu ģimeni, praksē brāļiem un māsām psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumi tiek sniegti salīdzinoši reti. Rezultātā viņi saskaras ar bailēm, satraukumu un skumjām, jo pieejamais atbalsts ir fragmentēts un nepietiekams. Intervijās secināts, ka brāļiem un māsām sniegtais atbalsts dažkārt aprobežojas ar īslaicīgiem, epizodiskiem kontaktiem, kas nav uzskatāms par strukturētu vai mērķtiecīgu pieeju šo ģimenes locekļu vajadzību atbalstīšanā.</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lai gan atbalsts brāļiem un māsām tiek sniegts, tas nav pietiekami strukturēts. Pastāv risks, ka vecāki, ņemot vērā emocionālos pārdzīvojumus vai šoka stāvokli, var nespēt pietiekami adekvāti izvērtēt pārējo nepilngadīgo bērnu emocionālo stāvokli, tādējādi nelūdzot viņiem nepieciešamo palīdzību.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Ieteicams iekļaut atbalstu brāļiem un māsām kā obligātu bērnu paliatīvajā aprūpē:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Ieteicams iekļaut atbalstu brāļiem un māsām kā obligātu bērnu paliatīvās aprūpes sastāvdaļu, izstrādājot informāciju un nodrošinot atbalstu, kas pieejams nepilngadīgajiem brāļiem un māsām.</li> <li>1.2. Ieteicams izvērtēt ārvalstu praksē izmantotā medicīnas pedagoģiskā personāla iesaisti, kas caur spēlēm un bērniem atbilstošām aktivitātēm izglītotu bērnus par to, kas notiek ģimenē, kad brālis vai māsa ir paliatīvā aprūpē.</li> </ol> </li> </ol> |



**Labklājības ministrija**

Pētījums par valsts pārvaldes deleģētā uzdevuma "Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma nodrošināšana paliatīvā aprūpē esošiem bērniem un viņu ģimenes locekļiem" izpildi

2026. gada 5.maijs

# PIELIKUMI

## A. Pielikums: Intervēto personu saraksts

| Nr. | Intervējamā persona                               | Datums      |
|-----|---|-------------|
| 1.  | BPAB pārstāvji                                    | 06.01.2026. |
| 2.  | BKUS pārstāvji                                    | 12.01.2026. |
| 3.  | BPAB pārstāvji                                    | 13.01.2026. |
| 4.  | Vecāki (BKUS – sadarbība ar BPAB pārtraukta)      | 15.01.2026. |
| 5.  | Liepājas komanda                                  | 15.01.2026. |
| 6.  | BKUS Metodiskā vadības centra vadītāja            | 15.01.2026. |
| 7.  | Vecāki (Vācijas un Latvijas pieredze)             | 15.01.2026. |
| 8.  | Vecāki (Rīgas reģions – aktīvs līgums ar BPAB)    | 16.01.2026. |
| 9.  | Vecāki (BKUS – sadarbība ar BPAB pārtraukta)      | 19.01.2026. |
| 10. | Vecāki (Kurzemes reģions – aktīvs līgums ar BPAB) | 21.01.2026. |

## B. Pielikums. Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu saņēmēju apmierinātības anketēšanas veidlapa

### Aptaujas anketa "Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma nodrošinājuma kvalitāte bērnu paliatīvajā aprūpē"

Labdien!

2025. gada 4. decembrī tika uzsākts projekts, lai izvērtētu **psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma īstenošanu paliatīvā aprūpē esošiem bērniem un viņu ģimenes locekļiem**, ko pēc Labklājības ministrijas pasūtījuma veic uzņēmums "KPMG Baltics SIA". Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojums ietver atbalstu, **kuŗu sniedz paliatīvās aprūpes sociālie darbinieki un kapelāni**.

**Aptaujas mērķis** ir novērtēt psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma kvalitāti, pieejamību un tā nodrošināšanas efektivitāti. **Jūsu viedoklis ir ļoti nozīmīgs, lai uzlabotu pakalpojuma saņemšanas pieredzi ikvienam, kam šis pakalpojums ir neatņemama ikdienas sastāvdaļa.**

Aptaujas aizpildīšana aizņems aptuveni līdz 15 minūtēm laika. Aptaujas aizpildīšanas termiņš ir **19.01.2026.-30.01.2026.**

Iegūtā informācija tiks analizēta tikai apkopotā veidā, nodrošinot visu sniegto atbilžu konfidencialitāti. Personas dati tiks apstrādāti tikai anonīmā veidā saskaņā ar ES regulu Nr. 2016/679 par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti.

Jūs varat izlaist jebkuru anketas jautājumu, ja nejūtaties ērti uz to atbildēt. Paldies, ka veltāt savu laiku un dalāties ar savu pieredzi. **Jūsu ieguldījums ir ļoti nozīmīgs un spēs palīdzēt uzlabot psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu nodrošinājumu.**

#### 1. Lūdzu, norādiet savu dzīvesvietas pašvaldību. *Viens atbilžu variants.*

|                                    |                                 |                         |
|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Aizkraukles novads                 | Kuldīgas novads                 | Ropažu novads           |
| Alūksnes novads                    | Ķekavas novads                  | Salaspils novads        |
| Augšdaugavas novads                | Liepājas valstspilsēta          | Saldus novads           |
| Ādažu novads                       | Limbažu novads                  | Saulkrastu novads       |
| Balvu novads                       | Līvānu novads                   | Siguldas novads         |
| Cēsu novads                        | Ludzas novads                   | Smiltenes novads        |
| Daugavpils valstspilsēta           | Madonas novads                  | Talsu novads            |
| Dienvidkurzemes novads             | Mārupes novads                  | Tukuma novads           |
| Dobeles novads                     | Mārupes novads                  | Valkas novads           |
| Gulbenes novads                    | Ogres novads                    | Valmieras novads        |
| Jelgavas novads                    | Olaines novads                  | Ventspils novads        |
| Jelgavas valstspilsēta             | Preiļu novads                   | Ventspils valstspilsēta |
| Jēkabpils novads                   | Rēzeknes novads                 |                         |
| Jūrmalas valstspilsētas pašvaldība | Rēzeknes valstspilsēta          |                         |
| Krāslavas novads                   | Rīgas valstspilsētas pašvaldība |                         |

**2. Cik ilgi Jūsu bērns ir paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē? Viens atbilžu variants.**

|                                       |   |                                    |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Līdz 1 gadam | <input type="checkbox"/> 1-2 gadus          | <input type="checkbox"/> 3-4 gadus |
| <input type="checkbox"/> 4-9 gadus    | <input type="checkbox"/> 10 un vairāk gadus |                                    |

**3. Vai jūsu bērns turpina saņemt paliatīvās aprūpes pakalpojumus? Viens atbilžu variants.**

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jā | <input type="checkbox"/> Nē |
|-----------------------------|-----------------------------|

**4. Vai Jūs saņēmt informāciju par psihosociālā rehabilitācijas pakalpojumu laikā, kad bērns tika uzņemts paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē? Viens atbilžu variants.**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jā, ātri un saprotami        | <input type="checkbox"/> Jā, bet bija neskaidrības |
| <input type="checkbox"/> Nē, informāciju ieguvu citur | <input type="checkbox"/> Nē, nesaņēmu              |

**5. Atsaucoties uz 4. jautājumu, ja informāciju esat saņēmis citur, lūgums norādīt kur: (jautājums jāaizpilda gadījumā, ja 4. jautājumā atbildēts "Nē, informāciju ieguvu citur")**

[Atbildes ievades lauks]

**6. Cik viegli Jums bija saprast pieteikšanās procesu pakalpojumam? Viens atbilžu variants.**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Viegli           | <input type="checkbox"/> Drīzāk viegli |
| <input type="checkbox"/> Drīzāk sarežģīti | <input type="checkbox"/> Sarežģīti     |

**7. Kā Jūs vērtējat pakalpojuma pieejamību Jūsu dzīvesvietas reģionā? Viens atbilžu variants.**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pieejams bez būtiskiem šķēršļiem | <input type="checkbox"/> Pieejams, bet ar grūtībām/gaidīšanu |
| <input type="checkbox"/> Daļēji pieejams                  | <input type="checkbox"/> Nē, nav pieejams                    |

**8. Cik ātri pēc pieteikšanās psihosociālajam pakalpojumam Jūs saņēmt pirmo atbalstu? Viens atbilžu variants.**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ļoti ātri (dažu dienu laikā) vai nekavējoties pēc pakalpojuma pieteikšanas | <input type="checkbox"/> Pieņemamā laikā   |
| <input type="checkbox"/> Ar būtisku kavēšanos   | <input type="checkbox"/> Atbalstu nesaņēmu |

**9. Ar kuriem speciālistiem Jums ir bijusi saskarsme paliatīvās aprūpes pakalpojuma ietvaros? Iespējami vairāki atbilžu varianti.**

|   |                                   |  |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sociālais darbinieks | <input type="checkbox"/> Kapelāns | <input type="checkbox"/> Cita ārstniecība persona no paliatīvās aprūpes kabineta |
|---|-----------------------------------|--|

**10. Cik viegli Jums bija sazināties ar sociālo darbinieku vai kapelānu? Viens atbilžu variants.**

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ļoti viegli | <input type="checkbox"/> Pieņemami           |
| <input type="checkbox"/> Sarežģīti   | <input type="checkbox"/> Nevarēju sazināties |

**11. Vai Jums bija iespēja saņemt atbalstu krīzes situācijās ārpus standarta darba laika? Viens atbilžu variants.**

|  |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jā                            | <input type="checkbox"/> Daļēji                 | <input type="checkbox"/> Nē |
| <input type="checkbox"/> Nezināju, ka tas ir iespējams | <input type="checkbox"/> Nav bijis nepieciešams |                             |

**12. Cik ļoti Jūs jutāt, ka speciālisti:**

|  | Nepiekrītu               | Drīzāk piekrītu          | Neitrāli                 | Drīzāk piekrītu          | Pilnībā piekrītu         |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Uzklausīja Jūs                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respektēja Jūsu ģimenes situāciju un lēmumus     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Runāja saprotami un cilvēcīgi                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spēja būt klātesoši arī emocionāli smagos brīžos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**13. Vai speciālistu atbalsts Jums palīdzēja tikt galā ar ikdienu vai emocionālo slodzi? Viens atbilžu variants.**

|                                      |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jā, būtiski | <input type="checkbox"/> Daļēji |
| <input type="checkbox"/> Ļoti maz    | <input type="checkbox"/> Nē     |

**14. Kāds atbalsts psihosociālā pakalpojuma ietvaros Jums šķita visvērtīgākais?**

[Atbildes ievades lauks]

**15. Vai Jūsu paliatīvās aprūpes pieredze ietver arī sērošanas periodu? Viens atbilžu variants.**

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jā | <input type="checkbox"/> Nē |
|-----------------------------|-----------------------------|

**16. Vai Jūs saņēmt atbalstu arī sērošanas periodā? Viens atbilžu variants (jautājums jāaizpilda gadījumā, ja uz 15. jautājumu tika sniegta atbilde "Jā")**

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jā, ir sniegts atbalsts | <input type="checkbox"/> Nē, atbalsts bija vajadzīgs, bet to nesaņēmu |
| <input type="checkbox"/> Atteicos no pakalpojuma | <input type="checkbox"/> Nezināju, ka atbalsts pienākas               |

**17. Ja saņēmt atbalstu sērošanas periodā – kā Jūs to vērtējat? Viens atbilžu variants (jautājums jāaizpilda gadījumā, ja uz 15. jautājumu tika sniegta atbilde "Jā")**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ļoti nozīmīgs un vajadzīgs | <input type="checkbox"/> Drīzāk noderīgs         |
| <input type="checkbox"/> Maz noderīgs               | <input type="checkbox"/> Atteicos no pakalpojuma |

**18. Vai Jums tika piedāvāta iespēja piedalīties atbalsta grupās, un vai Jūs tajās piedalījāties? Viens atbilžu variants.**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jā, piedalījos un bija vērtīgi  | <input type="checkbox"/> Jā, bet neapmeklēju, jo neuzskatīju par vajadzību | <input type="checkbox"/> Jā, bet neapmeklēju, jo tās notiek man nepiemērotos laikos/vietā/u.c. |
| <input type="checkbox"/> Jā, bet neapmeklēju, jo nespēju garantēt ierašanos uz visām tikšanās reizēm | <input type="checkbox"/> Nē, netika piedāvāts                              |  |

**19. Vai Jums tika piedāvāta iespēja piedalīties kopīgos ģimeņu pasākumos, un vai Jūs tajos piedalījāties? Viens atbilžu variants.**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jā, piedalījos un bija vērtīgi  | <input type="checkbox"/> Jā, bet neapmeklēju, jo neuzskatīju par vajadzību |
| <input type="checkbox"/> Jā, bet neapmeklēju, jo tās notiek man nepiemērotos laikos/vietā/u.c. | <input type="checkbox"/> Nē, netika piedāvāts                              |

**20. Kā Jūs kopumā vērtējat saņemto psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu paliatīvās aprūpes laikā? Viens atbilžu variants.**

|                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ļoti labi   | <input type="checkbox"/> Labi         |
| <input type="checkbox"/> Apmierinoši | <input type="checkbox"/> Nepietiekami |

**21. Lūdzu, atzīmēties jomas, kuras būtu jāuzlabo psihosociālā pakalpojuma ietvaros. Iespējami vairāki atbilžu varianti.**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Emocionālais atbalsts (individuāli ģimenēs)                      | <input type="checkbox"/> Emocionālais atbalsts (kopīgi ar citām ģimenēm) |
| <input type="checkbox"/> Praktiska palīdzība (informācija, sociālās palīdzības jautājumi) | <input type="checkbox"/> Garīgais atbalsts                               |
| <input type="checkbox"/> Atbalsts citiem ģimenes locekļiem (brāji, māšas u.c.)            | <input type="checkbox"/> Atbalsts sērošanas posmā                        |
| <input type="checkbox"/> Nezinu/atbalstu vērtēju kā pietiekamu                            | <input type="checkbox"/> Cits [norādīt]                                  |

**22. Ja Jums būtu iespēja ko mainīt vai uzlabot šajā pakalpojumā – kas tas būtu?**

|                          |
|--------------------------|
| [Atbildes ievades lauks] |
|--------------------------|



## Labklājības ministrija

Pētījums par valsts pārvaldes deleģētā uzdevuma "Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma nodrošināšana paliatīvā aprūpē esošiem bērniem un viņu ģimenes locekļiem" izpildi

2026. gada 5.maijs

### Sazinieties ar mums

#### **Kristaps Kovaļevskis**

##### **Vadības konsultāciju nodaļa**

T +371 28447273

E [kkovalevskis@kpmg.com](mailto:kkovalevskis@kpmg.com)

#### **Žanete Andžāne**

##### **Vadības konsultāciju nodaļa**

T +371 27214906

E [zandzane@kpmg.com](mailto:zandzane@kpmg.com)

[www.kpmg.com/lv](http://www.kpmg.com/lv)

© 2026 KPMG Baltics SIA, Latvijā reģistrēta sabiedrība ar ierobežotu atbildību un KPMG neatkarīgu dalībfirmu, kuras saistītas ar Apvienotajā Karalistē reģistrētu privātu garantiju sabiedrību "KPMG International Limited", globālās organizācijas dalībfirmas. Visas tiesības aizsargātas.

Šajā dokumentā apkopotā informācija ir vispārīga un nav paredzēta kādas konkrētas fiziskas vai juridiskas personas situācijas apskatam. Lai arī mūsu mērķis ir sniegt precīzu un savlaicīgu informāciju, nav iespējams garantēt, ka informācijas saņemšanas brīdī tā vēl arvien būs precīza vai ka tā būs precīza nākotnē. Nevienam savā rīcībā nevajadzētu paļauties uz šo informāciju bez atbilstošas profesionālas konsultācijas, rūpīgi izpētot konkrēto situāciju.

KPMG nosaukums un logo ir preču zīmes, kuras KPMG globālās organizācijas neatkarīgās dalībfirmas izmanto saskaņā ar licences noteikumiem.